GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE



GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION

A. DECHAMBRE, BLACHEZ, ALBERT HÉNOCQUE

DEUXIÈME SÉRIE — TOME IX — 1872

90166



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

M DCCC LXXII

DIX-NEUVIÈME ANNÉE. N° 1. 5 JANVIER 1872.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction au siége du Comité, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 4 janvier 1872.

LA DÉCLARATION MÉDICALE CONTRE L'ALCOOL A LONDRES. — *Société des sciences médicales de Lyon :* OBSERVATION D'HÉMOPHILIE. — SOCIÉTÉS DE TEMPÉRANCE. — LA FIÈVRE ET L'ÉCOLE DE STRASBOURG.

Nos confrères d'Angleterre ne veulent pas rester au second rang dans la lutte entreprise contre l'alcoolisme; ils paraissent même être animés d'une ardeur qui pourrait bien leur faire dépasser le but. Dans une déclaration signée par plus de trois cents médecins, nos confrères proscrivent l'abus de l'alcool jusque dans la matière médicale. Le document est assez curieux pour que nous le reproduisions presque textuellement, en le traduisant d'après le *Medical Times and Gazette* (23 décembre 1871).

« Attendu que l'on croit que la prescription de fortes doses des liquides alcooliques faite inconsidérément par les médecins à leurs malades a été, dans maintes circonstances, l'occasion d'habitudes d'intempérance, les soussignés, sans vouloir abandonner l'usage de l'alcool dans le traitement de certaines affections, affirment cette opinion qu'un praticien ne doit pas prescrire l'alcool sans avoir le sentiment qu'il accepte une grave responsabilité. Ils croient que l'alcool, sous n'importe quelle façon, doit être prescrit avec le même soin que tout médicament puissant, et que l'on doit en diriger l'emploi de manière qu'on ne puisse l'interpréter comme une sanction à l'excès, ou un encouragement à la continuation de l'emploi de l'alcool, lorsque l'occasion de la prescription a disparu. Ils professent également cette opinion qu'un grand nombre de personnes s'exagèrent extraordinairement (*immensely !* immensément !) la valeur de l'alcool comme article de diète. De plus, comme personne n'est mieux placé pour observer les effets désastreux de l'alcool, et ne possède plus de pouvoir pour en restreindre les abus que les membres de leur profession, ils estiment que chaque médecin praticien doit exercer l'influence la plus active pour imposer les habitudes d'une grande modération dans l'emploi des liquides alcooliques. Étant également convaincus que la proportion considérable des buveurs alcooliques parmi les classes ouvrières de ce pays est un des plus grands maux du jour, destructeur plus que tout autre de la santé, du bonheur, du bien-être de ces classes, neutralisant dans une limite étendue la grande prospérité industrielle dont la Providence a doté cette nation, les soussignés accepteraient volontiers quelque sage législation qui tendrait à restreindre, dans des limites convenables, l'usage des boissons alcooliques, et introduirait graduellement les habitudes de tempérance. »

Ce manifeste a été signé, non-seulement par un très-grand nombre de médecins, mais par les praticiens les plus autorisés de Londres. Parmi eux, nous citons au hasard de la lecture : G. Paget, Janus Paget, W. Cooper, W. Fergusson, T. Chambers, Spencer Wells, G. Balfour, W. Aitken, T. Parkes, H. Thompson, Adams, Allen, Arnott, J. Hinton, H. Green, Holmes, H. Morris, H. Lee, A. Poland, W. Richardson, Bickersteth, etc., etc., chirurgiens, médecins, accoucheurs, thérapeutistes, physiologistes, etc., etc. Quelle que soit la haute valeur de toutes ces adhésions, la déclaration excitera certainement parmi nous quelque étonnement, et pour notre part, nous sommes surpris que l'usage thérapeutique de l'alcool puisse, en Angleterre même, être l'objet d'un blâme aussi rigoureusement formulé. Nous ne savions pas qu'il y eût tel excès des potions alcooliques dans la pratique anglaise, et nous l'avouons sincèrement, nous aurions plutôt cherché auprès de nos confrères des arguments en faveur des bénéfices obtenus par la médication alcoolique.

Pour bien apprécier la convenance ou plutôt l'opportunité du manifeste, il faut constater qu'en général il a reçu un accueil assez peu favorable dans la presse médicale d'outre-

FEUILLETON.

Notice sur les Sociétés de tempérance, lue à l'Académie de médecine, le 26 décembre 1871, par le docteur A. FOVILLE fils (1).

La nécessité de faire une guerre sérieuse à l'ivrognerie et aux progrès de l'alcoolisme paraît aujourd'hui généralement admise en France. L'Assemblée nationale l'a compris et s'est mise à l'œuvre. L'Académie a montré qu'elle était décidée à prendre une part active à cette entreprise par l'accueil qu'elle a fait aux communications de MM. Jeannel, Roussel, Lunier et Magnan, et l'empressement avec lequel elle a voté les conclusions des deux rapports si remarquables de M. Bergeret. Il serait bien essentiel que la masse des bons citoyens comprît, elle aussi, qu'elle a un rôle important à remplir dans cette lutte. Ce que l'initiative privée peut faire en pareil cas a été prouvé, en Amérique et en Angleterre, par l'influence que depuis quarante ans les Sociétés de tempérance y ont acquise et qu'elles continuent à y exercer. Dans ces circonstances, il nous a paru qu'il y aurait avantage à exposer, d'une manière plus précise que cela n'a été fait jusqu'ici, le mode d'organisation de ces sociétés, leur but exact, leurs moyens d'action et les résultats qu'elles ont obtenus. Nous terminerons cette notice en indiquant sous quelle forme et dans quelle mesure l'exemple donné par les Américains et les Anglais pourrait aujourd'hui être utilement imité en France.

1° *Fondation et propagation des Sociétés de tempérance.* — La guerre qui fonda l'indépendance des États-Unis, et qui dura de 1773 à 1783, ne fut pas sans avoir ses mauvais côtés ; arrachant un grand nombre d'hommes à la vie de famille et à leurs occupations agricoles, industrielles, commerciales,

(1) Extrait d'un travail plus étendu, *Sur les moyens pratiques de combattre l'ivrognerie*, travail qui sera inséré dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, n° de janvier 1872.

Manche, et naturellement le *Times* a été l'écho des impressions du corps médical. M. Skey en particulier qualifie le manifeste de « dictatorial » à l'égard des membres de la profession, et le présente comme tendant à « discréditer les partisans d'une médication souvent précieuse». Il regarde comme chimérique la crainte que le médicament ne devienne l'origine de l'habitude alcoolique, quand au contraire il est si souvent indiqué par l'habitude même de l'ivrognerie. Plus d'un médecin sera de cet avis, même à Londres. Lionel Beale, dans une lettre adressée au *Medical Times*, expose très-simplement et avec modestie les motifs qui lui font considérer cette déclaration comme inopportune et l'obligent à se séparer d'un grand nombre de confrères dont l'opinion impose le plus grand respect. Il fait remarquer qu'il n'a pas voulu signer inconsidérément le reproche général, mais si nettement exprimé, par lequel la déclaration établit l'usage « inconsidéré » de l'alcool, et qui n'est justifié à ses yeux par aucun fait d'observation.

Dans le fond, ces discussions prouvent plutôt que la rédaction du manifeste n'a pas été heureuse, surtout dans le préambule, et qu'en fait de réformes il vaut encore mieux toucher juste que frapper fort.

M. Poncet a communiqué à la Société des sciences médicales de Lyon (décembre 1871) un fait d'hémophilie fort curieux parce qu'il est, à notre connaissance, le seul cas publié de mort occasionnée par des cautérisations légères, tentées dans un but thérapeutique.

Il s'agissait d'un enfant de seize ans, sujet aux douleurs rhumatismales, qui était atteint d'arthrite chronique du genou droit; M. Horand pratiqua sur l'articulation des cautérisations au fer rouge au nombre de dix à douze, ne dépassant pas en moyenne la largeur d'une pièce de un à deux francs; neuf jours après la cautérisation, lors de la chute des eschares, il se produisit une hémorrhagie en nappe par trois ou quatre des petites plaies. Le perchlorure de fer, le tamponnement, la compression, l'eau glacée, furent employés; l'hémorrhagie s'arrêta pendant deux jours, mais recommença. On essaya alors du fer rouge, de l'ergot de seigle et du perchlorure de fer à l'intérieur, du tamponnement, de la glace; tout fut inutile, et le malade mourut. Il y avait dans l'articulation du genou un épanchement hémorrhagique ancien, et dans diverses articulations des reliquats d'épanchement sanguin. M. Meynet a fait remarquer à ce sujet que, dans presque tous les cas d'hémophilie, on a constaté la coïncidence du rhumatisme. Dans ce fait, l'hémophilie n'était pas héréditaire et l'on ne pouvait prévoir les terribles accidents qui ont suivi la cautérisation. Il n'en prouve pas moins que le chirurgien doit tenir compte de l'hémophilie comme d'une complication, rare il est vrai, mais pour laquelle il y a lieu de rechercher des moyens de diagnostic précis et de thérapeutique efficace.

Nous publions dans ce numéro (voyez au *Feuilleton*) le très-intéressant mémoire lu à l'Académie de médecine, dans l'avant-dernière séance, sur la question des *Sociétés de tempérance*, qui se relie si étroitement à celle de l'alcoolisme. C'est une occasion pour nous d'annoncer que quelques médecins, dont la plupart se sont distingués par des études spéciales sur le danger de l'abus des liqueurs alcooliques, se sont réunis samedi dernier pour examiner en commun jusqu'à quel point et de quelle manière il serait possible d'établir des Sociétés de tempérance dans notre pays.

Il est bon peut-être que de semblables questions ne restent pas confinées au sein des Académies. Les corps *savants* ne sont guère autorisés à les envisager qu'au point de vue de la *science* pure ou des applications directement scientifiques. Des réunions libres peuvent plus aisément les faire entrer dans la voie pratique, par la propagande, par l'institution de nombreux comités, par la provocation de mesures légales, etc. La commission, qui a tenu sa première séance chez M. Barth, a chargé l'un de ses membres de préparer une sorte d'exposé de la question, sur lequel les délibérations ultérieures pourront s'établir.

La fièvre et l'École de Strasbourg.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Strasbourg, décembre 1871.

Monsieur le rédacteur,

A l'occasion des articles intitulés : LA FIÈVRE ET L'ÉCOLE FRANÇAISE, où vous avez rappelé en termes sommaires ce qui avait été fait depuis une trentaine d'années sur la fièvre et ce qui restait à faire, voulez-vous bien me permettre de reprendre la question en détail et de faire ressortir la part de l'École de

---

pour les réunir en de vastes armées et les soumettre aux conditions ordinaires de la vie des camps, elle les exposa à une tentation contre laquelle il est, paraît-il, bien difficile de se défendre, celle de s'adonner avec excès à l'usage des boissons enivrantes. La consommation de l'alcool augmenta dès lors en Amérique avec une rapidité d'autant plus grande que plusieurs circonstances concouraient à y rendre le prix de cette liqueur extrêmement minime; aussi le whiskey était-il arrivé à ne valoir que 30 centimes le litre. En 1828, la consommation des spiritueux ou liqueurs distillées avait pris une si excessive extension, qu'elle représentait une moyenne annuelle de 27 litres par individu, femmes et enfants compris. On estimait à 300 000 le nombre des gens adonnés habituellement à l'ivrognerie, et à 30 000 le nombre de ceux qui périssaient chaque année victimes de ce vice (1).

(1) Ces renseignements et beaucoup de ceux qui suivent sont empruntés à Biart, *Histoire des Sociétés de tempérance des États-Unis d'Amérique*, Paris, 1836.

L'honneur des premiers efforts faits pour remédier à tant de maux revient à un médecin resté célèbre par ses travaux sur l'aliénation mentale, le docteur Rush, qui publia en 1804 ses recherches sur les effets exercés par les liqueurs fortes sur le corps et l'esprit de l'homme (Rush, *Inquiries into the effects of ardent spirits upon the body and mind*. Philadelphia, 1804). Quelques années après, une ville qui a été le point de départ de quelques-unes des entreprises qui honorent le plus l'humanité, Boston, prit l'initiative de la réforme. En 1813, il s'y fonda une Société pour la suppression de l'intempérance; cette Société se proposait d'empêcher l'abus des boissons spiritueuses, mais elle en permettait l'usage modéré. Elle n'obtint que très-peu de succès.

Plusieurs de ceux qui s'étaient intéressés au sort de cette Société crurent pouvoir attribuer son échec à sa tolérance relative. Certains faits individuels, certains indices, leur firent penser que le vrai moyen d'éviter l'abus était, pour la masse du peuple, et surtout pour les classes les moins éclairées, non

Strasbourg dans les progrès de cette partie de la pathologie?

L'histoire de la fièvre résume, pour ainsi dire, l'histoire de la médecine tout entière. A chaque époque, l'idée régnante, philosophique ou scientifique, se reflétait sur la doctrine de la fièvre, et celle-ci dominait presque toute la pathologie.

La médecine du XIXe siècle, se dégageant enfin de l'idée préconçue, rompant avec la philosophie pour ne plus obéir qu'à l'observation et à l'expérience, est entrée dans la voie scientifique. La France a été l'initiatrice de cette véritable révolution, qui émancipa l'esprit médical, longtemps aveuglé et agité à vide par un idéalisme transcendant et traditionnel. L'étude de la fièvre, inspirée par les tendances nouvelles, a subi une évolution rapide qui n'est pas arrivée à son terme, et dont nous allons, dans cette revue sommaire, signaler les principaux jalons.

Au commencement du siècle, l'idée de la fièvre en elle-même, empreinte du système brownien, ne fut pas agitée en France; l'attention était concentrée sur les entités fébriles, sur les fièvres essentielles constituant un groupe inextricable que Pinel avait essayé de simplifier. Sa classification est basée sur les différents systèmes de tissus et systèmes organiques que l'anatomie de Bichat venait de mettre en évidence. Puis les faits et doctrines se multiplièrent. Vint la découverte de la fièvre entéro-mésentérique par Petit et Serres, vint la doctrine de Broussais, qui fit de la fièvre une irritation sympathique du cœur, déterminée par l'irritation gastro-intestinale, celle de Bouillaud, qui en fit une angio-cardite; celle de Piorry, qui en fit une hémite. Vinrent enfin les travaux de l'école anatomo-pathologique, de Louis, d'Andral, de Bouillaud, etc., qui identifièrent presque l'idée de fièvre avec celle de dothiénentérie; le groupe si compliqué des fièvres essentielles rentra dans le simple cadre de la fièvre typhoïde, fièvre entéro-mésentérique de Serres et Petit. Telle était la première grande découverte qui, déblayant le champ de la pyrétologie, devait permettre d'étudier en lui-même le mouvement fébrile ainsi dégagé, et frayer la voie aux recherches ultérieures.

Le thermomètre avait été employé par Sanctorius (1635) pour mesurer la chaleur animale. De Haen en avait recommandé l'application à la clinique. Il fut repris par Chossat par ses recherches expérimentales sur l'inanition; Gavarret signala l'augmentation de chaleur dans le frisson; Royer mesura l'intensité de la fièvre dans les maladies de l'enfance; Andral et Gavarret analysèrent le sang dans les maladies fébriles; l'augmentation de fibrine dans les inflammations, sa diminution dans les pyrexies, remirent en question l'existence des fièvres essentielles, c'est-à-dire indépendantes des inflammations locales, doctrine méconnue depuis Broussais. Tels furent les premiers travaux scientifiques appliqués à l'étude de la fièvre. Si longtemps encore ils n'eurent pas de successeurs en France, ils suffisent encore à la gloire de l'École française.

L'Allemagne, qui devait suivre et devancer l'impulsion nouvelle, resta encore plus de trente ans de ce siècle soumise à l'empire des doctrines philosophiques. Pour l'école de Schœnlein comme pour Stahl, la fièvre était toujours une réaction de l'organisme contre la maladie, celle-ci étant considérée comme un être réel implanté dans le corps, que la fièvre élimine par des évacuations critiques. Canstatt (*Pathologie générale*, 1843) développait encore longuement cette doctrine en 1843.

Les découvertes de Bell, de Jean Müller, de Marshall Hall sur la moelle, substituèrent l'idée physiologique aux élucubrations surannées de la philosophie et servirent de base à une conception plus sérieuse de la fièvre. De là naquirent les théories nécropathiques de la fièvre; les unes, en plaçant le siége dans les centres médullaires, avec Müller, Henle, Stilling, Wunderlich, les autres la plaçant dans le système sympathique avec Schiff, Eisenmann, Lobstein (de Strasbourg). La découverte de l'action régulatrice du nerf vague sur le cœur, faite par Weber, donna naissance à la théorie de Traube (1848) (*Beiträge zur Physiol. des Fiebers*, 1848), la première qui implique l'idée d'un système régulateur de la chaleur : une irritation est transmise de la périphérie, par voie sanguine ou nerveuse, au centre du nerf vague; il en résulte un affaiblissement du cœur avec anémie des capillaires et anesthésie des nerfs périphériques, d'où froid et frisson. A l'excitation du nerf vague succèdent son épuisement et la prédominance du sympathique, d'où stade de chaleur.

Mais une nouvelle méthode clinique allait se développer en Allemagne qui devait appeler l'attention sur le phénomène capital du syndrome fièvre, sur la chaleur : c'est la mensuration thermométrique. Les recherches faites en France avaient été, les unes purement physiologiques; les autres, faute de s'étendre aux différentes évolutions de la maladie et se bornant le plus souvent à la constatation du minimum et du maximum de la température, n'ont pas été très-fécondes pour la nosographie. Les travaux de Traube, de Bärensprung, de

---

pas d'user modérément, mais de s'abstenir, d'une manière absolue, de toute liqueur alcoolique.

On constitua donc, en 1827, à Boston, une nouvelle association qui prit le nom de Société américaine de tempérance, et dont les membres s'engageaient, sous serment, à s'abstenir complétement de liqueurs fortes, excepté comme remède, à n'en jamais offrir ni fournir à personne, et à user de toute leur influence pour faire cesser les causes et les effets de l'intempérance. Cette fois, le succès fut énorme; la Société primitive réunit rapidement un nombre considérable d'adhérents, et des sociétés semblables se fondèrent de toutes parts dans les États voisins; à la fin de 1828, il y avait dans les États-Unis plus de 280 Sociétés de tempérance comptant 30000 membres.

A la fin de 1829, les Sociétés étaient au nombre de 1000, et celui de leurs adhérents s'élevait à plus de 100000. Enfin, le 26 février 1833, les membres du Congrès, réunis à Washington, s'étaient solennellement constitués en une Société de tempérance spéciale, dont le ministre de la guerre avait été élu président.

Le mouvement de tempérance (*the temperance movement*), ainsi que l'on commença dès lors à désigner et que l'on désigne encore l'ensemble des efforts faits par les citoyens eux-mêmes pour résister aux progrès de l'ivrognerie, ne tarda pas à passer l'Océan et à se rendre aux Iles Britanniques.

Glasgow, la ville la plus populeuse et la plus industrielle de l'Écosse, fut la première où se fonda une association de ce genre; ce fut en octobre 1829. En quelques années l'impulsion se généralisa dans le pays, et en 1833 on y compta 592 Sociétés locales, avec 53876 adhérents.

En Angleterre, la première Société de tempérance fut fondée au printemps de l'année 1830, à Bradford. Trois mois après, des Sociétés analogues étaient instituées dans plusieurs grands centres manufacturiers, entre autres à Leeds et à Londres.

Wunderlich, de Thiefelder, de Thomas, etc., érigent la thermométrie en méthode clinique et consacrent à jamais la définition galénique de la fièvre : *Calor præter naturam*; la fièvre est l'augmentation de la chaleur. Toutes les études se portèrent dès lors sur les phénomènes de combustion qui se passent dans le sang et dans les tissus, sources de la chaleur animale.

Mais la théorie nerveuse n'était pas ruinée; la combustion accrue peut être subordonnée à des changements dans la circulation du sang. L'expérience mémorable de Claude Bernard sur la section du grand sympathique; les travaux de Brown-Séquard, de Budge, de Schiff, etc., sur le système vaso-moteur, donnèrent lieu à des théories névropathiques nouvelles fondées sur la doctrine des paralysies vasculaires, théorie de Claude Bernard, de Marey, de Traube. Celle de Traube surtout, encore généralement défendue par Traube lui-même et son élève Senator (Senator, *Archives de Virchow*, t. XLV), fut de toutes les théories basées exclusivement sur le système nerveux, la plus ingénieusement conçue : la chaleur est accrue non parce qu'elle est produite en plus, mais parce qu'elle est perdue en moins, et elle est perdue en moins parce que les petits vaisseaux périphériques sont contractés par excitation des centres vaso-moteurs.

Y a-t-il donc production augmentée de calorique, ou y a-t-il seulement diminution dans la perte de calorique? Telle est la question que la théorie de Traube posait aux physiologistes. De là les recherches de Wachsmuth (*Arch. f. Heilkunde*, t. VI, 1865) établissant que l'augmentation de température précède le frisson), celles de Naunyn (*Arch. f. Anatomie und Physiologie*, p. 159, 1870), qui montrent que l'accroissement d'urée précède même cette augmentation de température, antérieure elle-même au frisson, c'est-à-dire à la contraction vasculaire; les expériences d'Immermann (*Deutsche Klinik*, n° 4, 1865) et de Liebermeister (*Prag. Vierseljahrschrift*, t. I, 1865), d'où résulte que le nombre de calories faites pendant le frisson est supérieur au nombre qui se produit normalement, en supposant que rien ne se perde ; les recherches de Traube lui-même, de Jochmann, de Huppert, etc., de Vogel, de Hirtz et Hepp sur l'urée et les produits excrémentitiels éliminés par les reins, les expériences de Leyden (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, t. V et VII), et surtout les travaux considérables de Liebermeister (*Arch. f. klin. Med.*, t. VII, p. 75) sur l'augmentation d'eau et d'acide carbonique excrétés proportionnelle à la température, toute cette série de recherches accuse dans la fièvre la combustion des substances azotées et inazotées, du sang et des tissus. Il y a donc production accrue de calorique. Cela posé, d'où vient ce calorique? Zimmermann conclut de ses expériences qu'il émane toujours d'un foyer inflammatoire et rayonne de là dans l'organisme. Cette opinion, déjà soutenue par John Simon, appuyée par O. Weber, croule définitivement devant les expériences de Billroth et de Winkel, qui montrent la température du rectum et du creux axillaire supérieure à celle des parties inflammées. C'est à la pénétration dans le sang d'un agent toxique, venu du foyer inflammatoire, d'une substance pyrogène, que Billroth attribue la fièvre traumatique. Stricker (*Wien. med. Jahrbücher*, janvier 1871) a récemment combattu cette doctrine. Les recherches de Coze et Feltz montrent cette substance pyrogène, véritable ferment morbide qui existe et se multiplie dans le sang des pyrexies et préside, selon eux, à la combustion fébrile.

Mais cette doctrine de la zymose ne saurait être généralisée à toutes les maladies fébriles. Quelle que soit d'ailleurs la raison première, encore obscure, de la combustion accrue dans les différentes maladies fébriles, il n'est pas certain que cet accroissement des combustions soit la seule condition suffisante à réaliser l'acte fébrile. Ici nous sommes en présence de deux doctrines, entre lesquelles je n'oserais me prononcer en l'état actuel de la science; toutes deux peuvent d'ailleurs être fondées (Billroth, O. Weber, Th. Hirsch). L'une rapporte tout le procès fébrile à l'augmentation continue des combustions du corps; l'autre, qui compte le plus d'adeptes (Virchow, Liebermeister, etc.) estime que cette combustion exagérée doit être commandée par un trouble dans les conditions régulatrices de la température : la chaleur artificiellement donnée (efforts musculaires, repas copieux) ne devient pas fièvre, parce qu'elle s'échappe. Pour qu'elle devienne fièvre, il faut que l'organisme puisse retenir l'excès de chaleur produit; d'où la conception d'un centre modérateur de la température. Quelques faits expérimentaux et cliniques semblent confirmer l'existence de ce centre régulateur : la section de la moelle à sa partie supérieure, faite sur des animaux, a donné lieu à une élévation rapide de température (Tschetschichin (*Deutsches Arch. f. klin. Med.*, t. II), Fischer (*Med. Centralblatt*, n° 17, 1869), Naunyn et Quincke (*Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 11, 1869). Si cette section est faite à une partie assez basse de la moelle, comme au niveau de la sixième et cinquième cervicale (Naunyn), les petits vaisseaux périphériques, paralysés

---

En 1833, l'Angleterre comptait 301 Sociétés locales avec 53 433 adhérents.

Jusque-là, en Écosse et en Angleterre, comme en Amérique, lors du premier début du mouvement, on n'avait songé à imposer qu'une réforme partielle. Les liqueurs distillées, telles que le gin, le whiskey et l'eau-de-vie, étaient absolument interdites, tandis que l'usage des boissons fermentées continuait à être autorisé. Mais les faits, plus éloquents dans cette circonstance encore que les théories, se chargèrent de démontrer que, pour les classes ouvrières surtout, l'usage même modéré conduisait trop facilement à l'abus; il fallut recourir à un remède plus héroïque et couper le mal dans sa racine, en proscrivant d'une manière complète toute boisson rendue enivrante par la présence de l'alcool, qu'elle en contînt peu ou beaucoup, qu'elle fût distillée ou fermentée. De Preston, où il fut inauguré en 1833, le principe de *teetotalism* rayonna rapidement dans tout le pays, fut importé dans la capitale et adopté par le plus grand nombre des Sociétés de tempérance.

C'est en Irlande surtout que la réforme se produisit avec éclat, et au milieu de circonstances qui en firent un des événements les plus remarquables de ce siècle. A ce titre, il mérite quelques détails.

Dès 1829, il s'organisa une Société de tempérance à New-Ross, près de Belfast, sous l'instigation du docteur Edgar, qui agissait d'après la lecture de quelques sermons venus d'Amérique, et sans être au courant de ce qui se passait à la même époque en Écosse. Pendant plusieurs années le mouvement ne fit que des progrès très-lents. Il en fut tout autrement à partir de 1838, grâce à l'action d'un homme qui ne tarda pas à acquérir une réputation universelle, comme apôtre de la sobriété en Irlande.

Le père Mathieu, prêtre catholique de l'ordre des Capucins, convaincu de l'importance de cette œuvre, s'y consacra tout entier. Il signa lui-même l'engagement le 10 avril 1838, et se mit dès lors à la tête de la Société de tempérance de Cork. Il obtint un succès énorme, et bientôt les conversions se

par section des vaso-moteurs, laissent échapper l'excès de chaleur produite; l'élévation de température se manifeste si l'animal est mis dans un espace chauffé à 20 ou 30 degrés. D'autre part, les observations se sont multipliées qui montrent une augmentation de température par fracture des vertèbres cervicales supérieures, et à l'agonie des maladies du système nerveux central (Naunyn, Leyden, Vorllroth, Wunderlich, Charcot), c'est-à-dire lorsque ce centre régulateur, siégeant dans les étages supérieurs du système cérébro-spinal, cesse de fonctionner. La chaleur s'accumule par l'affaiblissement fonctionnel de ce centre, véritable soupape de sûreté qui laisse échapper par les vaisseaux périphériques l'excès de chaleur produite. Pour Liebermeister, le centre régulateur fonctionne dans la fièvre comme à l'état normal, mais modifié dans son action; la régularisation de la température persiste pendant la fièvre; la température fébrile exagérée se maintient constante comme la température normale se maintient constante; dans les deux cas, il y a équilibre entre la production et la déperdition. Mais dans la fièvre, l'organisme acquiert, si je puis dire, une capacité de calorique plus grande, une plus grande quantité de calorique peut être conservée; grâce sans doute à des modifications que le système nerveux imprime à la contraction des vaso-moteurs et des éléments contractifs des organes sécréteurs, le système régulateur est réglé à une température plus élevée. Conception ingénieuse qui a besoin de s'étayer sur une base physiologique plus solide!

Telle est, envisagée à grands pas, l'évolution qu'a parcourue l'histoire scientifique de la fièvre dans ce siècle. Après cet aperçu sommaire, je veux tracer une analyse rapide de quelques travaux estimables et trop peu connus, sortis de notre école de Strasbourg, qui a donné sa contribution à cette étude.

Le thermomètre appliqué à la clinique, cette méthode née et développée en Allemagne, a été, après la découverte de Laennec, le plus grand progrès que la clinique ait réalisé dans ce siècle. L'évolution de la température commande, pour ainsi dire, toute l'histoire d'une maladie fébrile : étant donnée la courbe thermométrique d'une maladie fébrile cyclique, on peut diagnostiquer la nature, la marche et l'intensité de la maladie. L'école de Strasbourg, qui a introduit dès l'origine l'usage méthodique du thermomètre dans ses cliniques, a donné naissance au premier travail de thermométrie clinique qui ait paru en France, la thèse de Spielmann.

Voici l'énumération des principaux travaux de pyrétologie qui ont succédé à la thèse de Spielmann :

Les thèses de Spielmann, de Cheviet, celle plus complète de Billiet, et surtout le travail si intéressant de M. le professeur Hirtz sur la chaleur sont consacrés plus spécialement à l'évolution thermométrique des maladies; ces travaux confirment et développent par des recherches personnelles les résultats des observateurs allemands, que Wunderlich a rassemblés dans son livre.

La marche de la chaleur dans la fièvre typhoïde, jointe aux données de l'évolution anatomique et clinique, a permis à M. le professeur Hirtz de confirmer sur des bases plus certaines la division de cette maladie en deux périodes. Hamernyk, de Prague, les avait le premier nettement reconnues; mais au lieu d'en demander la confirmation à la clinique et à l'observation, il s'était adressé aux doctrines craséologiques. Griesinger et Wunderlich avaient appuyé déjà sur des recherches thermométriques cette conception lumineuse. M. Czernicki écrivit, sous l'inspiration de M. Hirtz, une dissertation qui établit d'une façon nette et scientifique cette division en deux périodes. L'une, période typhoïde proprement dite, période d'infection typhique, suivant jusque vers le seizième jour une marche typique; elle correspond à l'infiltration des plaques de Peyer et à leur détersion; la seconde période d'infection secondaire correspond à l'ulcération et à la cicatrisation des plaques, période irrégulière qui n'a plus rien de typique, parce qu'elle n'est pas due à l'évolution de l'agent typhique, mais aux procès secondaires, altérations locales ou résorptions septiques que la maladie a déterminés. J'ai établi, dans un travail sur les fièvres typhiques, que cette division en deux périodes est applicable aussi aux typhus exanthématique, récurrent et bilieux.

En montrant que la chaleur définit la fièvre, la clinique invita à en chercher le mécanisme, c'est-à-dire la physiologie pathologique, dans les sources de la chaleur, dans les combustions organiques, dans les procès nutritifs. L'école de Strasbourg n'est pas restée étrangère à ces travaux d'analyse chimique appliquée à la clinique. La combustion des matières organiques se traduit par un produit éliminatoire, une scorie qui, sous le nom d'urée, passe dans le sang pour s'écouler par les reins. La quantité d'urée doit augmenter dans le sang et les urines par l'augmentation de la combustion ou la diminution de l'élimination.

---

comptèrent par milliers; à la fin de chacun de ses sermons, les gens du peuple se présentaient en foule pour prêter le serment, et ils recevaient une médaille représentant l'apôtre. La régénération physique et morale d'un grand nombre des nouveaux convertis fut si rapide et si frappante que le peuple irlandais, facilement superstitieux, crut à un miracle, et l'enthousiasme fut bientôt à son comble. De toutes parts on accourait pour entendre le père Mathieu; de toutes parts on sollicitait sa présence et sa parole; à la fin de 1838, il avait enregistré à Cork même 150 000 serments. Puis il parcourut tous les comités de l'Irlande, l'Écosse, l'Angleterre et jusqu'à l'Amérique. Quand il mourut, en 1856, il avait reçu l'engagement de plus de 5 millions de convertis.

Afin de se rendre compte d'un élan si général et d'une modification si profonde dans les mœurs, il faut reconnaître qu'en Irlande le mouvement de tempérance prit, par exception, une signification politique et religieuse, et fut un des moyens de protester contre l'oppression de l'Angleterre. Prêter le serment d'abstinence entre les mains du père Mathieu, c'était, en quelque sorte, affirmer publiquement son adhésion au mouvement populaire qui, sous l'impulsion vigoureuse d'O'Connell, poursuivait l'œuvre d'émancipation politique et religieuse de la patrie (Dembowski, *Les Sociétés de tempérance en Irlande. Le père Mathieu*. In *Revue des deux mondes*, 1846, t. II, p. 830).

Les faits que nous venons de rapporter en abrégé montrent assez qu'en Amérique et en Angleterre, les Sociétés de tempérance se propagèrent promptement, et qu'en peu d'années elles surent gagner un très-grand nombre d'adhésions. Un mouvement d'opinion qui se traduit par des résultats pareils est trop important pour que l'on se contente de constater le fait brut. Il n'est pas moins intéressant d'approfondir la question et de rechercher quels sont, au juste, le but que poursuivent ces Sociétés, les moyens qu'elles emploient, le bien réel qu'elles accomplissent.

2° *But des Sociétés de tempérance.* — On se figure volontiers

Mais pour constater la réalité et la quotité de cette saturation du sang, il fallait établir trois choses : 1° la réalité de la présence de l'urée dans le sang à l'état normal ; 2° sa quantité physiologique ; 3° son augmentation pathologique dans des cas donnés.

La réalité et la quantité de l'urée dosable dans le sang furent exposées dans la savante thèse de M. Piccard (de Guebwiller). Il résulte de ses recherches qu'on trouve l'urée dans le sang normal à la quantité moyenne dosable de 0,016 pour 1000, et que dans les inflammations comme dans les pyrexies, on en trouve 0,0236, c'est-à-dire 0gr,009 de plus qu'à l'état normal. Si l'on trouve cette augmentation faible, on doit se souvenir que les reins éliminent incessamment le surplus d'urée; les reins ne fabriquent pas d'urée, comme on le croyait pendant quelque temps d'après les expériences de Jaleski; Gréhant a définitivement établi, et Sigmund Rosenstein (*Centralblatt*, n° 21, 1871) a confirmé ce fait, que les reins ne font que filtrer l'urée du sang.

Les expériences de Coze et Feltz, sur des chiens inoculés avec du sang de pyrexies, ont montré aussi pendant toute la durée de la maladie une augmentation de plus en plus considérable d'urée proportionnelle à la température; en même temps les gaz dosés dans le sang donnent une diminution graduelle de l'eau et une augmentation de plus en plus forte d'acide carbonique dans le sang veineux et artériel.

Les résultats qui traduisent l'augmentation de la combustion des matières albuminoïdes et hydro-carbonées furent corroborés par les analyses d'urine.

De nombreux travaux sur la composition chimique des urines dans les maladies ont été entrepris en Allemagne; des recherches très-intéressantes sont sorties de l'école de Strasbourg, inspirées par M. le professeur Hirtz; je ne puis passer sous silence, bien qu'elles ne se rapportent qu'indirectement à l'étude de la fièvre, les thèses de Kien (thèse de Strasbourg, 1865) et de Kiener (thèse de Strasbourg, 1866) sur la polyurie, qui fondent pour ainsi dire l'histoire scientifique de ce symptôme morbide.

L'appréciation de l'urée dans les urines est délicate. Des opinions divergentes se sont fait jour, parce qu'on n'a pas tenu compte de ce fait : que l'anorexie fébrile et la diète entravent la production de l'urée, de sorte que dans ces cas l'urée même inférieure à la normale doit être considérée comme pathologiquement augmentée. Dans ces cas, la réduction considérable du chlorure de sodium dans les urines fébriles révèle le résultat de la diète et donne la mesure et l'origine du déficit relatif de l'urée. L'élimination de l'urée par les sueurs et les exsudats interviennent aussi pour modifier les conditions de l'analyse.

M. Hirtz a confirmé ce résultat que l'urée est *presque constamment* augmentée avec la température, les plus hautes températures coïncidant avec le maximum de l'urée ; je dis presque constamment, car il peut arriver que le chiffre de l'urée soit peu élevé et inférieur au chiffre physiologique; la somme des matières organiques est cependant augmentée; il y a dans ces cas une énorme proportion de matières extractives (leucine, créatine, thyrosine) qui, à l'état de santé, ne dépasse guère 10 à 12 grammes dans les vingt-quatre heures, et que MM. Hirtz et Hepp, qui ont les premiers appelé l'attention sur ces faits, ont vue dans des cas de fièvres typhoïdes augmentée jusqu'à 16. Il y a dans ces cas un certain antagonisme entre la quantité d'urée et celles des matières extractives qui sont des produits d'oxydation inférieure à celle de l'urée. La loi qui règle le rapport entre l'urée et les matières extractives est inconnue; d'un jour à l'autre, des chiffres tout opposés correspondent à la même température.

Quoi qu'il en soit, la production en excès de l'urée et des matières extractives semble prouver la participation de tous les tissus à la suroxydation fébrile. (Thèses de H. Hirtz, de Darricarière. — Article FIÈVRE, in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, par Hirtz.)

Mais il faut chercher à la chaleur fébrile un autre élément de production que l'oxydation des matières azotées; les recherches consignées dans les thèses de Kien et de Kiener montrent que dans le diabète glycosurique et insipide, il y a pendant des semaines et des mois élimination abondante de matières excrémentitielles, non-seulement sans fièvre, mais avec des températures hyponormales. Il est vrai que l'élimination consiste moins en urée qu'en matières extractives; mais les urines ont, dans ce cas, une composition pareille à celle que MM. Hirtz et Hepp ont souvent observée dans la fièvre typhoïde, avec de très-hautes températures. D'où il résulte que la combustion des matières azotées n'est pas tout; que celle des matières ternaires hydrocarbonées joue un rôle peut-être prépondérant; et c'est ce que les belles recherches de Liebermeister sur l'excrétion d'acide carbonique par les

---

que la préoccupation dominante des fondateurs des premières Sociétés de tempérance était de convertir les buveurs endurcis. Cela est loin d'être exact. Sans doute, on était disposé à recevoir tous les serments, même ceux des anciens ivrognes; mais ce n'était pas là le but principal de l'entreprise. Partant de ce principe, en apparence paradoxal, que la tempérance, c'est-à-dire l'usage même modéré des spiritueux, est le vrai chemin qui mène à l'intempérance, parce que ceux qui ont commencé à boire de l'alcool éprouvent un entraînement presque irrésistible à augmenter progressivement la quantité qu'ils en consomment, et de l'usage passent presque fatalement à l'abus (1), on avait cherché, dans le vœu d'abstinence complète, un moyen préventif plus encore qu'un moyen curatif ; le but était de prémunir contre le danger ceux qui ne se sont pas encore livrés au vice, plutôt que de ramener à la sobriété ceux qui sont déjà adonnés à l'ivrognerie.

(1) Nous le répétons, cela est beaucoup plus vrai pour les buveurs d'eau-de-vie, de rhum, de gin et de whiskey, que pour ceux qui ne boivent que du vin.

Cela ressort, de la manière la plus évidente, de plusieurs documents émanés de la Société centrale d'Amérique, qui dirigeait tout le mouvement.

Dans le quatrième rapport de la Société américaine, rapport publié en 1830 et qui résumait les opérations de l'œuvre depuis sa fondation, on lit la déclaration suivante : « Les So-
» ciétés de tempérance sont faites pour les gens sobres ; elles
» ont pour but de maintenir sobres tous ceux qui le sont déjà,
» jusqu'à ce que tous les ivrognes qui ne veulent pas se cor-
» riger soient descendus au tombeau, et que le monde entier
» soit affranchi du joug de l'intempérance. » (Bair, *l. c.*, p. 36.)

3° *Moyens d'action des Sociétés de tempérance.* — Les moyens employés par les Sociétés de tempérance pour atteindre leur but n'ont rien de spécial; ce sont ceux auxquels ont recours, dans les pays rompus aux institutions libres, tous ceux qui comptent plus sur l'initiative privée que sur celle du gouvernement pour arriver à l'exécution d'un projet quelconque d'intérêt collectif.

poumons, augmentée proportionnellement à la chaleur fébrile, viennent de mettre en évidence.

La lacune qu'indiquait l'analyse des urines paraît comblée par l'analyse des gaz expirés; le bilan de la combustion fébrile est établi.

Mais si la fièvre est une combustion, la raison et le mécanisme de cette combustion sont encore, en dépit des recherches et des théories, choses profondément obscures. Dans les maladies infectueuses, et probablement dans toutes les pyrexies, elle paraît dépendre d'un travail de fermentation morbide qui s'accomplit dans le sang à l'aide d'éléments organisés (bactéries, microphytes) qui se multiplient dans le sang; le sang, ainsi chargé de ferments animés, s'altère dans sa composition, dans ses globules qui se ratatinent; inoculé, il infecte le sang des animaux; et celui-ci peut transmettre à son tour l'infection aux animaux de même espèce. Telle est la conclusion la plus certaine qui se dégage des expériences de MM. Coze et Feltz.

L'étude clinique de la chaleur fébrile assigne à la peau son véritable rôle dans les maladies. Elle montre que souvent la fièvre n'est pas un reflet de la lésion locale; mais elle domine et souvent précède la lésion locale qui lui est subordonnée; la fièvre tombée, la maladie est terminée; la lésion locale persiste encore, mais son évolution progressive s'arrête. La pneumonie, l'érysipèle, les fièvres continues, les fièvres éruptives, sont des maladies à évolutions cycliques inscrites dans la courbe thermométrique.

L'organisme ne subit pas impunément une chaleur excessive trop longtemps prolongée, entre 42 et 43 degrés le sang se coagule (Weickart); au delà d'une certaine température les cellules perdent de leur vitalité (Schulze et Richac); dans les fièvres prolongées, les éléments histologiques du foie, du rein, des muscles, du cœur, etc., témoignent par des altérations nutritives (altération granulo-graisseuse, tuméfaction trouble) des combustions moléculaires qu'elles ont accomplies. L'altération des muscles que Zencker appelle la dégénérescence cireuse, commune dans la fièvre typhoïde, est considérée comme une évolution régressive des muscles se rattachant à la fièvre. J'ai démontré (Bernheim, *De l'état cireux des muscles*, in *Gaz. médic. de Strasbourg*, 1870, n° 7), après Erl, que cet état du muscle peut être obtenu artificiellement sur un muscle détaché du corps; et je pense que cette altération n'existe pas chez les typhiques pendant la vie, mais qu'elle se produit chez eux après la mort après la rigidité cadavérique par imbibition du contenu des fibres musculaires devenues plus perméables ou plus friables.

La valeur clinique de la chaleur reconnue par le thermomètre fit faire un pas à la thérapeutique rationnelle. L'agent le plus efficace de la médication antipyrétique, la digitale, fut étudié cliniquement et expérimentalement par Traube et ses élèves.

En France, M. Hirtz a propagé et développé, par ses travaux et ceux de ses élèves, les résultats obtenus en Allemagne. On peut lire l'article *Digitale* de M. Hirtz, ainsi que les thèses de Coblence, Laederich, publiées sous l'inspiration de ce maître. On peut voir incessamment à nos cliniques avec quelle sûreté mathématique la digitale, telle que la prépare M. Hepp, abat la fièvre à des doses moindres que celles recommandées par les pharmaciens allemands. Les conclusions sommaires qui ressortissent des travaux de l'école de Strasbourg sont les suivantes : En trente-six à quarante-huit heures la fièvre est abattue; et si l'administration de la digitale correspond à une époque assez rapprochée de la crise naturelle, comme cela a lieu pour les fièvres cycliques à courte échéance, telles que la pneumonie, la fièvre est définitivement vaincue, et la crise est avancée; comme dans la crise naturelle, la chaleur tombe d'abord et l'évolution regressive de la lésion commence après.

Dans les fièvres cycliques plus longues, où l'époque de la crise est lointaine, la fièvre tombe presque toujours, mais ne reste enrayée que dans les cas simples et arrivés déjà vers la fin du deuxième septénaire. Dans les autres cas, la température remonte, mais le plus souvent reste au-dessous du niveau primitif; le pouls peut continuer à rester ralenti à 40, 60, souvent plus de dix à quinze jours; et si la fièvre continue son cycle fatal, du moins alors la chaleur atténuée et le pouls plus lent et plus énergique, c'est-à-dire le cœur régularisé dans son action, et la tension artérielle renforcée sont des conditions qui préviennent les stases veineuses, les hypostases, l'adynamie nerveuse.

Dans aucun cas, depuis dix ans que ce médicament est incessamment employé par M. Hirtz, je n'ai vu de colapsus périlleux. Bien au contraire, on assiste souvent à un contraste aussi rapide que satisfaisant entre ce qu'était le malade avant l'influence du remède et ce qu'on observe après la défervescence. « Ce malade qui, quelques heures aupara-

---

Pour faire entendre sa voix, le premier soin de toute Société de tempérance était de se procurer un ou plusieurs agents salariés, hommes de talent et d'éloquence, consacrant tous leurs moyens et toutes leurs forces à la propagande orale de l'œuvre.

« C'étaient ou des ministres de l'Évangile, quelle que fût » leur communion, ou des médecins, des jurisconsultes, ou » enfin des personnes sans profession, mais ayant reçu une » bonne éducation, et capables de parler en public de manière » à intéresser leurs auditeurs et à produire sur eux une im- » pression favorable. Le plan suivi par les agents est fort » simple : ils désignent, quelque temps à l'avance, le lieu et » le jour où ils se proposent de parler; le public en est instruit » par les journaux, par des affiches ou par des annonces en » chaire, dans les églises. Au moment désigné, le peuple se » réunit, et l'agent de tempérance prononce son discours ou » fait une instruction... Mais, outre les agents salariés, il y a » beaucoup d'agents volontaires qui travaillent gratuitement » pour la cause de la tempérance. » (Baird, *loc. cit.*, p. 242.)

Les meetings et les prédications se transforment du reste de maintes manières différentes pour s'adresser à toutes les variétés du public, captiver l'attention de tout le monde, et mettre à la portée de tous les esprits les avantages du *teetotalism*. D'abord, chaque Société locale a des réunions, tantôt annuelles, tantôt mensuelles, tantôt même hebdomadaires. On ne se contente pas d'y rendre compte de la marche de l'œuvre, ni d'exhorter les membres à rester fidèles à leur serment. A l'utile on cherche à joindre l'agréable en organisant, pour les ouvriers, des chants, des concerts. On enrôle même les enfants en Sociétés spéciales, dans le but de leur inculquer de bonne heure les principes de la sobriété, et de les soustraire aux mauvais exemples, tout en leur procurant des distractions honnêtes et instructives.

Il s'est formé, en outre, un certain nombre de Sociétés centrales, qui recueillent l'adhésion d'un nombre plus ou moins considérable de Sociétés locales, et prennent la direction du

vant, était en proie au délire et à la stupeur, offre une intelligence nette, sans hésitation; il était agité, haletant; le voilà calme, respirant tranquillement; il n'y a plus n'y carphologie, ni soubresaut de tendons; le visage est empreint d'une expression de tranquillité et de béatitude, et souvent le sommeil vient clore une longue insomnie. » (Laederich.)

La digitale est donc l'antipyrétique par excellence. Les autres antipyrétiques, le sulfate de quinine, la saignée, les affusions froides, l'antimoine (retrouvé par Hirtz et Hepp dans la sueur et les urines), ont été étudiés comparativement à la digitale dans les travaux mentionnés. Un médicament nouveau, le veratrum viride, très-renommé en Amérique contre les inflammations fébriles, déjà étudié par M. Drasch, de Vienne, et Kocher, de Berne; a été, pour la première fois, en France, expérimenté à la clinique de M. Hirtz; notre regretté pharmacien en chef avait rendu l'expérimentation facile en préparant avec la racine venue d'Angleterre, des granules d'extraits résineux faciles à doser. Ces recherches, faites sous la direction de M. Hirtz, sont consignées dans la thèse de M. Linon, monographie complète sur la question. En même temps, les expériences de M. Oulmont (de Lariboisière), transmises à l'Académie de médecine, venaient confirmer celles des cliniciens de Strasbourg. Le veratrum viride est un antifrébile puissant; il abaisse le pouls et la température à peu près sûrement, mais son action est moins constante sur la température; cette action est rapide et se fait sentir deux heures après l'administration du médicament; elle n'est pas durable et se maintient à peine de douze à vingt-quatre heures.

Si chaque médicament pouvait être défini d'une façon aussi précise dans son action pharmacodynamique que la digitale et le veratum virile, la thérapeutique sortirait définitivement de l'empirisme qui la domine encore, pour entrer dans la voie rationnelle et scientifique. C'est la thérapeutique de l'avenir.

Terminons là cette revue générale sur la fièvre et sur quelques détails spéciaux de son histoire. Il était utile de jeter un regard sur le chemin que cette doctrine parcourut dans ce siècle, pour indiquer celui qui lui reste à parcourir; et nous avions à cœur de rappeler, au moment où notre école de Strasbourg va se disperser, qu'elle aussi a fourni sa contribution à cette étude, qu'elle aussi a scruter avec ardeur les problèmes cliniques, chimiques et thérapeutiques de la pyrétologie.

A mon maître M. le professeur Hirtz revient le mérite d'avoir inspiré et dirigé presque toutes ces études; c'est un devoir pour moi de le rappeler, comme aussi de rendre hommage au concours dévoué de notre regretté pharmacien en chef Hepp, mort de douleur et de fatigue à la suite du bombardement et de l'incendie d'une partie de l'hôpital civil.

H. Bernheim,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Nous donnons ci-après un aperçu bibliographique des travaux sortis de l'École pyrétologique de Strasbourg.

Spielmann (Auguste). Des modifications de la température animale dans les maladies fébriles aiguës et chroniques. (Thèse de Strasbourg, 1856.)

Coblence. De l'emploi de la digitale comme agent antipyrétique. (Thèse de 1862.)

Hirtz. Étude clinique sur la digitale pourprée. (*Bulletin de thérapeutique*, 1862.)

Berhand. De quelques considérations sur l'élément fièvre au point de vue clinique. (Thèse de 1862.)

Coquengnol (Claude). Traitement de la pneumonie par la digitale. (Thèse de 1863.)

Laederich. De l'emploi de la digitale pourprée dans le traitement de la fièvre typhoïde (1865).

Aronsohn. De la fièvre. (Thèse d'agrégation de 1865.)

Marvaud. Étude sur le frisson et les sensations de froid perçues dans les maladies. (Thèse de 1866.)

Hirtz. Articles *Chaleur*, 1867, et *Crise*, 1868, in *Dictionnaire de médecine*.

Czernicki, Étude clinique sur la fièvre typhoïde, sa marche, sa physiologie pathologique, ses indications thérapeutiques. (Thèse de 1867.)

Vigenaud. Des affusions froides comme agent antifébrile. (Thèse de 1867.)

Nicol. De la méthode antipyrétique dans le traitement de la pneumonie. (Thèse de 1868.)

Linon. Essai sur le *Veratrum viride* comme agent antipyrétique. (Thèse de 1868.)

Bernheim. Des fièvres typhiques en général. (Thèses d'agrégation de 1868.)

Coze et Feltz. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1866 et 1869).

Ch. Billet. Études cliniques sur la température, le pouls et la respiration. (Thèse de 1869.)

Lefort. Études cliniques sur la température et le pouls chez les nouvelles accouchées. (Thèse de 1869.)

Cheviet. De la marche de la température dans les fièvres traumatiques. (Thèse de 1869.)

Cortial. Essai sur les indications thérapeutiques dans la fièvre typhoïde. (Thèse de 1869.)

---

mouvement; elles organisent de grandes réunions collectives appropriées aux différentes fractions du public; elles envoient de tous côtés des délégués ou des missionnaires; elles font visiter par leurs agents les Sociétés affiliées, les écoles, les universités, les prisons, les réunions de soldats et de matelots.

La propagande orale, quelque développée qu'elle soit, n'est peut-être pas le plus puissant mode d'action des Sociétés de tempérance; la presse leur en fournit un autre qui est pour le moins aussi efficace. C'est encore en Amérique, dans cette ville de Boston, où la presse populaire dut son premier essor à l'impulsion bienfaisante de Franklin, que naquit le premier journal de tempérance; mais il ne tarda pas à avoir plusieurs imitateurs, et depuis le nombre n'a fait que s'en accroître en Amérique et en Angleterre.

Il se publie à Londres, à Manchester, à Glasgow et dans plusieurs autres grandes villes, des journaux exclusivement destinés à prêcher la tempérance.

Nous devons une mention toute spéciale au *Temperance Medical Journal*, fondé, il y a deux ans seulement, par des médecins et pour des médecins, et donnant, chaque année, quatre fascicules très-remplis d'articles originaux, d'analyses, de reproductions, pour le prix total de 2 fr. 50.

En dehors des journaux, chacune des Ligues, et un très-grand nombre de Sociétés locales, publient des rapports annuels où sont relatées toutes les circonstances intéressant la Société au point de vue moral, administratif, pécuniaire. Pour la ville de Londres seule, nous avons une liste de 115 Sociétés locales publiant des rapports de ce genre.

Les Ligues publient, en outre, des almanachs, petits volumes qui sont distribués gratuitement à tous les membres, et qui sont vendus au public à un prix très-modique.

L'un de ces almanachs (Tweedie's, *Temperance Year Book*, Londres, 1871, 60 c.) se termine par un catalogue de 23 pages, contenant 393 articles différents qui se rapportent tous, sans exception, à la propagation de la tempérance. Nous trouvons

Hirtz. Article *Digitale*, in *Dictionnaire de médecine* de 1869.

Hirtz (Hippolyte). Essai sur la fièvre en général. (Thèse de 1870.)

Darricarière. Quelques considérations générales sur la chaleur fébrile. (Thèse de 1870.)

Hirtz. Article *Fièvre*, in *Dictionnaire de médecine* de 1871.

Charvot. Pouls, température et urines dans la crise et dans la convalescence de quelques pyrexies. (Thèse de 1871.)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Sur la rhino-bronchite spasmodique ou fièvre de foin, par le docteur Gueneau de Mussy.

J'ai publié en 1868, dans la Gazette des hôpitaux, des études cliniques sur la maladie qu'on désigne en Angleterre et en Prusse sous le nom d'*asthme de foin* ou de *fièvre de foin*. J'avais été conduit à cette opinion : que cette affection relevait probablement de l'arthritisme; qu'on pouvait l'assimiler, dans quelques cas au moins, à certaines dermatoses arthritiques, comme l'urticaire, avec lesquelles elle paraissait avoir d'intimes connexions pathogéniques, et qu'elle exprimait sur les membranes muqueuses un processus morbide analogue à celui qui caractérise sur la peau ces pseudo-exanthèmes. Depuis lors, des observations assez nombreuses, dont je dois la plupart à la bienveillance de mes confrères de province, m'ont permis de contrôler ces premières impressions et me paraissent les confirmer. Je crois donc que la rhino-bronchite spasmodique (1) peut être considérée comme une manifestation de l'arthritisme; et alors même que, contrairement à mon opinion, la diathèse goutteuse n'en serait pas la condition pathogénique essentielle, il faudrait admettre l'élément goutteux comme caractérisant une variété qui comprendrait le plus grand nombre des cas.

Dans les observations publiées par les médecins britanniques, et dont j'ai dû la communication à mon ami et ancien interne M. Herbert, on voit assez souvent notée la coïncidence des antécédents goutteux avec le *hay fever*, sans que les auteurs de ces observations aient tiré de cette circonstance aucune conclusion sur la pathogénie de cette affection.

La plupart de mes observations personnelles expriment ce rapport : l'asthme de foin me paraît devoir être mis au compte de l'arthritisme, comme l'asthme vrai, comme la migraine périodique, comme la plupart des névroses périodiques *constitutionnelles*. J'insiste sur cette restriction, car cette appréciation étiologique ne s'applique évidemment pas aux névropathies qui dépendent d'une lésion locale ou d'une cause accidentelle.

D'une autre part, cette assimilation, qui m'avait semblé ressortir de quelques faits, entre la fièvre de foin et certains pseudo-exanthèmes, recevra des observations qui vont suivre la valeur d'une démonstration. Nous ne verrons plus seulement l'affection des membranes muqueuses alterner avec celle de la peau, mais nous pourrons suivre le passage du travail morbide d'un tégument sur l'autre.

Restera à résoudre une question que j'ai discutée ailleurs (*Étude sur l'arthritisme utérin*) et qui se pose à l'occasion de toutes les dermatoses muqueuses. Le processus morbide conserve-t-il sur le tégument interne une forme analogue à celle qui le caractérise sur la peau? Les différences de structure qui existent entre les deux grandes divisions de l'enveloppe tégumentaire peuvent faire pressentir quelque dissemblance ou au moins des nuances entre leurs manifestations morbides, mais les caractères fondamentaux se retrouvent. D'ailleurs quelle différence essentielle y a-t-il entre l'érythème cutané et la congestion chronique des membranes muqueuses?

Dans un très-grand nombre de cas, les affections du tégument interne peuvent être assimilées aux dermatoses externes et dérivent des mêmes conditions pathogéniques. J'ai cherché à établir cette connexion et cette assimilation, déjà admises par les cliniciens du XVIIe et du XVIIIe siècle pour l'angine glanduleuse, pour certaines formes de catarrhe pulmonaire et de diarrhée chronique, pour certaines affections utérines; on les retrouve dans beaucoup de dyspepsies, de gastralgies et d'entéralgies qui sont des dermatoses gastriques ou intestinales.

Nous avons des données suffisantes pour esquisser le tableau des dermatoses muqueuses : on y retrouverait ces grandes lignes diathésiques qui ont servi à grouper les dermatoses cutanées. La goutte et la scrofule dominent la scène morbide et se montrent comme condition primordiale de la plupart des affections du tégument interne.

On peut se demander encore si le coryza spasmodique exige constamment cet élément énanthématique, ou en d'autres termes s'il est toujours accompagné d'une dermatose muqueuse. Une névrose arthritique ne peut-elle pas, sans lésion primitive de la membrane muqueuse, produire les troubles fonctionnels observés dans cette curieuse affection. On ne saurait *à priori* en repousser la possibilité; mais quand le mode d'un processus morbide est démontré par l'observation, l'analogie des troubles fonctionnels ne suffit pas pour rattacher à la même espèce morbide une affection qui présente un processus essentiellement différent. La connexion pathogénique établirait un rapport plus intime et un rapprochement plus légitime; il y a des affections dyspnéiques, périodiques, com-

(1) J'avais proposé ce nom dans mon premier travail pour remplacer celui d'asthme de foin qui, pris dans un sens trop exclusif, exprimerait une erreur sur l'étiologie de cette affection.

---

là des publications de tout genre, s'adressant à tous les publics et à toutes les bourses, des livres de science et des livres d'amusement, ces derniers en grande majorité, des contes, des cahiers de musique et des cahiers d'images.

Afin de stimuler les auteurs à écrire des livres littéraires qui soient à la fois instructifs, amusants et propres à faire valoir les mérites de la tempérance, on a institué des concours dont les prix s'élèvent jusqu'à 2500 et même 7500 francs.

On comprend bien que, pour être en état de soutenir contre l'ivrognerie une lutte aussi acharnée, il faut avoir le concours de capitaux importants, et c'est ici, peut-être, qu'il faut admirer le plus les habitudes libérales de nos voisins.

Ainsi, sans tenir compte des ressources propres à chacune des Sociétés locales, les six principales associations collectives ou Ligues, servant de lien entre ces Sociétés, disposent, pour contribuer à la propagande de l'œuvre, d'un budget annuel de près d'un million! Pourrions-nous réaliser en France, dans le même but, une somme dix fois ou même cent fois moindre?

4° *Résultats obtenus par les Sociétés de tempérance.* — Nous avons exposé le mode d'organisation, le but, les moyens d'action des Sociétés de tempérance. Il nous resterait, comme question encore plus importante, à faire connaître les résultats qu'elles ont obtenus. Mais ici la tâche est plus difficile, car leur influence est surtout une influence de moralisation, et les faits moraux échappent à la statistique et ne peuvent être ni pesés ni comptés.

Sans doute, la généreuse et naïve espérance des premiers fondateurs ne s'est pas réalisée; plus d'une génération a cessé de vivre depuis le premier essor du mouvement de tempérance, et il y a encore des ivrognes.

C'est que les habitudes d'intempérance sont un fléau de tous les temps et de tous les pays; on ne peut espérer le voir disparaître, mais on doit, justement à cause de sa ténacité, s'appliquer davantage à en combattre pied à pied les progrès. Cette guerre doit être permanente et continue, parce qu'on a affaire à un ennemi qui se renouvelle sans cesse; et l'on aura

pliquées d'une hypérémie muqueuse, qui dérivent, comme dans l'asthme de foin, de la racine arthritique et qui peuvent être regardées comme des névroses, parce que l'élément nerveux précède et domine l'élément congestif; mais ces affections se rattachent plutôt à l'asthme vrai qu'au *hay fever*. Hâtons-nous d'ajouter que ces deux formes morbides, quoique distinctes, ont entre elles de nombreuses affinités.

Ce n'est pas seulement par leur développement dans les familles goutteuses, par leur alternance dans la race ou dans l'individu avec les manifestations franches de la goutte, que les dérivés de l'arthritisme trahissent leur origine. Quelque dissemblables qu'ils soient du type primitif, ils en retiennent toujours quelques traits, et il y a entre tous les rejetons de la racine goutteuse des caractères communs, un *air de famille* que l'analyse clinique nous fait découvrir.

Ainsi, dans presque toutes les maladies qui dérivent de l'arthritisme, nous voyons l'élément nerveux jouer un rôle important; dans un grand nombre, nous constatons une tendance marquée à la périodicité. Les manifestations arthritiques reviennent souvent par accès d'une durée variable, accompagnés dans beaucoup de cas d'exacerbations nocturnes. Il n'est pas rare de voir ces accès se répéter à l'automne et au printemps, c'est-à-dire dans ces conditions saisonnières où la goutte franche se montre de préférence.

Mais si ces caractères sont habituels ou communs dans les dérivés arthritiques, il ne faut pas s'attendre à les rencontrer toujours. Plus les dérivés de la goutte s'éloignent de la source originelle, plus ils pourront s'écarter de la forme type, alors surtout que, comme conséquence presque nécessaire de cet éloignement, l'influence goutteuse qu'ils expriment aura été croisée et souvent modifiée par d'autres éléments diathésiques ou constitutionnels. D'ailleurs on rencontre dans la forme type, dans la goutte articulaire elle-même, plusieurs des variétés qu'on retrouve dans les dérivés arthritiques.

Si la goutte revient ordinairement par accès d'une durée limitée, dans certaines conditions constitutionnelles, la fluxion articulaire n'a pas sa marche et sa solution habituelles; elle persiste pendant un temps très-long. Cette chronicité, dans le sens étymologique du mot, est beaucoup plus commune dans les dérivés de l'arthritisme et dans les dermatoses arthritiques en particulier: il y a des affections cutanées arthritiques, comme il y a des catarrhes intestinaux ou bronchiques de même nature qui ont une durée indéfinie.

Par contre, en face de ces phénomènes goutteux qui deviennent persistants, il y en a de passagers, fugitifs, caractérisés par des douleurs lancinantes, fulgurantes, d'autres fois par des fluxions congestives, éphémères, dans les articulations. Ce type morbide se reproduit dans les dermatoses arthritiques; l'érythème fugace, certaines formes d'urticaire palmaire ou plantaire, qui durent de quelques minutes à quelques heures, les herpès périodiques qui accomplissent leur évolution dans quelques jours et reviennent parfois à des intervalles réguliers, représentent sur la peau ces manifestations passagères de l'arthritisme. Nous rencontrerons parmi les dermatoses muqueuses des formes analogues, qui sont pour ainsi dire les ébauches de formes plus accentuées et plus opiniâtres.

Si la périodicité saisonnière ou nocturne manque souvent dans les dérivés de l'arthritisme, il s'en faut qu'on l'observe toujours dans la forme type : il y a des goutteux qui souffrent plus le jour que la nuit; il y en a qui ont leurs accès en toutes saisons.

D'après ces considérations, en admettant l'origine arthritique de la rhino-bronchite spasmodique, on n'aura pas lieu de s'étonner si cette affection peut présenter des variétés qui diffèrent dans leur marche de la forme décrite sous le nom d'*asthme de foin*. Elles s'y rattachent cependant par leurs localisations et par leurs conditions pathogéniques; et si je ne me suis pas laissé entraîner à trop généraliser les observations que j'ai recueillies sur ces conditions, on pourrait les résumer en disant que cette affection a pour caractère fondamental une rhino-bronchite spasmodique liée à une *arthritide muqueuse*. L'observation suivante me paraît justifier ces conclusions :

OBS. I. — Le 17 avril 1869, je fus consulté par madame H..., âgée de vingt-quatre ans environ; elle ignore si chez ses grands-parents il y a eu des antécédents goutteux. Elle se rappelle seulement que son grand-oncle maternel avait tous les ans, au mois de mai, une attaque de *hay fever* qui durait deux mois. Le fils de ce grand-oncle a la même affection. La mère de madame H..., cousine germaine de ce dernier, en souffre depuis son enfance; elle a actuellement quarante-huit ans. L'an dernier l'attaque a été moins violente que les précédentes; mais, depuis six mois elle éprouve dans le petit orteil une douleur avec gonflement, qui, au dire de sa fille, offre tous les caractères d'une affection goutteuse.

Sans tirer aucune conclusion de cette appréciation que je n'ai pas pu contrôler, je ne puis m'empêcher de faire remarquer cette coïncidence d'une atténuation insolite dans les troubles respiratoires, avec l'apparition d'une affection articulaire ou au moins circumarticulaire.

Il n'est pas rare de voir des accès d'asthme vrai disparaître en même temps que la goutte se manifeste. J'en ai rencontré des exemples. Je connais entre autres un vieillard âgé de soixante-seize ans qui a des attaques de goutte tous les ans depuis quarante ans; il avait eu des accès d'asthme très-violents dans sa jeunesse, et Chomel, connaissant les dispositions diathésiques de sa race, lui avait prédit qu'il aurait probablement un jour la goutte, et qu'il serait délivré de son asthme; ce pronostic s'est réalisé; une seule fois depuis lors, n'ayant pas eu à l'automne son accès de goutte habituel, il éprouva une gêne de la respiration portée jusqu'à l'orthopnée, à laquelle succédèrent des symptômes de congestion broncho-pulmonaire; une révulsion énergique dégagea la poitrine, et bientôt après la goutte reparut; il n'a pas cessé depuis lors de lui payer un tribut au moins bisannuel.

Pour revenir à la mère de madame H..., elle avait consulté Chomel qui lui avait dit : vous avez l'asthme de foin, j'en ai déjà observé un

---

déjà obtenu un succès considérable toutes les fois qu'on aura réussi, non pas à anéantir cet ennemi, mais seulement à le faire reculer, à le tenir en respect afin de ne pas être vaincu et dominé par lui.

C'est là ce que les Sociétés de tempérance ont fait depuis quarante ans, et ce qu'elles font encore en Amérique et en Angleterre.

Il nous serait impossible de dire combien de *teetotalers* il y a aujourd'hui dans ces pays; les documents nous manquent pour cela, et nous ne savons pas s'il serait possible d'en réunir qui présentassent un degré satisfaisant de certitude; mais nous pouvons affirmer qu'il y en a des centaines de mille et sans doute des millions; parmi eux, à côté de beaucoup de personnes, qui même sans prendre d'engagement n'auraient jamais cessé d'être sobres, il se trouve un certain nombre d'anciens ivrognes corrigés, et surtout un nombre, beaucoup plus important, de gens actuellement sobres qui, s'ils n'avaient pas été retenus par le respect de l'engagement pris, et par la contagion du bon exemple, n'auraient certainement pas échappé à celle du mauvais, et se seraient perdus par la boisson.

Cela n'empêche pas qu'il y ait encore beaucoup d'ivrognes et que l'on se plaigne, plus que jamais peut-être, des fléaux engendrés par les excès alcooliques.

Mais les Sociétés de tempérance, loin de se décourager, ne font que redoubler d'efforts pour étendre leur action et augmenter le nombre de leurs adhérents. Ces efforts sont loin d'être stériles, et les ouvriers tendent de plus en plus à se diviser en deux classes : ceux qui boivent beaucoup trop, et ceux qui ne boivent pas du tout. Ces derniers, que l'on appelle *temperance-men*, sont faciles à distinguer par leur bonne santé, la convenance de leurs manières, la bonne tenue de leurs vêtements, leur opulence relative et la faveur dont ils sont l'objet auprès de tous les chefs qui les emploient.

5° *Ce qui a été fait en France jusqu'ici en faveur de la tempérance.* — Il serait difficile de comprendre qu'un genre d'insti

exemple, et j'ai guéri la personne qui en était atteinte en l'envoyant aux eaux de Louesch; je vous engage à en essayer.

Ce conseil ne fut pas suivi; mais il est remarquable et semble indiquer que Chomel entrevoyait quelque connexion pathogénique entre cette affection et les maladies de la peau, dont il combattait par les eaux de Louesch (1) les formes graves et rebelles.

Le frère et la sœur de cette dame n'ont pas été affectés de coryza spasmodique; mais pendant l'époque où leur sœur en subissait les atteintes, c'est-à-dire du 15 mai au 15 juillet, ils étaient tourmentés par une affection prurigineuse des téguments de la face sur laquelle nous reviendrons, car elle se développe également chez madame H... et chez sa mère, et marque la première phase du processus morbide qui aboutit au coryza; elle occupe la tête et la région temporo-auriculaire, mais s'arrête au devant de la mâchoire.

Madame H... est de taille moyenne; elle n'est pas grasse sans être maigre; son teint est d'un blanc mat un peu anémique. Ses yeux sont noirs; elle offre les apparences d'une constitution nerveuse avec une légère teinte de lymphatisme.

A dix ans, elle a eu un eczéma qui a duré plusieurs mois; à treize ans elle a été réglée. Elle n'a jamais eu de migraines; souvent et surtout pendant les attaques de coryza spasmodique, les urines sont sédimenteuses et laissent déposer un sable rougeâtre.

Son estomac est délicat; elle éprouve souvent après les repas, surtout au moment des crises, de la pesanteur gastrique, de la somnolence et de la fatigue dans les jambes. Elle est habituellement constipée. Elle transpire avec une extrême facilité, disposition commune dans les races arthritiques; souvent ses mains sont moites; pendant la durée des attaques elle a des sueurs nocturnes abondantes.

A l'âge de 17 ans, après avoir eu des épistaxis qui indiquaient déjà un mouvement fluxionnaire vers les parties supérieures, elle éprouva les premières atteintes de la maladie qui s'est reproduite depuis avec une périodicité des plus constantes et une marche des plus uniformes, du 15 mai au 15 juillet, et avec des symptômes absolument semblables à ceux qui s'étaient manifestés chez sa mère.

Aux mois de mars et d'avril ses règles deviennent moins abondantes, comme si le molimen congestif qui en précède l'éruption subissait une dérivation. En même temps apparaît un *pityriasis capitis* qui bientôt envahit les oreilles et la face jusqu'au bord des narines; la malade ressent dans le conduit auditif des picotements désagréables, et la membrane tégumentaire qui le tapisse est hérissée de petites pellicules que la malade ramène au dehors toutes les fois qu'elle y introduit l'extrémité du doigt. Sur les tempes, les joues, le nez et le menton, on aperçoit alors de petites taches finement grenues, de 4 à 6 millimètres de diamètre, en cercles ou en croissants, quelques-unes en plaques arrondies, qui paraissent recouvertes à la coupe de petites écailles furfuracées, constituées par des lamelles épidermiques. J'ai observé ces taches le 17 avril; elles duraient déjà depuis plusieurs semaines.

Dans les premiers jours de mai, elles s'éteignent peu à peu, et le 15 éclate le coryza précédé de picotements dans le nez et accompagné d'éternuments qui se répètent 40 ou 50 fois de suite. En même temps une sérosité fluide, froide, aqueuse, s'écoule des narines avec abondance.

(1) J'ai dit dans un autre travail (sur l'herpétisme utérin) que Fontan soupçonnait une analogie entre Louesch et Bagnères de Bigorre. J'ai toujours pensé que les eaux de Louesch devaient contenir de l'arsenic, d'après leurs effets physiologiques, que les bains arsenicaux artificiels m'ont reproduit quelquefois. On a trouvé dernièrement de l'arsenic dans les eaux de Bagnères de Bigorre, et j'apprends avec plaisir qu'on va tenter la méthode thermale usitée à Louesch.

Les paupières se gonflent et deviennent rouges, prurigineuses, plucheuses. Les conjonctives sont larmoyantes, mais ne rougissent pas. Ces éternuments répétés, convulsifs, amènent de la suffocation. Les picotements du nez remontent à la racine de cet organe et à la région intra-surcilière, et y sont accompagnés d'une douleur gravative. Après ces crises qui se répètent huit à dix fois par jour, la malade se sent fatiguée, courbatue; chaque jour elle mouille huit à dix mouchoirs; son sommeil est troublé par le retour des éternuments.

Le soleil, la poussière, les odeurs bonnes ou mauvaises, celle de la rose en particulier, le mouvement, les cahots d'une voiture, la chaleur surtout, quand elle se fait sentir dans le dos de la malade, provoquent une nouvelle explosion des crises. Aussi madame H..., pour en diminuer le nombre et en atténuer la violence, cherche-t-elle les lieux frais et obscurs où elle se tient immobile.

Pendant la durée de l'attaque, la malade éprouve une sensation fébrile, et son pouls s'élève de 72 à 85 pulsations. L'appétit diminue et les digestions sont plus pénibles qu'à l'ordinaire.

Vers la fin de la maladie, la violence des éternuments diminue; la sécrétion nasale est moins abondante et plus épaisse.

Madame H... s'est trouvée enceinte pendant la période morbide et les symptômes ont été plutôt aggravés que diminués par la grossesse.

Pour combattre cette affection et prévenir l'envahissement de la muqueuse respiratoire, j'engageai madame H... à prendre trois fois par jour une cuillerée à soupe de la mixture :

℞	Sirop de bourgeons de sapin.	ââ 200 grammes.
	Sirop de saponaire........	
	Solution de Fowler........	3 —

Du 10 au 15 mai, époque fatale de l'échéance du coryza, elle devait prendre chaque matin quatre des pilules suivantes :

℞	Extrait de quinquina jaune...	10 centigrammes.
	Sulfate de quinine..........	15 —

Cette dermatose périodique, accompagnée de dyspepsie, de sédiments uriques, a bien la note arthritique; quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur son caractère diathésique, sa connexion, je dirai : sa continuité avec le coryza est évidente. On suit le processus morbide depuis la tête, où il débute, jusqu'à l'orifice des narines, où il provoque ces spasmes réflexes des muscles expirateurs qui constituent l'éternument. Chemin faisant, il touche le conduit auditif et les bords palpébraux. Chez deux personnes de cette famille, l'affection cutanée ne dépasse pas la joue, le coryza ne se développe pas. On a sous les yeux la démonstration et la preuve du rapport qui existe entre ces deux phénomènes. J'ai cité des cas où, sans avoir la même valeur démonstrative, l'alternance de l'affection cutanée et de la rhino-bronchite constituait une forte présomption en faveur de leur identité pathogénique. Dans les cas auxquels je fais allusion, la dermatose revêtait la forme d'urticaire. La forme asthmatique est peut-être plus fréquente avec l'urticaire, qui est plus diffuse, plus généralisée, plus soudaine dans son apparition et dans ses envahissements que le pityriasis.

(*La suite à un prochain numéro.*)

tutions, aussi répandu dans certains pays étrangers, fût resté complétement inconnu en France, s'il n'y avait quelque profonde différence entre nos mœurs et celles de ces pays; cette différence existe. Chez nous, la boisson réellement nationale, du moins pour plus des trois quarts du pays, celle que l'on produit et que l'on consomme presque partout, c'est le vin, vin ordinairement léger et auquel on mêle le plus souvent de l'eau. Bien que l'action enivrante de ce vin ne soit pas douteuse, les effets en sont relativement inoffensifs, si on les compare à ceux de l'alcool, et s'il n'y avait que lui à redouter, le danger n'aurait rien de bien menaçant pour notre société.

Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner de ce qui arriva en France à M. Baird, envoyé en Europe par les Sociétés de tempérance américaines, afin de prêcher l'abstinence complète. Présenté aux Tuileries, en 1836, il développa, dit-on, les idées et les plans de la Société, mais sans succès. « Puisque » la Providence nous a donné de si bons vins, lui fut-il répliqué, » il est bon de les laisser boire. » (Dembowski, *loc. cit.*, p. 834.)

Cependant cet optimisme, cette quiétude, ne sont plus de mise aujourd'hui, puisqu'il est démontré que partout, même chez nous, à côté du vin, se propage avec une rapidité et une intensité croissantes le goût des liqueurs distillées, et notamment celui de l'absinthe. Inconnue pour ainsi dire, il y a quelques années, l'absinthe est maintenant d'un usage de plus en plus fréquent, et elle exerce, par son action toxique, des ravages encore plus grands que les autres boissons spiritueuses. Le danger est grand, surtout dans les provinces du nord et du nord-ouest de la France, car là le raisin ne mûrit pas et le vin n'est que d'un usage exceptionnel; aussi les classes ouvrières, agglomérées en si grand nombre dans certaines villes manufacturières, vivent-elles dans des conditions analogues à celles de l'Angleterre, au moins sous le rapport du régime alimentaire et des boissons prédominantes.

Il n'est pas absolument exact, d'ailleurs, de dire que le grand mouvement de formation des Sociétés de tempérance

REVUE CLINIQUE.

Chirurgie pratique.

NOTE RELATIVE A LA FRAGMENTATION DES BALLES ET A LEUR FUSION PROBABLE, par le docteur COZE, professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin principal à titre auxiliaire à l'hôpital militaire de Perpignan.

Pendant la guerre de 1870-71, beaucoup de blessés furent évacués sur l'hôpital militaire de Perpignan, et, plus tard, les régiments qui prirent garnison dans cette ville y envoyèrent les hommes dont les blessures n'étaient pas guéries ou présentaient des accidents consécutifs.

C'est dans cette vaste clinique que se sont développés les faits de chirurgie de guerre qui font l'objet de cette note.

J'ai extrait, entre autres opérations, un bon nombre de balles qui n'avaient pu être enlevées au moment même, soit parce qu'elles ne se trouvaient pas à portée, ou parce que des complications en avaient empêché la recherche.

Dans plusieurs circonstances, je fus frappé de la fragmentation des projectiles et de leur singulière conformation : les fragments étaient de dimensions variées; l'un, le plus gros, se rapprochait plus ou moins du poids d'une balle et paraissait aplati, déformé et comme ayant subi un certain degré de fusion; ordinairement enkysté en raison de son volume et de son peu de mobilité, il ne causait point ou peu de douleur; les autres, beaucoup plus petits, étaient disséminés dans les tissus voisins et entretenaient des plaies fistuleuses qui mettaient obstacle à la cicatrisation des blessures. Les plus gros de ces petits fragments pesaient de 2 à 4 grammes; les plus petits avaient au plus la grosseur d'une forte tête d'épingle; en général, l'aspect comme granulé de ces petits fragments faisait bien voir qu'ils s'étaient séparés de la masse métallique ramollie.

On sait avec quel acharnement les armées ennemies se sont mutuellement accusées d'avoir employé des balles explosibles; sans nier d'une manière absolue l'usage de projectiles de ce genre de la part de l'armée allemande, je crois que les faits que je vais rapporter et l'interprétation qu'ils m'ont suggérée contribueront à faire tomber en partie des accusations formulées au moment de la lutte à la vue de projectiles fragmentés.

Je présenterai d'abord les observations d'extraction de balles qui m'ont paru militer en faveur de l'opinion que je discuterai plus loin.

OBS. I. — G..., 2e cavalier, au 1er régiment du train d'artillerie, blessé le 28 octobre 1870, à Verdun, est entré à l'hôpital de Perpignan le 6 août 1871. — Coup de feu à la partie supérieure de la jambe droite, un peu au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia et de l'insertion du tendon rotulien. — Plaie d'entrée fistuleuse, hypertrophie considérable du corps de l'os dans une longueur de 12 à 15 centimètres; fistules osseuses au niveau du mollet, à la partie interne du membre. Balle non extraite au dire du blessé. Traitement par les injections phéniques longtemps continué sans résultat. De temps en temps, sortie d'esquilles. Dans cet état de choses, je me décidai à dilater la plaie d'entrée à l'aide de l'éponge; au bout de deux jours, il fut facile de pénétrer avec stylet et pince dans l'intérieur de l'os. Ne pouvant constater d'une manière certaine la présence d'un corps métallique, j'eus recours à un moyen d'exploration délicat mis en usage dans ces derniers temps, je veux parler du stylet électrique. L'appareil fut très-habilement installé par un médecin distingué de Perpignan, M. le docteur Fines, requis à l'hôpital, et qui, dans maintes circonstances, a bien voulu me prêter son concours éclairé.

Dans les derniers jours de juin, en présence de M. le docteur Catteloup, médecin principal, et de M. le docteur Bouchardat, aide-major de mon service, je constatai la présence d'un corps métallique au bruit de la sonnerie qui partit au moment de la fermeture du circuit. Le corps métallique était situé vers la partie postérieure de l'os, à quelques centimètres au-dessous de l'ouverture dilatée. Quelque temps après, vers le milieu de juillet, je pratiquai l'extraction de la balle.

Le malade chloroformisé, j'agrandis l'ouverture d'entrée par l'application d'une forte couronne de trépan, et je pus ainsi pénétrer facilement dans la cavité osseuse. La balle était enclavée dans la partie postérieure de l'os, et pendant la tentative de dégagement le projectile tomba dans les parties molles sous-jacentes et fut extrait par une contre-ouverture pratiquée à la partie externe et latérale du membre au-dessous du péroné. Je parvins à extraire : 1° la balle, qui pesait 22 grammes; 2° un fragment du poids de 2gr,90 ; 3° quelques grains de plomb, ainsi que deux esquilles portant dans leurs rugosités des parcelles de plomb, entraînés par des injections d'eau faites par les diverses ouvertures. Je ne passerai pas sous silence un fait digne de remarque, je veux parler d'incrustations de phosphate et carbonate de chaux qui recouvraient en certains points les deux fragments les plus gros ; j'ajouterai d'ailleurs que j'ai eu lieu de rencontrer des incrustations semblables sur tous les projectiles extraits après coup dans cette campagne.

A dater de l'époque de l'opération que je viens de décrire, la guérison marcha relativement très-vite. La reproduction de l'os enlevé par le trépan se fit peu à peu, les plaies fistuleuses guérirent, et aujourd'hui le blessé marche très-bien avec une légère claudication due à un peu de raccourcissement.

Cette observation présente plusieurs circonstances intéressantes :

1° L'utilité de l'exploration au stylet électrique pour les projectiles qui ont pénétré dans un os;

2° La fragmentation et la déformation de la balle que l'on ne retrouve pas en son entier;

3° L'incrustation calcaire de ces fragments.

OBS. II. — G..., caporal au 15e régiment de ligne, blessé en septembre 1870, sous Metz. Coup de feu qui a frappé l'angle de la mâchoire inférieure du côté gauche. Entré à l'hôpital militaire de Perpignan, le 11 juillet 1871. Je constatai dans l'épaisseur du sterno-cléido-mastoïdien, du même côté et dans la partie moyenne du muscle, au niveau du point où ce muscle est croisé par la veine jugulaire, un

---

n'ait eu aucun écho en France; précisément dans une des principales villes de la région que nous venons de désigner, à Amiens, il y eut, en 1835, une tentative pour organiser une institution de ce genre; mais, organisée sur des bases peu pratiques, elle ne pouvait avoir qu'une courte durée et n'obtenir que des résultats peu significatifs. Aussi ne sommes-nous pas étonné de lire dans un Mémoire de Villermé publié en 1839 : « Jusqu'ici, la Société de tempérance d'Amiens n'a fait que recueillir des souscriptions, et proposer un prix à l'auteur du meilleur ouvrage sur les moyens de combattre l'intempérance en France. » Nous n'avons pas appris qu'elle ait jamais fait plus. A une époque plus récente, en 1851, le conseil municipal de Versailles a institué des prix de sobriété en faveur de la classe ouvrière; ces prix furent même distribués pendant quelques années; mais l'institution ne tarda pas à tomber en désuétude par suite de l'absence de résultats sérieux.

Il nous serait difficile cependant de quitter ce sujet sans nous demander s'il ne serait pas possible de faire en France, sinon quelque chose d'identique aux Sociétés de tempérance anglaises et américaines, du moins quelque chose qui pût présenter des avantages analogues.

Nous savons bien qu'il y a à compter dans une certaine mesure, pour l'avenir, sur les lois qui sont en cours de préparation, et nous sommes loin de regarder l'intervention des pouvoirs publics, dans cette question, comme inopportune ou inefficace.

Mais la loi sera-t-elle suffisante à elle seule, et quand nous aurons approuvé, à part nous, nos gouvernants de l'avoir votée, aurons-nous fait, chacun, tout ce qui aura été en notre pouvoir pour le bien de nos semblables et pour le nôtre propre, menacés que nous sommes, chacun en particulier, par tout ce qui peut compromettre l'état social et les intérêts collectifs de notre pays?

Evidemment non, et il en est beaucoup parmi nous, nous n'en doutons pas, qui sentent combien il serait utile que les citoyens pussent s'unir, en dehors de l'action des pouvoirs

corps étranger qui était une gêne pour l'habillement et le port du sac. Le 14 juillet, je pratiquai l'extraction d'une partie du projectile, avec les précautions les plus minutieuses, en raison de la région sur laquelle il fallait opérer. L'opération, une fois l'incision cutanée faite, fut achevée avec la sonde cannelée. Le fragment de balle extrait pesait 15 grammes et se trouvait avoir perdu complétement sa forme; il avait dû être pour ainsi dire ramolli comme par une fusion partielle, et dans ses anfractuosités on voyait des incrustations calcaires qui témoignaient d'un séjour prolongé dans les tissus. Au-dessous de ce fragment principal, je pus extraire deux petites parcelles granulées de métal. La guérison se fit très-rapidement et sans accidents. A quelques centimètres en arrière, le blessé accusait ressentir depuis longtemps, en deux points, une douleur sourde qu'il attribuait, je crois non sans raison, à de petits fragments du projectile; je n'entrepris point leur extraction à cause des nombreux filets nerveux qui sillonnent la région; ces fragments ne causaient d'ailleurs qu'une gêne très-supportable.

Cette observation nous montre, comme la précédente :

1° Une fragmentation de balle;

2° Un état du métal pouvant faire croire à une sorte de fusion;

3° L'incrustation calcaire du fragment principal.

Obs. III. — L..., sergent au 42e de ligne, blessé d'un coup de feu à Champigny, le 30 novembre 1870. Entré à l'hôpital le 1er janvier 1871. Plaie fistuleuse à la partie externe et moyenne de la cuisse droite. De cette plaie on avait extrait, à l'ambulance du Luxembourg, à Paris, trois gros sous (décimes) et une pièce d'argent de 50 centimes, somme qui se trouvait dans un porte-monnaie dans la poche du pantalon. Ces pièces, que j'ai eues entre les mains, avaient subi le choc de la balle et se trouvaient déformées en creux, toutes dans le même sens. La balle n'avait pu être extraite à cause de complications survenues à cette époque. Je constatai la présence du projectile à 7 centimètres environ au-dessous de la plaie d'ouverture d'entrée. J'en fis l'extraction par une incision comprise dans le sillon qui sépare le vaste externe du biceps crural. Je retirai deux fragments de projectile dont l'un pesait 20gr,50, et l'autre, plus petit, 3gr,60. Ces fragments, recouverts en partie d'incrustations calcaires, avaient bien l'aspect tourmenté d'un métal qui aurait subi en partie la fusion. La plaie d'extraction guérit très-vite, et il se présenta à deux travers de doigt au-dessus du creux poplité un foyer purulent indépendant de la plaie nouvelle, mais communiquant avec la plaie fistuleuse d'entrée de la balle. Des injections d'eau entraînèrent en plusieurs fois quelques fragments de plomb granulés. Le drainage et les injections phéniquées amenèrent enfin la guérison des trajets fistuleux.

Dans cette observation comme dans les premières, nous constatons :

1° La fragmentation du projectile, qui est loin de représenter la balle entière;

2° La déformation comme par fusion des fragments;

3° Les incrustations calcaires qui les recouvrent.

Remarques. — Des faits qui précèdent, il paraît résulter que la balle du fusil prussien peut se fragmenter, que cette fragmentation peut être telle, que l'on retrouve dans les blessures des parcelles très-petites, que tous ces fragments se sont détachés de la masse principale qui paraît avoir subi en partie la fusion.

La balle prussienne (fusil de 1862) est du poids de 32 grammes, d'après un tableau que je trouve dans le rapport de la commission militaire sur l'Exposition universelle de 1867; les poids des fragments extraits, d'après les observations précédentes, sont de 24gr,90, de 24gr,10, de 15 grammes, c'est-à-dire sensiblement inférieurs à celui de la balle normale; il y a donc eu, en dehors comme dans les parties d'où l'on extrait les fragments, un éparpillement notable de la substance métallique.

Recherchons si, à l'aide des connaissances scientifiques actuelles, on peut donner une explication de ces phénomènes.

On comprendra sans peine que si le plomb, dont le point de fusion est à 334 degrés centigrades, peut s'échauffer assez pour être amené à un état de fusion dans les conditions décrites plus haut, il sera facile d'expliquer la fragmentation et ainsi réduire à néant dans bien des cas l'accusation de balles explosibles.

Les recherches récentes sur la théorie mécanique de la chaleur apprennent que le mouvement ne peut se transformer en chaleur que toutes les fois qu'un corps en mouvement est brusquement arrêté par son choc avec un autre corps; il se développe dans le mobile une quantité de chaleur en rapport avec la vitesse. C'est ainsi que l'on a constaté que le boulet lancé sur la plaque d'un navire blindé acquiert, au moment du choc, une chaleur telle qu'il devient incandescent.

Il est probable que les balles (animées d'une vitesse initiale d'au moins 300 mètres), venant à rencontrer la crête du tibia, l'angle de la mâchoire inférieure, des pièces de monnaie, se trouvaient dans les conditions de corps en mouvement qui, en en rencontrant d'autres, transformeront en chaleur le mouvement très-rapide dont elles étaient animées, de manière à atteindre le point de fusion du plomb.

Il serait important de vérifier, si cela n'est pas fait, quel est le degré de température atteint par une balle brusquement arrêtée à 200, 400, 600 et 1000 mètres.

Il est évident que les faits de la nature de ceux que nous venons d'étudier n'ont dû se présenter que dans une proportion relativement restreinte. Le projectile qui, avant d'arriver à un os, traverse une certaine épaisseur de parties molles, ne se trouve plus dans les conditions nécessaires.

Il importe aussi que le projectile arrive perpendiculairement et non obliquement sur la place osseuse; dans ce dernier cas, la balle serait déviée et continuerait sa marche, elle ferait ricochet comme elle pourrait le faire sur un mur, un canon, etc.; tandis qu'arrivant perpendiculairement sur l'obstacle, elle subira, tout en pénétrant, un arrêt assez brusque qui déterminera, par la transformation du mouvement en chaleur, sa fusion partielle et sa fragmentation.

---

publics, pour favoriser cette action et contribuer par là à la régénération du pays : de là cette idée d'une « ligue contre l'alcoolisme », idée dont M. Bergeron a eu l'initiative devant l'Académie.

Mais une ligue de ce genre ne pourra jamais obtenir de succès réel qu'à la condition d'avoir un programme nettement défini, une formule brève et significative, facile à comprendre pour tous les esprits, et telle que toutes les classes de la société puissent s'unir pour la mettre en pratique, ensemble et de la même manière.

Cette formule ne peut pas consister dans la recommandation pure et simple de la *modération*; rien de plus élastique et de plus banal que cette recommandation; rien de moins pratique ni de moins efficace.

Elle ne peut pas être davantage l'*abstinence absolue* de toute boisson alcoolisée; nous avons déjà répété, à plusieurs reprises, qu'il nous paraîtrait absolument inopportun de vouloir exiger, en France, que l'on renonçât aux boissons ordinairement bues aux repas et qui sont le vin, la bière et le cidre. Ces boissons, prises en quantité convenable, et il est rare qu'on dépasse ces bornes quand on boit en mangeant, sont inoffensives et très-souvent utiles; l'habitude d'en faire usage est absolument inhérente aux mœurs de la nation; la culture des plantes avec lesquelles on les fabrique est l'une des principales sources de richesse agricole du pays, et il ne saurait être question de la supprimer.

Que faire donc, si l'on ne peut prendre le drapeau de l'abstinence comme inacceptable, ni celui de la modération comme insignifiant.

La question est évidemment embarrassante, mais elle ne nous paraît pas insoluble, et le remède nous semble indiqué par la nature même du mal qu'il s'agit de combattre.

Quel est ce mal ? ce n'est pas, avons-nous dit, le fait de boire aux repas, en quantité modérée, du vin, de la bière ou du cidre. Quel est-il donc ? C'est l'habitude, de plus en plus générale, pour les hommes de toutes les conditions, et trop

Conclusions. — 1° Les balles, lorsqu'elles sont brusquement arrêtées dans leur course par un corps dur, os, pièce de monnaie, etc., peuvent se fragmenter dans des proportions telles, que blessés et médecins ont pu croire quelquefois à l'emploi de balles explosibles proscrites entre nations civilisées.

2° Cette fragmentation, ce morcellement, peuvent s'expliquer par la fusion partielle probable de la balle qui, brusquement arrêtée, transforme en chaleur le mouvement dont elle est animée.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1871. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Hygiène publique. — *Sur une épidémie d'ictère essentiel observée à Paris et dans les environs.* Note de M. Decaisne. — « Depuis environ trois mois, c'est-à-dire depuis le commencement de l'automne, on constate à Paris et dans la banlieue un nombre considérable de cas d'ictères, qui constituent une véritable épidémie.

« C'est au milieu de la meilleure santé et sans cause apparente que l'ictère se déclarait, dans les cas que nous avons observés.

» Ces cas d'ictères se sont présentés partout, chez les individus de professions différentes et placés dans des conditions d'hygiène diverses, sans qu'il me fût possible de les rattacher à une lésion organique quelconque. D'ailleurs, dans un quart de ces cas, j'ai vu la maladie céder, à peu près dans le même espace de temps, à l'expectation pure et simple.

» Les régiments qui composent l'armée de Paris, qui occupent les campements autour de la capitale, et dont l'état sanitaire est d'ailleurs excellent, n'ont pas non plus échappé à l'épidémie. Chez eux, la maladie s'est comportée comme dans la population civile.

» Le traitement a consisté en une ou deux purgations, et, au bout de cinq à six jours, la coloration jaune des téguments disparaissait graduellement. « En somme », me dit un médecin militaire, « les hommes, tout en présentant des signes patho- » logiques, n'ont éprouvé aucun dérangement dans leur santé, » et nous les exemptions du service plutôt pour la maladie » qu'ils paraissaient avoir que pour une indisposition réelle. »

Physiologie. — M. *J. Béclard*, à propos des expériences communiquées récemment à l'Académie relativement à l'influence de la lumière violette sur les phénomènes de la vie, rappelle qu'il lui a présenté lui-même, en 1858, deux mémoires sur ce même sujet. Ces mémoires ont pour titres : De l'influence de la lumière et des divers rayons colorés du spectre sur le développement des animaux, et Des rayons colorés du spectre envisagés dans leurs rapports avec les phénomènes de nutrition.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. *Wurtz*, président sortant, remercie l'Académie des témoignages de sympathie qu'elle lui a donnés pendant l'année de sa présidence; rappelle les pertes regrettables et trop nombreuses que la savante compagnie a éprouvées dans le cours de cette année fatale, et procède à l'installation du nouveau bureau.

M. *Barth*, en prenant place au fauteuil, adresse à l'Académie des remercîments pour lui avoir fait l'honneur de l'appeler à la présidence, fait en peu de mots l'éloge des membres qu'elle a perdus, appelle l'attention sur le grand nombre de places vacantes et sur la nécessité de les remplir le plus promptement possible. Il termine son allocution en proposant de voter des remercîments au bureau sortant.

Ces remercîments sont votés par acclamation.

M. le président rend compte ensuite de la visite faite par le bureau à M. le ministre de l'instruction publique à l'occasion du jour de l'an. M. le ministre, ayant exprimé le désir que l'Académie rédigeât un petit *Traité d'hygiène populaire*, destiné à être distribué aux instituteurs, M. le président propose de nommer, à cet effet, une commission de cinq membres dans la prochaine séance. (*Adopté.*)

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements de la Lozère, de la Côte-d'Or, de la Haute-Loire, du Finistère et de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône. (*Commission des épidémies.*)

2° L'Académie reçoit : *a.* Une note de M. le docteur *Decaisne* sur une épidémie d'ictère essentiel, qui règne à Paris et dans la banlieue depuis plusieurs mois. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Une note sur la chirurgie dentaire, par M. *Descamps*, dentiste à Constantinople.

M. *le président* annonce la mort de M. le professeur *Jæger* (de Vienne), membre correspondant.

M. *le président* rappelle les trois vacances déjà déclarées dans les sections de pathologie externe, de pharmacie et de physiologie, et propose de déclarer les quatre nouvelles vacances dans les sections de pathologie interne, d'accouchements, de médecine vétérinaire et d'anatomie pathologique. (*Adopté.*)

M. *Gosselin* présente deux brochures de M. le docteur *Maurice Laugier*, l'une sur la grenouillette hydatique, l'autre sur les kystes séreux de la région parotidienne.

---

souvent aussi pour certaines classes de femmes, d'aller, dans l'intervalle des repas, s'installer dans des établissements publics, cabarets, débits de liqueurs et cafés, et d'y boire sans besoin. En un mot, l'ennemi véritable ce n'est pas le vin, c'est le cabaret, c'est le café.

C'est au cabaret que les ouvriers vont en si grand nombre, le matin, boire avant de travailler, et que souvent ils restent même quand l'heure du travail est arrivée ; c'est là que, s'ils ont un moment libre, ils retournent dans la journée ; c'est là qu'ils passent leurs soirées et parfois leurs nuits. Le cabaret est le véritable fléau des classes ouvrières. C'est le lieu où s'élaborent les émeutes et la guerre civile.

Dans les campagnes, le café se confond avec le cabaret. Dans les villes, il s'adresse à une autre classe du public, mais il n'est ni moins fréquenté ni moins malfaisant. C'est là qu'une proportion sans cesse croissante de la jeunesse française passe tous ses instants de loisir en ayant soin de se dispenser de tout travail, de manière à n'avoir plus que des loisirs. C'est là que notre armée a vu s'amoindrir son énergie et son ressort. C'est là que nos mœurs se pervertissent et que notre race dégénère. C'est le café qui a produit cette multitude de liqueurs nuisibles que la spéculation invente pour réveiller les palais blasés ; c'est lui qui a popularisé le terrible poison de l'absinthe.

Le mal une fois bien déterminé, le remède nous semble tout indiqué. S'il est possible d'éveiller, en France, un sentiment un peu général sur les dangers que nous font courir les progrès de l'ivrognerie, ne pourrait-on pas également faire contracter, par beaucoup de citoyens, l'engagement moral, l'obligation volontaire de s'interdire, d'une manière absolue, de ne jamais mettre les pieds ni dans un cabaret, ni dans un café ?

Cet engagement d'abstinence ou plutôt d'abstention absolue, tout le monde peut le prendre, tout le monde peut le garder ; il est simple, précis, facile à comprendre et à exécuter. Il ne fait renoncer à rien de véritablement utile, et sa mise en pra-

M. *Richet* présente le premier numéro du Journal d'ophthalmologie, publié sous la direction de MM. les docteurs *Galezowski* et *Piéchaud*.

M. *Béclard* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. *Lecanu*.

Ce discours est accueilli par des marques unanimes d'approbation.

Lectures et rapports.

M. *Eug. Caventou* lit, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

M. *Chauffard* dépose sur le bureau son rapport général sur les épidémies qui ont régné en France pendant les années 1869 et 1870. Il communique quelques fragments de ce rapport.

A quatre heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre les conclusions du rapporteur et pour voter sur les récompenses proposées.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau moyen d'abaisser la température, par le docteur Manasseïn.

L'auteur a eu l'idée de placer des lapins dans une boîte suspendue à une corde d'une longueur d'à peu près 1 mètre et de les soumettre à 28 ou 30 doubles oscillations par minute. Le sens des oscillations était perpendiculaire au grand axe du corps. Le balancement terminé, on constatait sur le thermomètre placé dans le rectum un abaissement de température variant de 0°,3 C. à 1°,3 C.; en moyenne, 0°,66. Cet abaissement persiste d'une demi-heure à deux heures, il est le plus prononcé après un balancement d'une durée de quinze minutes; une plus longue durée ne l'augmente pas. Le maximum de l'abaissement ne se produit guère qu'une trentaine de minutes après le balancement, ce qui prouve qu'on n'a pas affaire à un refroidissement mécanique dû au déplacement de l'air; du reste, ce refroidissement se produit même si l'on a soin d'envelopper ces animaux dans de la ouate, et il n'augmente pas si l'on augmente le nombre des oscillations. Si le balancement s'opère dans le sens de l'axe longitudinal de l'animal, celui-ci devient plus anxieux et plus remuant, mais sa température se comporte de même. L'action du balancement est plus prononcée si l'on a soin de bander les yeux des lapins; elle est moins sensible si l'animal est narcotisé par une légère dose de morphine. La fièvre septique provoquée par l'injection de matières putrides est abaissée par ces oscillations pendulatoires; si celles-ci sont répétées assez fréquemment, on peut même ramener la transpiration au chiffre normal.

Il nous semble que ces expériences appliquées à l'étude du mal de mer, ou des effets de la balançoire, offriraient un certain intérêt. (*Pflüger's Archiv*, 1871, IV, et *Gaz. médic. de Strasbourg*, 15 décembre 1871.)

Travaux à consulter.

Examen de l'eau artésienne de Rochefort, par le docteur Roux. — Travail consciencieux, très-complet. Cette eau paraît originaire des terrains de sédiments inférieurs; elle se rapproche des eaux de Bourbonne-les-Bains, Baden, Miers, Carlsbad; les sels dominants sont les composés sodiques, à l'exception du carbonate. Elle doit être classée à la fois parmi les salines et les ferrugineuses; ses principes actifs sont : les sulfates de soude, de chaux, de magnésie et le chlorure de sodium, ayant pour satellites le bromure et l'iodure de sodium, le bicarbonate de fer avec ses annexes, le manganèse, le cuivre et l'arsenic. Les propriétés thermiques sont une haute température, un chiffre élevé de principes salins alcalins. Cette eau est excitante; elle convient à l'anémie, aux dyspepsies, à la diarrhée chronique, à l'adénopathie cervicale. (*Archives de médecine navale*, n°s 11 et 12, 1870.)

Sur les propriétés physiologiques du bromure de potassium, par G. J. Schouten. — L'auteur conclut de ses expériences que les effets de ce médicament sont principalement dus à l'action du potassium. Sous l'influence du bromure de potassium, il se produit dans l'organisme un trouble de nutrition qui est caractérisé par une diminution de l'oxydation des tissus, principalement dans les muscles et dans le tissu nerveux. L'activité cardiaque diminue en même temps que l'innervation du nerf vague et des nerfs vaso-moteurs. Avec des doses toxiques, l'activité des phénomènes vitaux s'affaiblit d'autant plus que la diminution dans l'innervation du nerf vague et des vaso-moteurs amène le ralentissement du pouls. (*Archiv der Heilkunde*, 12, p. 97.)

Recherches sur les mouvements de l'intestin, par S. Mayer et S. V. Basch. — Les auteurs ont principalement étudié l'influence de la respiration et de la circulation sur les mouvements de l'intestin. La compression de l'aorte produit des mouvements péristaltiques. La section des nerfs vagues, du sympathique et de la moelle, à la région cervicale, paraît n'avoir pas d'influence. Lorsqu'on interrompt la respiration, des mouvements se produisent : lorsqu'on transfuse le sang artériel dans les vaisseaux des intestins, des mouvements se produisent lorsque le sang est devenu noir par l'arrêt de la transfusion; d'où cette conclusion, que le sang agit comme excitant lorsqu'il est chargé de carbone; ainsi qu'on le voit dans la dyspnée prolongée, les mouvements péristaltiques après la mort reconnaissent pour cause l'action du sang altéré. Le sang veineux est l'excitateur des mouvements péristaltiques. (*Centralblatt*, n° 13, 1871.)

---

tique suffirait, à elle seule, pour constituer une réforme des plus importantes dans le pays.

Pour beaucoup, ce serait renoncer à une habitude réellement dangereuse et par là échapper à une catastrophe prochaine; pour d'autres, ce serait donner un excellent exemple au prix d'un léger sacrifice; pour tous, ce serait faire une épargne importante de temps et d'argent...

Voici, en résumé, quel serait le rôle que l'initiative privée nous paraîtrait appelée, aujourd'hui, à exercer en France, dans la guerre à entreprendre contre l'ivrognerie :

Elle devrait former, comme le propose M. Bergeron, une ligue contre l'alcoolisme.

Et parmi les moyens d'action auxquels cette ligue devrait avoir recours pour atteindre son but, nous lui conseillerions :

1° De constituer des associations dont les membres prendraient, tous, l'engagement de ne jamais fréquenter le cabaret, ni débit de liqueurs, ni café.

2° De provoquer et de favoriser, par tous les moyens possibles, la formation de cercles où l'on ne boirait aucune liqueur alcoolique, et qui réuniraient tous les éléments désirables de distraction honnête et dont la fréquentation remplacerait avantageusement, sous le double rapport du profit social et intellectuel, et de l'économie pécuniaire, les lieux actuels de réunion.

Faculté de médecine de Paris. — Les dix professeurs qui ont voté pour la permutation de M. Vulpian sont, croyons-nous, les suivants : MM. Axenfeld, Baillon, Daremberg, Dolbeau, Gavarret, Hardy, Robin, Sappey, Sée, Tardieu.

BIBLIOGRAPHIE.

Les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide. Lettre à M. le docteur Moreau (de Tours), par le docteur J. V. LABORDE. — Germer Baillière.

Un intérêt d'actualité a poussé l'auteur à publier ce fascicule destiné à compléter un travail plus étendu.

En présence des événements auxquels il a assisté, il se demande si de pareils actes ne relèvent pas d'une perturbation psychologique, d'une sorte d'état morbide collectif. Mais, à l'inverse de l'opinion vulgaire, il n'attribue aux circonstances, au milieu, que l'influence d'une cause déterminante agissant sur des organisations prédisposées. C'est à ce point de vue, qu'il a soin de développer dans les premières pages de son travail, que M. Laborde étudie quelques-unes des personnalités les plus marquantes de la Commune. L'auteur n'a point voulu, en désignant les personnes, sortir de certaines réserves auxquelles est étroitement tenu tout médecin analysant un fait pathologique. Il se défend avec raison d'apporter des biographies destinées à alimenter une curiosité malsaine. Les *sujets* ne sont reconnaissables qu'à leurs actes. Malheureusement, ces actes ont laissé dans nos souvenirs une impression telle que les noms se placent facilement sur les *observations*.

Le but de l'ouvrage est donc de démontrer que ces hommes, par leurs antécédents héréditaires, leurs habitudes, leurs actes antérieurs, ressortissent évidemment à l'observation pathologique.

Pour quelques-uns d'entre eux, il y a évidence. On trouve dans leurs ascendants ou leurs collatéraux des aliénés internés dans les asiles. Leurs actes passés témoignent d'une influence héréditaire incontestable.

Pour d'autres, la démonstration est moins complète, à moins qu'on n'admette que certaines habitudes vicieuses, une ambition démesurée, un orgueil excessif, une tendance habituelle à l'exagération, une facilité extrême à céder aux entraînements coupables, témoignent d'un affaiblissement ou d'une perversion de l'intelligence rendant jusqu'à un certain point l'individu irresponsable de ses actes. A ce titre, le nombre de ceux qui, par le juste équilibre de leurs facultés et l'empire qu'ils conservent sur leurs passions, échapperaient à toute suspicion, se restreindrait singulièrement. On conçoit combien il est dangereux de s'engager sur cette pente. On en trouvera la preuve dans l'étude de quelques types présentés par M. Laborde.

Nous partageons pleinement son opinion sur une des causes auxquelles il attribue une large part dans les crimes de la Commune. Nous voulons parler de l'alcoolisme, qui a joué un rôle si évident dans cet horrible drame. L'alcool fut, aux mains des meneurs, un moyen de se procurer des instruments d'autant plus dociles qu'ils étaient aveugles et inconscients. On ne lira pas sans un vif intérêt le récit des aventures d'un honnête médecin jeté violemment en pleine bataille et peignant sur le vif quelques types militaires des bataillons de la Commune.

Terminons en citant un épisode caractéristique :

A la suite de plusieurs accès de manie aiguë remontant à 1848, J. A... était, il y a six ans, interné à Bicêtre. Il était Dieu et allait tout changer, tout réorganiser. Sa parole était embarrassée. Il vivait dans une incurie absolue de sa personne, gâteux à la manière des maniaques et des déments. Sorti de l'asile de Charenton en 1870, il se présente aux élections communales de 1871 et est élu dans un des arrondissements de Paris. Membre de la Commune, il y donne bientôt la preuve d'un état mental tel que ses collègues, assurément peu difficiles en pareille matière, le font arrêter et conduire à Mazas, et de là à Charenton. C'est pendant ce transport qu'il émit cette réponse, qui assurément ne figurait pas à son dossier d'aliéné : « Pourquoi n'y mène-t-on pas aussi les autres? »

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'Association des médecins de la Seine tiendra son assemblée générale annuelle le dimanche 28 janvier, à deux heures. Dans cette séance, les sociétaires auront à élire un président, doux vice-présidents et un trésorier.

Candidats proposés par la *Commission générale* (décisions adoptées le 1er décembre) : Président, M. Nélaton; vice-présidents, MM. Béclard, Noël Gueneau de Mussy; trésorier, M. Genouville.

La Commission générale propose aussi de conférer le titre de vice-président honoraire à M. Barth, qui a décliné l'honneur d'une nouvelle réélection.

HÔPITAUX DE PARIS. — Voici les mutations qui viennent d'avoir lieu : M. Empis passe à la Charité; MM. Lorain et Desnos, à la Pitié; MM. Guyot et Siredey, à Lariboisière; MM. Raynaud, Féréol et Cadet de Gassicourt, à Saint-Antoine; M. Dumontpallier, à Lourcine; M. Blachez, aux Nourrices; M. Proust, à Sainte-Périne; MM. Ollivier et Labbé, à Ivry; M. Paul (Constantin), à Bicêtre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. de Lens, troisième prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé prosecteur à la même Faculté, à dater du 1er novembre 1871, en remplacement de M. Lannelongue, entré en exercice comme agrégé.

M. Gillette, nommé, par arrêté du 16 août dernier, troisième aide d'anatomie à ladite Faculté, est prorogé dans les fonctions de prosecteur jusqu'au 1er avril 1872.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Pilat, professeur de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur d'accouchement, maladies des femmes et des enfants, à ladite École, en remplacement de M. Binaut, décédé.

ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. Olivier, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, en remplacement de M. Delabost, dont la démission est acceptée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — La Société médicale des hôpitaux, dans sa dernière séance, a procédé aux élections de son bureau pour l'année 1872, de la manière suivante :

Président, M. Moissenet; vice-président, M. Bernutz; secrétaire général, M. Lailler; secrétaires des séances, MM. Ball et Brouardel; trésorier, M. Dujardin-Beaumetz.

Conseil de famille : MM. Bucquoy, Marotte, Mesnet, Woillez.

Conseil d'administration : MM. Bernutz, Blachez, Guyot, Labric, Potain.

Comité de publication : MM. Ball, Brouardel, Lailler, Paul, Jules Simon.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République, en date du 29 décembre 1871, sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier : MM. le docteur Riembault, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne (Loire) (services rendus dans les ambulances à l'armée de la Loire et à l'armée de l'Est); le docteur Nottin, médecin à Paris (services rendus dans les ambulances à l'armée de Metz); Campardon fils, ex-aide-major au 54e bataillon de la garde nationale de la Seine.

G. MASSON, *propriétaire-gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 11 janvier 1872.

LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX. — LE NOUVEL HÔTEL-DIEU. — RÉORGANISATION DE L'ARMÉE.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux.

Nous avions annoncé, dans l'avant-dernier numéro, qu'un des services de l'hôpital de Lourcine, affecté depuis longtemps à la chirurgie, avait été, par décision administrative, confié à un médecin. Cette décision avait soulevé chez les chirurgiens une émotion assez vive, et la question a été portée devant la Société médico-chirurgicale des hôpitaux, réunie samedi dernier. On sait que cette Société, fondée récemment en vue de veiller aux intérêts collectifs du personnel médical des hôpitaux, avait pour but principal d'unir dans un esprit de solidarité plus intime les médecins et les chirurgiens.

Ces derniers avaient jugé, non sans quelque raison, qu'une question dans laquelle il s'agissait d'attribuer aux médecins une place jusqu'ici dévolue aux chirurgiens était essentiellement du ressort de la Société nouvelle, qu'il eût été opportun de mettre en regard les prétentions respectives de chacun, et de ne rien décider avant un débat contradictoire.

D'un autre côté, on répondait que la mesure était purement administrative et devait être appréciée uniquement à ce point de vue. Le conseil avait jugé, à la majorité d'une seule voix, il est vrai, mais, en définitive, avait jugé, qu'il y avait intérêt à substituer dans l'hôpital de Lourcine un service médical au service chirurgical. La question était dès lors tranchée, sans qu'on pût y voir une transgression quelconque aux lois de la plus parfaite confraternité.

Quoi qu'il en soit, les susceptibilités étaient en éveil, et, à en juger par quelques opinions manifestées isolément, on pouvait craindre que la Société médico-chirurgicale des hôpitaux, à peine créée, ne trouvât dans ce conflit un écueil redoutable.

Il n'en a rien été, et cet heureux résultat doit être attribué à la parfaite convenance, à la modération remarquable apportées par la commission chirurgicale à la rédaction de son manifeste.

De franches explications ont été échangées. Si les chirurgiens n'ont pas produit plutôt leur réclamation, c'est qu'ils ne voulaient pas qu'elle eût le caractère d'une revendication, et qu'ils désiraient en même temps se dégager complétement des émotions toujours plus vives des premiers moments. Ce qu'ils veulent d'abord, c'est que toute décision concernant les intérêts de la Société soit précédée d'une réunion. La Société a été fondée dans des temps difficiles, à un moment où tous les médecins sentaient le besoin d'affirmer leur solidarité. Il faut avant tout lui conserver son caractère, ne rien négliger pour garantir l'étroite union de ses membres, écarter avec soin tout germe de division. Il eût mieux valu, dans les circonstances présentes, que la Société eût été instruite dès le début et que l'on y eût débattu les intérêts de chacun. Les chirurgiens désirent qu'à l'avenir on adopte cette règle de conduite.

Dans de pareils termes, la déclaration des chirurgiens a rencontré une sympathie presque générale. La Société devait être convoquée; mais le temps a fait défaut. Les chirurgiens acceptent le fait accompli; mais il est entendu qu'à l'avenir les questions de ce genre, mettant en présence des intérêts contradictoires, seront portées en leur temps à la barre de la Société.

La proposition a donc été adoptée à une majorité considérable, et il faut savoir gré à ceux des membres de l'assemblée qui ont écarté, avec une insistance énergique, toute question personnelle dans un débat où la forme seule était en cause, sans que les intentions pussent être un moment soupçonnées. On a tout à gagner à une pareille manière de procéder, qui honore singulièrement la Société qui la pratique. A la suite d'une pareille séance, la Société peut être rassurée sur son avenir. La discussion était périlleuse et pouvait amener une scission complète; elle a, au contraire, cimenté l'union du corps médico-chirurgical et montré qu'entre gens qui s'estiment on ne saurait rien craindre d'un débat loyal et sagement dirigé.

Viennent maintenant les grandes questions qui appelleront un effort commun, et le corps médical des hôpitaux trouvera dans cette heureuse entente une puissance et une autorité avec lesquelles on devra désormais compter.

Le nouvel Hôtel-Dieu.

La construction du nouvel Hôtel-Dieu a soulevé contre elle, dès le début, l'opinion du corps médical hospitalier. La Société de chirurgie avait pris l'initiative d'une opposition à laquelle s'associa bientôt la Société des médecins des hôpitaux. Une Commission fut nommée, montra les vices radicaux du projet, signala les dangers auxquels on exposait les malades en les accumulant dans un espace trop restreint, dans des bâtiments mal disposés, au centre même de la ville. La Gazette hebdomadaire prit part à cette utile polémique et publia à ce sujet plusieurs articles remarqués. On sait avec quel dédain on passa outre à des réclamations si autorisées. Les bâtiments s'élevèrent avec rapidité. Leur inauguration devait, dans une *haute* pensée, coïncider avec celle de l'Opéra. L'effondrement de 1870 vint tout suspendre. A cette époque le gros œuvre était presque terminé. On clôtura en quelques jours, avec des planches, les vastes salles qui servirent de casernement pendant le siége. C'est dans cet état que nous trouvons aujourd'hui le nouvel Hôtel-Dieu. Il s'agit de le terminer et de

l'aménager entièrement. Le conseil municipal doit être prochainement saisi de la question. Il a paru aux médecins que le moment était opportun pour intervenir de nouveau et essayer de se faire entendre.

Il y a huit ans bientôt, M. le docteur Trélat fils avait publié dans la Presse une série d'articles, où il démontrait combien le projet était mal conçu et contraire aux véritables intérêts de la population hospitalière. Il revient aujourd'hui sur cette question avec une nouvelle insistance et l'autorité que donnent des prévisions complétement justifiées.

Deux articles ont paru le 7 et le 8 janvier dans le journal la Liberté. La question y est exposée avec netteté et étudiée aux différents points de vue qu'elle comporte. S'il est éminemment utile que le *grand* public ait en mains les pièces du procès, il n'est pas moins indispensable que les médecins soient éclairés sur tous les points du débat. Rien de plus intéressant, d'ailleurs, que de connaître comment, sous l'empire, ces sortes d'affaires étaient conduites et tranchées en haut lieu.

La commission médicale, nommée en 1864 pour étudier ce sujet, avait conclu que « l'hôpital serait profondément défectueux, mal aéré, mal ventilé, et qu'on ne pouvait tirer parti du terrain qu'en restreignant beaucoup le nombre des lits ». La Société de chirurgie, la Société des médecins des hôpitaux, avaient appuyé ces conclusions.

Ces énergiques réclamations avaient enfin éveillé l'attention du Corps législatif, et la Commission de l'emprunt, éclairée par une députation de la Société de chirurgie, s'était décidée à refuser l'allocation de 12 millions réclamée par la ville de Paris.

Il y avait lieu d'espérer que force allait rester à la science, au bon sens, au respect des intérêts les plus sacrés. A ce moment même, alors que le rapport allait être lu devant le Corps législatif, on apprit que le décret d'expropriation des terrains était affiché, avec la signature de l'Impératrice régente, donnée pendant un voyage de l'Empereur. Le Corps législatif n'avait plus à revenir sur un fait accompli, et les 12 millions furent votés.

On a beaucoup parlé des frais nécessités pour la construction du nouvel hôpital. Ils dépassent tout ce qu'on pouvait imaginer. L'expropriation des terrains a coûté seule de 20 à 22 millions. Le devis primitif des constructions, évalué à 12 millions, a été élevé par des modifications successives à 17 millions. On demanderait aujourd'hui environ 5 millions pour terminer. Ce serait donc, au bas mot, à 42 millions qu'il faudrait évaluer les dépenses.

Dans le projet administratif, l'hôpital est disposé pour 800 lits. On arrive ainsi, pour le loyer annuel de chaque lit, au chiffre fantastique de 2500 fr.

Si l'hôpital est maintenu et qu'on veuille bien, écoutant l'avis émis par quelques médecins, réduire à 450 le nombre des lits, on arrive à un loyer de 4444 fr. par lit, — soit 12 fr. par jour (article cité).

Au prix de ces colossales dépenses, a-t-on réussi à créer un hôpital mieux approprié que tout autre aux besoins des malades, aux nécessités de l'enseignement? A-t-on réalisé quelque perfectionnement donnant satisfaction aux progrès de l'hygiène hospitalière? Malheureusement non. Il est facile d'ailleurs de le prouver.

On sait quelles espérances avaient été fondées sur les conditions de salubrité de l'hôpital Lariboisière, et quelle déception causa dans le corps médical la statistique nécrologique de cet hôpital modèle. Il fallut se rendre à l'évidence, reconnaître qu'un vaste hôpital, quelle que fût la perfection de son installation, était, par le seul fait de l'accumulation d'un certain nombre de malades, un véritable foyer d'infection. On en conclut que la condition importante, celle qui dominait toutes les autres, à laquelle il fallait avant tout satisfaire, était de restreindre le nombre des malades réunis dans un même local, si habilement disposé qu'il fût. Quelques vices de construction, d'aménagement, furent signalés; mais ce n'était là qu'une cause secondaire. Dans la conviction de tous, la cause capitale de l'insalubrité de ce bel hôpital était la réunion d'un trop grand nombre de malades dans un même établissement. Le chiffre de la mortalité à Lariboisière était, en 1856, évalué à 1 sur 10,28; celui de l'Hôtel-Dieu, dans la même année, était de 1 sur 10,17. La différence était à peine sensible (Bouchardat).

En comparant maintenant, sous certains rapports, l'hôpital Lariboisière au nouvel Hôtel-Dieu, nous arrivons à des résultats intéressants. — Lariboisière contient 625 lits. La surface occupée par l'hôpital est de 52 000 mètres environ. — Le nouvel Hôtel-Dieu contiendra 800 lits; sa surface n'est que de 21 600 mètres.

Les bâtiments de Lariboisière, entourant les cours, n'atteignent pas une hauteur supérieur à 20 ou 25 mètres.

Les bâtiments de l'Hôtel-Dieu nouveau ont quatre étages et atteignent la hauteur de 35 mètres; il en résulte que la cour principale, relativement étroite (26 mètres sur 75), est entourée de trois côtés par des murs élevés, interceptant de la façon la plus fâcheuse l'air et la lumière. Le quatrième côté n'est fermé que par un rez-de-chaussée élevé. Les quatre étages, sauf le rez-de-chaussée, doivent contenir des malades.

Il nous serait impossible d'entrer ici dans le détail de toutes les dispositions vicieuses qui peuvent être signalées. Nous n'avons voulu attirer l'attention que sur quelques points plus saillants. Nous y reviendrons, s'il y a lieu.

Quoi qu'il en soit, le nouvel Hôtel-Dieu s'est élevé. Encore quelques millions et il sera terminé. Il s'agit aujourd'hui de savoir si l'on n'a rien de mieux à faire qu'accepter le fait accompli et se contenter de quelques tempéraments. Les vices radicaux du nouvel établissement sont reconnus par la presque unanimité des médecins et chirurgiens. Pas un d'entre eux ne voudrait être responsable d'un projet condamné par tous au nom des lois de l'hygiène hospitalière. Mais la part du blâme étant faite, irrévocablement, à quel parti doit-on s'arrêter?

Devant une pareille difficulté, on conçoit que l'hésitation soit permise. Une solution radicale, d'après laquelle on se placerait sur le terrain des principes pour annuler tout ce qui a été fait, rembourser à l'Assistance publique les avances énormes qui l'ont épuisée, et travailler dans un autre sens et sur nouveaux frais, est malheureusement impraticable, si l'on considère l'énormité des dépenses déjà faites et la gêne financière du pays.

On a parlé de faire du nouvel Hôtel-Dieu un édifice de l'État, d'y installer la Sorbonne, les Postes, les bureaux de l'Hôtel-de-Ville, le ministère des finances. M. Trélat fait remarquer avec raison combien il est peu probable que l'État consente à payer 40 millions un bâtiment inachevé, peu approprié aux services qu'on voudrait y installer, et dans lequel cette instal-

lation demanderait nécessairement des modifications fort coûteuses. Cependant tout n'est pas épuisé de ce côté. Si une solution pouvait être obtenue dans ce sens, même au prix de grands sacrifices, ce serait la plus désirable, assurément.

A côté de ceux qui seraient partisans d'une fin de non-recevoir absolue, d'une mesure radicale, si onéreuse qu'elle fût, se placent ceux qui, tout en déplorant les faits accomplis, cherchent à en tirer parti dans une certaine mesure, à introduire dans l'aménagement des constructions et dans les projets primitivement acceptés des modifications qui satisfassent à quelques-unes de leurs justes exigences. M. Trélat se range à cet avis. Il propose de réduire à 450 les 800 lits projetés, à restituer à l'édifice les quelques conditions hygiéniques indispensables en le diminuant d'un étage, en abaissant à hauteur de rez-de-chaussée les bâtiments qui bordent la cour centrale, en y introduisant, autant que possible, les modifications reconnues nécessaires par tous ceux qui ont suivi les progrès de l'hygiène hospitalière.

On pourrait ainsi, selon lui, tirer un parti acceptable d'une situation profondément déplorable.

C'est en cet état que la Société médico-chirurgicale des hôpitaux reprend aujourd'hui la question de l'Hôtel-Dieu. Deux réunions ont eu lieu, une Commission a été nommée et a présenté son rapport. La Société publiera ce rapport et présentera ses conclusions au moment qu'elle jugera convenable. Ces conclusions, nous n'en doutons pas, ne seront nullement favorables au nouvel hôpital; à ce sujet, l'avis des chirurgiens et des médecins est unanime.

Quelles qu'elles soient, d'ailleurs, elles seront de nature à peser d'un grand poids sur les décisions du conseil municipal, appelé prochainement à voter les fonds nécessaires pour la continuation des travaux. La Société des hôpitaux a la bonne fortune de compter un de ses membres dans ce conseil ; un des esprits les plus fermes, une des intelligences les plus droites dont elle puisse s'honorer ; les intérêts des malades y seront énergiquement soutenus. Peut-être jugera-t-on que la question n'est pas encore tranchée, que les bâtiments, tels qu'ils sont, peuvent encore à la rigueur recevoir une autre destination; qu'il vaut mieux installer mal commodément une administration, quelle qu'elle soit, qu'accumuler des malades dans des conditions désastreuses, enfin que l'urgence n'est pas telle qu'on ne puisse accorder encore un sursis pendant lequel peut se manifester quelque projet heureusement conçu, quelque combinaison nouvelle capable de diminuer les lourds sacrifices auxquels il faudra nécessairement se résigner.

Considérations médicales et anthropologiques sur la réorganisation de l'armée.

Récemment, la Gazette hebdomadaire faisait remarquer (15 décembre 1871, p. 733), que, dans les conditions actuelles d'exemptions et de déductions admises pour les hommes de chaque classe, lors des opérations du recrutement de l'armée, le nombre des hommes pouvant être appelés sous les drapeaux, loin de s'élever chaque année à 300 000 hommes; comme l'indiquait le message présidentiel, n'est en réalité que de 156 000. Ce nombre pour trois années ne donnerait qu'un effectif de 468 000 hommes, peu différent de celui de 450 000, susceptible d'être entretenu par notre budget, d'après ce même message, qui, d'ailleurs, n'a donné que quelques aperçus généraux sur la réorganisation de l'armée, pour laquelle, dès à présent, avec raison, on essaye de substituer le campement rural au casernement urbain.

Actuellement, peut-être est-il également utile de faire quelques remarques sur le projet plus détaillé attribué à la commission spéciale de l'Assemblée (1), projet qui, tout en témoignant de l'intention de réformes importantes, est cependant loin encore d'être parfait au point de vue médical et anthropologique, le seul qui soit ici de notre compétence.

Je ne m'arrêterai pas aux articles compris sous le Titre I — I. *Dispositions générales*, relatifs au service personnel obligatoire, auquel d'autres articles ultérieurs du projet, entre autres les, articles 21, 22, 23, 24, 27, 39, 40 et 41, semblent fournir de trop grandes facilités de se soustraire, facilités regrettables au point de vue anthropologique, indépendamment de l'équité, car l'exonération des uns peut devenir prétexte de prolongation de service, et par suite cause de retard pour le mariage des autres. Or, si le mariage trop prématuré est une cause de plus grande mortalité pour le très-jeune homme au-dessous de vingt ans, ainsi que M. Bertillon (2) et moi (3) l'avons montré, il devient une cause de mortalité moindre pour l'homme ayant quelques années de plus. En outre, le mariage tardif paraît être loin d'être favorable à la fécondité légitime et par suite à l'accroissement de la population.

Je ne m'arrêterai guère non plus aux articles compris dans la *première section* du Titre II, relative au *tirage au sort*. On regrette de retrouver dans ce projet cette application du hasard au recrutement de l'armée ; hasard réprouvé, avec parfaite raison, comme immoral quand il s'agit d'argent, et maintenu comme équitable quand il s'agit de l'existence humaine, que tout médecin et anthropologiste sait être beaucoup plus exposée pour le soldat faisant partie de l'armée active, même en temps de paix, que pour le jeune homme laissé dans ses foyers.

J'arriverai immédiatement aux articles de la *deuxième section* du Titre II, celle relative aux *exemptions*, *dispenses et sursis d'appel*.

L'*article* 16 : *Sont exemptés du service militaire les jeunes gens que leurs infirmités rendent impropres à tout service actif ou auxiliaire dans l'armée*. Cet article exprime très-exactement ce que M. Broca (4), plusieurs confrères et moi avons demandé depuis longtemps, c'est-à-dire qu'il n'y eût d'exemptés du service que les véritables infirmes, ceux que leurs infirmités rendent véritablement inaptes à le remplir. Or, en réalité, il n'en est nullement ainsi. Chaque année on exempte, sous prétexte d'infirmités, plus de 2000 hommes pour mauvaise denture, autant pour varices, près de 1200 pour varicocèles, de 800 pour myopie, 700 pour pieds plats, 600 pour calvitie et alopécie, 600 pour bégayement, et nombre d'autres pour infirmités trop légères pour rendre *impropres à tout service actif ou auxiliaire*.

D'ailleurs l'*article* 17, qui porte : *Sont dispensés du service dans l'armée active : 1° les jeunes gens qui n'ont pas la taille de* 1m,54, suffit pour montrer comment on comprend l'appli-

(1) Voyez : Supplément au journal *le Temps* du 1er décembre 1871. — Voyez aussi le *Temps* du 20 décembre, p. 1, col. 6.
(2) *Influence du mariage sur la vie humaine* (*Gaz. hebdom.*, 25 nov. 1871, p. 688, etc.).
(3) *Gaz. hebdom.*, 28 juillet 1871, p. 407.
(4) Voyez, pour les indications bibliographiques non rapportées ici, mon travail précédemment publié sur le même sujet dans la *Gazette hebdomadaire*, 28 juillet et 11 août 1871.

cation de l'article précédent. En effet, non-seulement les hommes de très-petite taille résistent souvent mieux à la fatigue que des hommes de plus haute stature, aussi Boudin ne croyait-il pas à l'utilité de fixer un minimum de taille; mais ces hommes de petite taille sont parfaitement aptes à remplir un service auxiliaire, comme d'ailleurs le reconnaît l'article 26, qui prescrit de les appeler en temps de guerre, service qu'ils ignoreront s'ils n'y ont pas été initiés en temps de paix. « Sans doute, remarque la Gazette hebdomadaire (1), un homme de 1m,54 et moins peut être un excellent soldat, mais un grand nombre d'individus de petite taille seraient certainement exemptés comme incomplétement développés. » Cette remarque et parfaitement juste dans les conditions actuelles d'admission au service; mais à supposer que quelques individus insuffisamment développés ne puissent supporter les fatigues des services auxiliaires les moins pénibles, puisque les recherches statistiques de MM. Quetelet, Dunant, Champouillon ont permis de reconnaître que la croissance se continue plus ou moins au delà de vingt ans, suivant la provenance géographique et ethnologique des hommes observés, rien n'empêcherait de soumettre à un nouvel appel et à une nouvelle visite médicale au commencement de chacune des trois années de service, les hommes d'abord exemptés pour insuffisance de développement.

Les numéros 4 et 6 de l'*article* 18, relatif aux dispenses accordées aux *élèves ecclésiastiques*, aux *membres des congrégations enseignantes*, pourraient donner lieu à plus d'une remarque de la part d'un médecin préoccupé du mouvement de la population, en présence de ce fait que le nombre des prêtres s'élève à plus de 43000, indépendamment des religieux du sexe masculin, au nombre de plus de 17 000, ce qui, avec plus de 90 000 religieuses, porte à plus de 150 000 le nombre des personnes vouées au célibat religieux (2), mais je craindrais, en m'engageant dans cette voie, de sortir des limites imposées par la loi aux journaux scientifiques.

Dans le projet de loi primitif, sous le titre III : *Du service militaire*, l'*article* 37 disait : *Le temps de service est fixé : dans l'armée active à quatre ans; dans la première réserve à cinq ans.* Mais depuis, la Commission se serait arrêtée à la rédaction suivante : *Le temps de service est fixé, dans l'armée active, à cinq ans; dans la réserve à quatre ans* (3). Pour la prospérité anthropologique de la population, on ne peut que regretter que la commission croie devoir proposer cinq ans de service dans l'armée active, surtout quand les soldats de première réserve, durant quatre années, peuvent être appelés sous les drapeaux, non pas par promulgation d'une loi de l'Assemblée, mais par la seule volonté du pouvoir exécutif, dont le décret peut n'être converti en loi que dans le délai de deux mois, conformément à l'article 44. En effet, bien que l'article 45 autorise les hommes de la réserve à se marier, si l'on tient compte du temps nécessaire aux jeunes soldats passés dans la première réserve pour se créer une position leur permettant de subvenir aux besoins de leurs futures familles; si l'on tient compte de l'incertitude de leur position, entièrement sous la dépendance non d'une décision mûrement discutée de l'Assemblée, mais de l'initiative du chef du pouvoir exécutif, actuellement très-pacifique, mais souvent trop disposé à engager la nation dans des guerres insuffisamment motivées par les intérêts réels du pays, on est amené à reconnaître que les mariages devront continuer à se contracter assez tardivement, condition fâcheuse pour la fécondité légitime, et par suite pour l'accroissement de la population, et, au contraire, condition favorable aux unions et naissances illégitimes, regrettables au double point de vue des mœurs et de la mortalité infantile, près de deux fois plus considérable pour les enfants naturels que pour les enfants légitimes.

Le droit de rappeler les hommes de la réserve est laissé, par la commission militaire, au chef du pouvoir exécutif, pour permettre sans doute de les réunir promptement dans le cas de guerre imprévue; mais pour obtenir cette célérité de concentration des troupes, au lieu de disséminer et d'immatriculiser les hommes originaires d'un même département dans les corps les plus divers et les plus éloignés, et de les exposer ainsi à la nostalgie et autres affections, peut-être serait-il préférable de généraliser ce que le paragraphe 3 de ce nouvel article 37 prescrit de faire pour l'armée territoriale, c'est-à-dire de former des corps régionaux, dans lesquels, immédiatement après décision de l'Assemblée, les hommes de la réserve pourraient se concentrer pour entrer en campagne sans perte de temps. Cette formation de corps régionaux aurait, au point de vue de l'hygiène, le grand avantage de permettre de leur appliquer des conditions diverses d'alimentation, de vêtements, en rapport avec les us et coutumes antérieurs des hommes composant ces corps.

La durée du service dans l'armée active a été fixée à cinq années par la commission militaire, vraisemblablement dans le but de donner une instruction plus complète aux soldats. Mais d'abord les forces physiques et intellectuelles des recrues semblent permettre de réduire considérablement cette durée, en hâtant cette instruction, qui devrait s'acquérir d'autant plus promptement qu'on multiplierait davantage les exercices et les manœuvres et restreindrait les loisirs, qui font contracter aux soldats de fâcheuses habitudes d'oisiveté. D'ailleurs, la loi elle-même, par son *article* 39, stipule qu'*après une année de service... ne sont plus maintenus sous les drapeaux que les hommes compris dans la première portion de la classe, et dont le chiffre est fixé chaque année* (non pas par décision de l'Assemblée, mais) *par décret du Président de la République*. Or, s'il n'y a que ceux-là de maintenus, on trouve donc suffisamment instruits ceux qu'on renvoie dans leurs foyers.

L'*article* 41 mentionne *des examens déterminés par le ministre de la guerre*, à la suite desquels les jeunes gens non compris dans la première portion de la classe pourraient être renvoyés dans leurs foyers, non-seulement après une seule année, mais même avant l'expiration de cette première année de service. Le principe des examens ou inspections constatant non-seulement l'instruction scolaire élémentaire, qui paraît avoir été principalement visée par cet article, mais aussi l'instruction militaire, semble être parfaitement juste pour limiter le temps de service et motiver le renvoi de tous les hommes dans leurs foyers. La perspective de ces examens et de l'obtention de l'autorisation de rentrer dans ses foyers serait, certes, le meilleur stimulant pour engager le jeune homme à s'instruire promptement. Ne maintenant alors au service les jeunes hommes que le temps nécessaire pour acquérir cette instruction, ce temps serait souvent de moins d'un an, comme l'indique cet article 41, et ne serait jamais de quatre années, voire pour les individus de la plus lourde intelligence, aux-

(1) Page 754.
(2) *Statistique de la France*, 2e série, t. XIII, p. LXXV et CX.
(3) Voir *le Temps*, 6 janvier 1872, p. 2, col. 6.

quelsd'ailleurs on pourrait donner des services en rapport avec leurs faibles aptitudes intellectuelles. Le principe des examens serait donc très-avantageux au point de vue anthropologique, en permettant aux jeunes hommes, tout en acquérant une instruction militaire et voire même scolaire reconnue suffisante, de pouvoir très-promptement rentrer dans leurs foyers, se marier et procréer légitimement. Seulement, il importerait grandement que l'Assemblée, en adoptant ce principe d'examens, exigeât de la part de ceux chargés de les faire passer, plutôt trimestriellement que semestriellement, toutes les garanties d'impartialité, exigées d'ailleurs des fonctionnaires, des officiers publics, civils ou militaires, et des médecins chargés d'autoriser ou d'admettre les dispenses, exemptions et réformes du service militaire, conformément aux articles 65 et 66 de ce projet de loi.

Gustave Lagneau.

REVUE CLINIQUE.

Oculistique.

Note sur un cas de cysticerque ladrique (*Cysticercus cellulosæ*, Rudolphi) intra-oculaire. — Extraction de l'entozoaire intact et vivant hors de la cavité du corps vitré, par le docteur A. Sichel fils.

Le cysticerque ladrique dans l'organe de la vue est un fait assez rare en France. Mais de tous les points de l'organe qu'il peut occuper, le corps vitré est sans contredit celui où on l'a observé le moins souvent.

D'autre part, jusqu'à ce jour, cet entozoaire, sans doute à cause de sa grande rareté, n'a jamais été, que je sache, extrait en France, entier et vivant, des parties profondes de l'œil.

Ayant eu tout récemment le rare bonheur de pratiquer cette opération à ma clinique, je profitai avec empressement, de l'offre gracieuse de M. le docteur Giraud-Teulon, qui a bien voulu me proposer d'en faire l'objet d'une communication à la Société de chirurgie, heureux et fier de voir ce cas paraître intéressant à un homme si éclairé et si compétent en pareille matière. Qu'il me soit permis de lui en témoigner ici publiquement mon entière et vive gratitude.

Mais, avant de donner l'observation du cas dont il s'agit, nous devons faire en quelques mots l'historique de la question.

Avant la découverte de l'ophthalmoscope, on connaissait déjà les entozoaires de l'organe de la vue. Mon père a publié plusieurs mémoires sur ce sujet, et notamment, dans son Iconographie ophthalmologique (section XXXVI, § 805 à 812, obs. 248 à 251, pl. lxxii), il a donné le résumé des connaissances médicales à cet égard, pour la période que j'appellerai volontiers *préophthalmoscopique*.

Cet entozoaire ayant déjà été observé dans presque toutes les parties de l'œil ou dans ses annexes, la découverte de l'ophthalmoscope devait évidemment permettre, tôt ou tard, de l'apercevoir dans les parties profondes de l'œil.

C'était à feu l'illustre de Graefe qu'était réservé cet honneur, et en 1854, il publiait, dans ses Archives d'ophthalmologie, tome I, 1re partie, p. 457, un mémoire sur le cysticerque dans la rétine, et il annonçait en même temps la découverte qu'il venait de faire d'un cysticerque du corps vitré, cas dont il laissa à son chef de clinique Liebreich le mérite de la publication, dans le fascicule suivant du même recueil (*Arch. f. ophth.*, vol. I, 2e partie, p. 343). Ces deux publications étaient accompagnées chacune d'un dessin.

La terminaison fatale des différents cas qu'il venait d'observer, les douleurs souvent intolérables éprouvées par les malades, et les dangers que le développement possible d'une ophthalmie sympathique sur l'œil sain leur faisait courir, éveillèrent bientôt dans l'esprit de ce grand génie l'idée d'éloigner la cause de ces phénomènes fâcheux. Il résolut donc l'extraction de l'entozoaire dès que l'occasion s'en présenterait de nouveau.

Elle ne se fit pas longtemps attendre. Aussi, voyons-nous, deux ans plus tard, de Graefe rapporter, dans le tome III, 2e partie, page 312 de ses Archives, l'histoire de l'extraction, faite par lui avec succès, d'un cysticerque flottant librement dans le corps vitré.

La guérison marcha sans encombre, et la vue du malade s'améliora légèrement.

Néanmoins, l'extraction du parasite, qui avait été faite par la sclérotique au moyen d'une très-petite plaie pratiquée à l'aide d'une large aiguille à cataracte, par laquelle on avait introduit une pince capsulaire de mon père, avait, d'une part, présenté de grandes difficultés du manuel opératoire et avait, en outre, eu l'inconvénient d'être cause de la dilacération de la vésicule caudale du cysticerque.

L'année suivante, un nouveau cas se présenta à son observation, et comme la vue, quoique sensiblement altérée, était encore en grande partie conservée, de Graefe songea à procéder par une autre voie à l'extraction de l'animal.

Voici comment il rendit compte de l'opération, dans le tome IV, 2e partie, p. 171, de son recueil. Il pratiqua d'abord une iridectomie en bas, qui permit de voir l'animal à l'œil nu, et à la lumière naturelle. Un mois plus tard, il fit l'extraction du cristallin transparent, par kératotomie inférieure. Enfin, six semaines après, extraction du cysticerque intact, par une plaie linéaire faite à la cornée, et à l'aide d'une pince à pupille artificielle ordinaire.

La même année, 1858, au mois d'octobre, pendant son séjour à Paris, de Graefe nous montra ce cysticerque, et, si je ne m'abuse, il le présenta à la même époque à la Société de chirurgie.

La vue du malade, sensiblement altérée, s'améliora beaucoup à la suite de l'opération, et lui permit de se conduire facilement, de reconnaître sans peine les gros objets avec une lentille biconvexe de quatre pouces de foyer, et de lire avec un verre 2 1/2 le n° 14 des échelles de Jæger.

Enfin, en 1863, dans un mémoire sur l'extraction des corps étrangers intra-oculaires (*Arch. f. ophth.*, t. IX, 2e partie, p. 84), de Graefe, reconnaissant que, somme toute, il est rare que la présence du cysticerque dans le corps vitré n'amène pas, tôt au tard, des désordres graves dans l'œil qui le porte, et que les plus grands dangers résultaient de la possibilité de l'ophthalmie sympathique sur l'autre œil, donne le conseil de procéder à l'extraction de l'entozoaire *par la sclérotique*, à travers une large plaie faite à cette membrane ; il fait remarquer qu'on est d'autant plus autorisé à une semblable opération, que la seule crainte qu'il y ait, est de voir l'œil opéré devenir phthisique, soit de prime-abord, par suite d'une panophthalmite, soit petit à petit, par désorganisation progressive. Or, dit-il, la phthisie du globe étant toujours la terminaison fatale spontanée dans ces cas, il vaut mieux risquer de la provoquer tout de suite et au moins préserver l'autre œil des suites funestes qu'y pourrait amener l'irritation chronique entretenue par le cysticerque.

De Graefe, depuis lors, fit à plusieurs reprises l'extraction de semblables entozoaires. Mais, par un fâcheux hasard, bien que ces cas se présentassent assez souvent à sa clinique, je n'eus pas l'occasion d'en observer un seul pendant les séjours que je fis chez lui, en 1860, et en 1866-1867.

Dans notre pays, je n'ai eu connaissance que de trois cas de cysticerque : un que j'observai en 1858 à l'hôpital Necker, dans le service de mon cher et regretté maître Follin ; un autre dont mon excellent confrère M. Trélat a bien voulu m'entretenir ; enfin, un troisième que M. le docteur Meyer m'a dit avoir observé pendant un certain temps à sa clinique.

Dans ma pratique, pas plus que dans celle de mon père, malgré l'observation attentive d'un grand nombre de malades, je n'ai jamais eu occasion d'en voir un seul.

Depuis lors, à l'étranger, surtout en Allemagne, où les cas de ce genre sont particulièrement fréquents, bon nombre de cysticerques ont été observés dans le corps vitré, et extraits de ce milieu.

Voici maintenant le cas qu'il vient de m'être donné d'observer :

OBSERVATION. — La nommée Léocadie L..., âgée de trente-huit ans, couturière, domiciliée à Bastide-Clérence, département des Basses-Pyrénées, n'avait jamais été sérieusement malade, lorsque, le 22 avril dernier, elle fut prise subitement d'un malaise général, s'accompagnant de sueurs froides et de tremblement dans tous les membres qui l'obligèrent à se mettre au lit.

Le lendemain, son état s'était légèrement amélioré, mais elle ressentait encore, principalement du côté gauche, un violent mal de tête et une douleur oculaire semblable à celle que lui aurait fait éprouver un coup de bâton sur l'œil gauche.

Cet état se maintint ainsi une quinzaine de jours, pendant lesquels se manifestèrent des symptômes de dysménorrhée qui n'ont pas disparu depuis.

En meme temps, sa vue, qui avait toujours été très-bonne jusque-là, diminua peu à peu dans l'œil gauche, dans lequel se montrèrent en même temps des photopsies et des mouches volantes. La paupière correspondante devint lourde au point de ne pouvoir plus être soulevée. Le médecin consulté à cette époque fit appliquer des sinapismes aux bras et à la nuque, et des compresses froides sur l'œil. Ces moyens parurent diminuer la douleur hémicrânienne, mais furent sans influence aucune sur les troubles oculaires.

Depuis cette époque, l'état de la malade allant continuellement en empirant, elle se décida à aller consulter un spécialiste à Bordeaux. Ce dernier prescrivit un traitement antiphlogistique énergique et prolongé, qui n'amena aucun changement dans la vue de la malade. Bien au contraire, sa position s'aggravant de jour en jour, et sa santé générale allant sans cesse en s'altérant davantage, elle se décida à venir à Paris, où elle vint nous consulter le 13 novembre dernier.

La vue de l'œil gauche est complétement abolie ; l'iris n'exécute aucun mouvement spontané sous l'influence de la lumière. Les contractions sympathiques de la pupille sont lentes et paresseuses.

L'ophthalmoscope révèle ce qui suit : Le cristallin est transparent; l'éclat rouge du fond de l'œil est considérablement voilé, et, à l'image droite, on aperçoit nettement, dans la partie inféro-interne, le flottement d'une membrane grisâtre, parcourue par quelques vaisseaux foncés et tortueux. Tout le corps vitré est trouble, de sorte qu'il est impossible d'apercevoir les détails du fond de l'œil, et que c'est à peine si l'on entrevoit la papille.

Dans la portion inférieure du corps vitré, on voit un amas d'opacités filamenteuses et membraneuses, très-peu mobiles dans l'organe. En arrière de ces opacités, la rétine soulevée ne peut flotter à l'aise, comme elle le fait dans les autres parties du décollement.

La pupille ayant été dilatée par l'atropine, je procède à l'examen par l'image renversée, qui confirme les lésions que nous venons de décrire, mais n'en révèle aucune autre.

On écrit donc sur le journal de la clinique le diagnostic suivant : « Ancien décollement de la rétine; nombreuses opacités du corps vitré; cause déterminante inconnue. » Et l'on conseille à la malade un traitement légèrement dérivatif, en lui recommandant de venir le samedi suivant.

Elle revient, en effet, le 18 novembre. La dilatation de la pupille par l'atropine persiste. Les opacités membraneuses et filamenteuses du corps vitré ont encore perdu de leur transparence, mais le décollement n'a pas augmenté. On recommande l'application de trois petits vésicatoires volants au front et à la tempe, à trois ou quatre jours d'intervalle.

La malade revient le 25 novembre; elle présente tous les signes d'une ophthalmie interne d'une extrême violence. Nombreuses adhérences de l'iris à la cristalloïde antérieure; la malade se plaint en même temps de douleurs intolérables dans toute la région temporo-frontale, qui l'empêchent de reposer la nuit et ne se calment même que fort peu dans le courant de la journée.

L'œil est le siége d'une violente injection conjonctivale confluente, qui se répercute même sur l'épisclère ; on aperçoit sur cette dernière de nombreux vaisseaux gorgés et tortueux, d'une coloration foncée, violacée, bleuâtre. En même temps, bien que cet œil fût absolument insensible à la lumière, la malade était tourmentée par une violente photophobie, évidemment réflexe, et qui se manifestait sur l'autre œil d'une manière sympathique; en même temps, on constatait un abondant écoulement de larmes âcres et brûlantes, qui obligeaient la patiente à avoir constamment son mouchoir près de l'œil. La pupille était étroite, déchiquetée, frangée et agglutinée à la cristalloïde antérieure par de nombreuses synéchies.

En même temps, la pupille de l'autre œil était resserrée, et il n'était pas douteux que nous avions devant nous tous les symptômes d'une violente irido-choroïdite.

La pensée me vint donc aussitôt que le décollement de la rétine constaté antérieurement était sans doute symptomatique d'une tumeur intra-oculaire, prenant probablement son point de départ dans la choroïde. Il pouvait se faire, pensai-je, que nous eussions là sous les yeux un sarcome de la choroïde, qui, arrivé à un certain développement, avait provoqué, comme il arrive d'ordinaire, des symptômes glaucomateux. Je cherchai donc à me rendre compte du degré de tension du globe oculaire, et j'en fis la palpation aussi délicate que possible. Mon étonnement fut grand lorsque, au lieu de sentir le globe résistant, fortement tendu et dur, je constatai une diminution sensible de la tension intra-oculaire, que je noterai par T-2 (Bowman). La pensée me vint aussitôt qu'il pourrait bien se faire que les phénomènes actuels fussent dus à la présence d'un cysticerque intra-oculaire, qui, développé primitivement derrière la rétine, avait donné lieu d'abord au décollement de celle-ci, puis, au moment où il avait perforé la rétine, avait déterminé les violentes douleurs dont se plaignait la malade. J'avais d'ailleurs entendu de Graefe, dans une de ses leçons cliniques, émettre semblable hypothèse, dans un cas analogue.

Cependant, le doute étant permis, je conseillai à la malade les instillations fréquentes d'atropine, de façon à tâcher de rompre les adhérences de l'iris à la capsule du cristallin. Je lui conseillai en même temps de revenir 3 ou 4 jours plus tard, afin de pouvoir agir aussi promptement et aussi sûrement que les symptômes l'exigeraient. En même temps je conseillai aussi un liniment belladoné, des badigeonnages avec la teinture d'iode morphinée, des transpirations abondantes par l'air chaud, et enfin des frictions, sur différentes parties du corps, avec l'onguent napolitain (cure d'inonctions).

La malade se représente le 29 novembre... Ce ne fut pas sans satisfaction que je constatai ce qui suit : La pupille était ronde, noire et dilatée *ad maximum;* l'injection conjonctivale avait complétement disparu, l'écoulement des larmes avait cessé, plus de traces de photophobie, aucunes douleurs. A la palpation, l'œil montrait sa tension normale, Tn. L'éclairage oblique faisait voir sur la cristalloïde antérieure sept à huit petits agrégats pigmentaires disposés sur une ligne brunâtre circulaire, marquant l'emplacement qu'occupait la pupille pendant la période aiguë de l'irido-choroïdite, dont nous avons indiqué la présence tout à l'heure. Je procédai alors à un nouvel examen ophthalmoscopique à l'aide du miroir simple, sans lentille biconvexe, et ne me servant du miroir que comme d'une simple source lumineuse, afin de m'assurer si des changements s'étaient opérés dans l'état du corps vitré. Je fis donc diriger le regard de la malade directement vers moi. Je constatai l'éclat gris du fond de l'œil précédemment décrit et le flottement lointain et nuageux du décollement de la rétine; puis je fis regarder la malade en bas, tenant toujours le miroir de la main droite, pendant qu'à l'aide du pouce de la main gauche je relevais la paupière supérieure. Au moment où l'œil arrivait au bas de sa course, et où il s'arrêtait dans sa rotation, je vis passer au côté interne de la pupille un petit corps blanc, allongé, opalescent, réfléchissant fortement la lumière, et mesurant environ 3 millimètres de long sur 1 et 1/2 de large. Ce corps blanc était visiblement terminé par un petit renflement d'environ 1 millimètre de diamètre. Je supposai immédiatement que ce devait être le col et la tête d'un cysticerque dont la vésicule m'était cachée par l'iris. Voulant à toute force voir l'animal en entier, je fis fis exécuter de nouveau à la malade les mouvements suivants du globe oculaire : 1° Directement en haut, position dans laquelle je ne pus rien voir. 2° Directement vers moi ; même résultat négatif. 3° Directement en bas. Au moment où l'œil arrivait au terme de son mouvement, l'animal m'apparut de nouveau, cette fois en entier, et je pus voir la tête, le col et la vésicule aussi distinctement que cela est représenté dans l'iconographie ophthalmologique de mon père (pl. LXXII, fig. 6). La tête était directement en haut, le col et le corps allongés, la vésicule en bas. Pendant que je l'observais, l'animal exécutait de légers mouvements de flexion du cou, en même temps qu'il descendait dans le champ pupillaire, absolument comme un ludion renversé. (Voy. fig. 1.)

Mes présomptions se transformèrent dès lors en certitude, et je fis constater la présence de l'animal à M. Gros, mon chef de clinique. Au moment où ce dernier fit l'examen, le cysticerque avait changé de place et d'aspect; il était maintenant dans le quart inféro-interne du corps vitré; la vésicule était tournée vers le centre du globe, le cou, directement dirigé en dehors et plié à angle droit, dans sa partie moyenne, de sorte que la tête était tournée en bas.

Quand M. Gros eut terminé son examen, et après avoir laissé reposer la malade quelques instants, j'essayai de nouveau d'examiner l'entozoaire. Mais cette fois il me fut impossible de le trouver; seulement, quand la malade regardait tout à fait en bas, pendant que de mon côté je dirigeais le reflet du miroir et mon regard directement de haut en bas, j'aper-

cevais au centre de l'opacité membraneuse existant dans la portion inférieure du corps vitré et précédemment décrite, un point plus brillant, blanchâtre, qui était sans doute le cysticerque, passé maintenant derrière les fausses membranes hyaloïdiennes. Nous laissâmes de nouveau reposer quelques minutes la malade et nous fîmes un troisième examen. Cette fois, nous vîmes très-nettement l'entozoaire traverser le champ pupillaire. Sa position était encore modifiée, la vésicule était en arrière, le cou en avant, replié à angle droit, de sorte que la tête était tournée en bas.

N'ayant plus le moindre doute sur le diagnostic, j'en fis part à la malade, et l'engageai à revenir tous les jours afin de pouvoir suivre attentivement ce cas si intéressant.

Le lendemain je cherchais de nouveau, à plusieurs reprises, à apercevoir l'entozoaire; mes tentatives restèrent en partie inutiles; je ne pus l'apercevoir qu'une seule fois, il était placé dans la portion inférieure directe du corps vitré. La tête et le cou étaient invaginés; on n'apercevait qu'un petit corps sphéroïde, blanchâtre, présentant un point central d'un blanc nacré très-éclatant. Sur la figure de l'Iconographie de mon père, précitée, on peut voir, du reste, un cysticerque représenté exactement dans cette attitude.

J'essayai alors l'examen par l'image renversée. Mais le miroir de Coccius dont je me sers de préférence habituellement, ne donnant pas assez de lumière, je fis appel à l'excellent instrument de notre savant confrère Giraud-Teulon. Il me fut possible, dès lors, d'apercevoir dans le corps vitré, à peu près à égale distance du pôle postérieur du cristallin et du décollement rétinien, un corps globuleux dont le centre laissait passer la lumière, mais dont les bords donnaient lieu à une décomposition spectrale des rayons lumineux, ce qui attestait d'une façon certaine qu'ils traversaient là un milieu réfringent d'un indice de réfraction sensiblement différent de celui du corps vitré. On apercevait là les irisations chromatiques en tout analogues à celles qui se produisent sur les bords des lentilles biconvexes, les rayons rouges en dehors, les rayons bleus en dedans. De plus, l'ophthalmoscope binoculaire donnait la sensation nette et précise du relief de l'objet examiné et montrait clairement

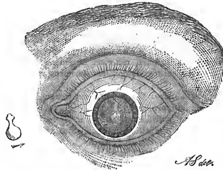


FIG. 1.

sa forme sphérique. De plus, on voyait dans un point de ce corps globuleux, un second petit corps d'apparence sphérique. L'image qu'on observait là était en tout analogue à celle figurée par de Graefe, dans son premier mémoire sur le cysticerque du corps vitré, publié dans son ARCHIV FUER OPHTHALMOLOGIE, tome I, 1re partie, planche III, figure 3.

Le lendemain, je procédai à un nouvel examen par l'image renversée, et je fus assez heureux pour voir l'animal entier, tête et col allongés.

La malade continuait à se plaindre de douleurs presque intolérables, et en présence de cela et du ramollissement progressif du globe, des opacités toujours croissantes du corps vitré, il me sembla que l'extraction de l'entozoaire deviendrait prochainement inévitable, d'une part pour faire cesser les douleurs, et d'autre part pour tâcher de conserver au moins la forme du globe. Je dois faire remarquer du reste que je n'eus pas un seul instant la pensée que l'opération pourrait avoir pour résultat le rétablissement même partiel de la vue, je recommandai de nouveau à la malade une extrême exactitude dans ses visites, afin que dès que, pour une raison ou pour une autre, je saisirais l'indication formelle d'une intervention chirurgicale, nous puissions avoir recours à l'opération.

La malade se présenta pendant toute une semaine consécutive à ma clinique, et je pus faire observer aux étudiants et aux médecins qui me font l'honneur de la fréquenter, l'entozoaire sous ses différents aspects et à l'aide d'instruments variés. Je dois particulièrement faire mention ici de l'excellent ophthalmoscope de démonstrations du docteur Burke, du Havre, qui me permit, grâce à la grande quantité de lumière qu'il projette, de faire voir à tous mes auditeurs le cysticerque dans ses diverses attitudes.

Le samedi 9 décembre, la malade se présenta à ma clinique, je l'observai à plusieurs reprises. Je la questionnai au sujet des douleurs. Elle me répondit que rien depuis cinq à six jours n'avait éveillé son attention. Je la renvoyai donc au lundi suivant, lui recommandant seulement les instillations d'atropine, en prévision d'une nouvelle attaque d'irido-choroïdite.

Le lundi 11 décembre, à mon arrivée à la clinique, je trouvai la malade en proie à d'atroces souffrances, depuis la veille à midi. La conjonctive était de nouveau rouge et injectée, le larmoiement avait reparu, des douleurs atroces régnaient dans la tempe, la joue, le front, en un mot dans toute la moitié gauche de la tête.

Bien que j'eusse préféré retarder encore de quelque temps l'extraction de l'entozoaire, afin d'attendre autant que possible son enkystement, ce qui eût rendu la manœuvre infiniment plus facile, je crus devoir me décider à l'opération, afin de débarrasser la malade de ses souffrances, et aussi par crainte d'accidents sympathiques du côté de l'autre œil, symptômes qui, on se le rappelle, s'étaient déjà montrés, à un faible degré, il est vrai, lors de la précédente attaque d'irido-chroïdite.

Pour cette fois, je me contentai de m'assurer du siége de l'animal, et je renvoyai la malade, lui donnant rendez-vous pour le lendemain.

Le lendemain, 12 décembre, je procédai à l'opération en présence de MM. les docteurs Giraud-Teulon, de Wecker, Éd. Meyer, Bouchez et de plusieurs de mes élèves.

Tout d'abord, je dois dire quelques mots de la méthode que je me proposais de suivre.

Comme je l'ai dit, le cysticerque était situé presque au centre du corps vitré, mais plutôt dans sa partie inférieure ; pour l'extraire, deux procédés pouvaient être suivis :

Ou bien, faire à la sclérotique et dans le sens de l'un des méridiens, une ponction avec un large couteau lancéolaire, dans le quart inféro-externe de l'hémisphère antérieur du globe, à égale distance du muscle droit externe et du droit inférieur, et en même temps à égale distance de la région ciliaire et de l'équateur. J'eusse obtenu ainsi une plaie longue de près de 1 centimètre, et par laquelle des pinces ou tout autre instrument auraient pu être introduits facilement dans le globe. C'était une manœuvre que j'avais jadis vu mettre en pratique par mon père, pour l'extraction de certaines cataractes secondaires extrêmement dures et résistantes, et qui ne pouvaient être déchirées à l'aiguille.

Ou bien, d'autre part, on pouvait également avoir recours au procédé recommandé par de Graefe (*Arch. f. ophth.*, t. IV, 2e partie, p. 84), faire à la sclérotique au voisinage et dans le sens de l'équateur une large plaie par ponction et contre-ponction à l'aide de son petit couteau à extraction linéaire. La ponction dans ce cas serait placée au bord inférieur du droit externe, la contre-ponction au bord externe du droit inférieur. Ceci devait donner une plaie large de plus de 1 centimètre, présentant les mêmes avantages que l'autre, et même un plus libre jeu des instruments.

J'avoue que mon hésitation était grande entre ces deux méthodes, et cela pour les raisons suivantes :

La direction et l'étendue de l'incision par la première méthode devaient en faciliter la réunion, car, dirigée exactement dans le sens de traction des muscles droits, elle avait une bien moindre tendance au bâillement ; mais, d'autre part, ce qui pouvait être un avantage pour la réunion ultérieure, constituait un véritable inconvénient, non-seulement à la manœuvre des instruments, mais encore, si j'arrivais à saisir l'entozoaire, à la sortie intacte de ses différents organes. En effet, pour sortir par la plaie, il pouvait se faire que la vésicule dût d'abord se rompre, ou que l'animal, se trouvant dans une situation perpendiculaire à la direction de la plaie, ne pût être extrait qu'en se repliant en deux. En troisième lieu, je pouvais être obligé, pour l'extraire, d'exercer des tractions qui eussent pu amener sa segmentation et faire demeurer à l'intérieur du globe la tête et le cou qu'il ne m'eût plus été possible de retrouver, et qui eût pu être cause de la reproduction de l'animal.

Par le second procédé, au contraire, j'obtenais une large plaie, qui, par sa situation et sa direction, avait une tendance spontanée à s'entre-bâiller largement, ce qui facilitait l'introduction des instruments dans différents sens et, une fois l'animal saisi, me permettrait de l'extraire en entier sans chance de le voir se déchirer.

Malheureusement pour moi, pendant les deux séjours prolongés que j'ai faits à Berlin, auprès de mon regretté maître de Graefe, je n'avais pas eu une seule fois l'occasion de voir le professeur faire cette extraction. Mais en revanche, M. le docteur Meyer, qui, comme je l'ai dit, assistait à

l'opération, me fit part que lors de son dernier voyage à Berlin, en 1869, il avait été plus heureux que moi ; aussi, sur l'observation qu'il me fit, que, dans ce cas, de Graefe avait pu faire sortir de l'œil, sans le secours d'aucun instrument, le cysticerque enveloppé des opacités du corps vitré, je me décidai au mode opératoire décrit en second lieu.

Malgré tout le soin que je mis à faire la section le plus rapidement possible, pour tâcher d'obtenir la propulsion immédiate au dehors des opacités du corps vitré, et, si possible, du cysticerque, je ne pus y réussir, à cause du ramollissement notable du globe oculaire.

Aussitôt la contre-ponction faite, nous vîmes s'écouler sous la conjonctive et la soulever considérablement, un liquide jaune roussâtre très-fluide, et qui pouvait être, soit du corps vitré ramolli, soit, au contraire, le liquide épanché sous la rétine décollée. Aussitôt la section terminée, j'essayai, par quelques pressions douces sur le globe oculaire, de faire sortir les opacités ; mais ces tentatives restèrent inutiles. Je fis alors fermer les volets de la pièce, et je procédai à un examen à l'ophthalmoscope pour me rendre compte, si possible, de la position de l'entozoaire, avant d'introduire aucun instrument.

Je crus l'apercevoir dans la partie inféro-interne de la cavité oculaire, où se montrait une masse arrondie, blanchâtre, réfléchissant assez vivement la lumière. Prenant alors une pince capsulaire scléroticale, à écartement limité, de mon père, et faisant regarder la malade en haut, je me dirigeai vers le point où j'avais cru voir le cysticerque. J'ouvris la pince, la refermai, la ramenai au dehors..... Elle contenait entre ses mors un mince lambeau de fausse membrane blanchâtre. Je laissai un instant de repos à la malade, qui donnait les signes de la plus violente douleur, et au bout de quelques minutes, je procédai à un nouvel examen à l'ophthalmoscope.

Cette fois, je voyais bien au centre du corps vitré les masses opaques et grisâtres que nous avons dit occuper cette région ; mais il me fut impossible d'apercevoir quoi que ce fût de semblable au cysticerque. De plus, l'introduction de la pince avait été suivie de l'écoulement dans l'œil de quelques gouttes de sang, qui rendaient maintenant toute la partie inférieure de la cavité oculaire impénétrable à la lumière. Pensant que le cysticerque pouvait être au milieu des opacités, je dirigeai vers celles-ci un crochet à extraction de de Graefe et je cherchai à les attirer au dehors. Pas plus que la précédente, cette tentative ne fut suivie de résultat.

Alors je me dirigeai de nouveau sur les opacités avec la pince ; cette fois je pus extraire de l'intérieur de l'œil un large lambeau membraneux, d'un gris rosé, que je crus être un lambeau de la rétine décollée, opinion qui ne fut pas partagée par mes honorables confrères, qui, vu l'absence de toute vascularisation, pensèrent que c'était bien là plutôt une fausse membrane, opinion fort soutenable surtout à cause de ce fait que la malade n'avait accusé ni douleur, ni sensations lumineuses subjectives au moment où j'attirai cette membrane hors de l'œil. De nouveau je laissai quelques minutes de répit à la malade, et me disposais à procéder de nouveau à un examen à l'ophthalmoscope, lorsque je vis apparaître dans le champ pupillaire, et à la lumière du jour, un reflet jaunâtre, chatoyant, en tout analogue à celui que j'avais déjà observé précédemment.

Pensant alors que c'était l'entozoaire qui venait de se mouvoir, je dirigeai les pinces directement sur cette opacité et l'attirai au dehors. Cette fois, je tenais bien réellement le cysticerque. La vésicule était intacte, le cou et la tête demi rentrés.

On appliqua sur l'œil un bandage contentif de charpie et bande de flanelle, et la malade fut reconduite à son lit.

L'opération avait duré trois quarts d'heure !

Nous examinâmes alors le cysticerque. Déjà, à l'œil nu, ces messieurs et moi avions pu apercevoir nettement les crochets et les ventouses, qui devinrent bien plus apparents lorsque nous mîmes l'animal sous le microscope (voy. fig. 2). Je pus dès lors m'assurer que le cysticerque avait été extrait entier.

La malade éprouva, immédiatement après l'opération, de violentes douleurs, qui continuèrent jusqu'à une heure assez avancée de la soirée, et contre lesquelles on administra 3 grammes d'hydrate de chloral, et une injection hypodermique de 1 centigramme d'acétate de morphine. Grâce à ces deux moyens, les douleurs s'apaisèrent et la malade put dormir pendant cinq heures consécutives.

Le bandage ne fut changé que le lendemain à deux heures. Un chémosis intense occupe toute la conjonctive. La pupille et la chambre antérieure sont nettes et larges. La plaie scléroticale présente un aspect satisfaisant. Les douleurs, qui s'étaient sensiblement calmées, ont reparu, mais avec bien moins d'intensité. Le soir, nouvelle injection de 1 centigramme d'acétate de morphine à la région temporale.

Le 14, la nuit a été calme : les douleurs n'ont pas encore complétement disparu, mais elles vont en diminuant. Le chémosis a un peu augmenté, et on l'incise largement à l'aide de ciseaux courbes.

Le 15, la nuit a été bonne. La malade n'avait pris hier soir que 2 grammes d'hydrate de chloral qui lui ont permis de reposer tranquillement. La plaie paraît complétement cicatrisée. Le chémosis est presque disparu. Même pansement.

Le 16, amélioration sensible. La malade, sur sa demande, quitte la clinique. La plaie est complétement cicatrisée. Le chémosis a totalement disparu ; il ne subsiste qu'une notable injection sanguine de la conjonctive. Pupille ronde, nette, noire. L'examen ophthalmoscopique montre le corps vitré sensiblement éclairci. Le fond de l'œil présente un

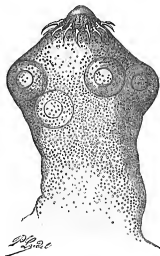


FIG. 2.

éclat rouge franc et prononcé. Mais néanmoins le trouble du corps vitré est encore trop considérable pour qu'on puisse voir nettement le fond de l'œil.

Le 18, les douleurs ont un peu reparu depuis hier. Le corps vitré semble encore éclairci. Vers le côté interne et inférieur du fond de l'œil, se voit un reflet nacré, brillant, reflétant fortement la lumière. Sirop de Gibert, dont les effets contre les opacités du corps vitré sont réellement excellents.

Le 22, état stationnaire. Corps vitré sans changements. Vésicatoire volant avec acétate de morphine.

Le 25, état moins satisfaisant, au point de vue général. État local très-bon. Presque plus d'injection conjonctivale. Je puis apercevoir vers le côté externe de l'œil un vaisseau rétinien.

Aujourd'hui, 3 janvier 1872, on voit presque toute la cavité du corps vitré occupée par des opacités notablement vascularisées. La pupille commence à se déformer transversalement et de bas en haut. L'œil est sensiblement plus mou. T-3. Il n'est pas douteux que l'œil est en voie de phthisie lente mais régulièrement progressive.

Qu'il me soit permis de terminer cette longue note par quelques remarques qui me semblent intéressantes.

Ainsi que je l'ai déjà dit plus haut, tandis que dans notre pays les cas de cysticerque intra-oculaire sont d'une extrême rareté, il ne semble pas en être de même en Allemagne.

De Graefe, en effet, rapporte qu'en treize années, sur un total d'environ 80 000 malades, il en a observé 80 cas, soit 1 sur 1000 malades, auxquels il faut ajouter 3 cas dans la chambre antérieure, 1 cas dans le cristallin, 5 cas sous la conjonctive, 1 cas dans le tissu cellulaire orbitaire, en arrière de la paupière inférieure.

D'après de Graefe également, le cysticerque du corps vitré serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme. 90 pour 100 des malades sont âgés de quinze à cinquante-cinq ans.

Enfin, je terminerai cet exposé en répétant ici une remarque historique de de Graefe, publiée par lui dans un de ses mémoires sur le cysticerque (*Arch. f. ophth.*, t. XII, 2° partie, p. 198), et que mon chef de clinique, M. Gros, a reproduite d'après une de mes leçons cliniques (*Gazette des hôpitaux*, 5 octobre 1871, n° 118) :

sembl qu'aujourd'hui le cysticerque ait été observé

dans presque toutes les parties de l'œil ou de ses annexes :

Observé pour la première fois dans la chambre antérieure, en 1830, par Sœmmrering et Schott.

En 1830, sous la conjonctive, par Baum.

En 1841, sous l'épithélium de la cornée, par Cunier.

En 1847, sous la peau des paupières, par Sichel père.

En 1853, dans le corps vitré et dans la rétine, par de Graefe.

En 1863, dans le cristallin, par de Graefe.

En 1863, dans le tissu cellulaire de l'orbite, par de Graefe.

Enfin, il convient d'ajouter à cette énumération l'extraction faite par moi récemment d'un « *cysticerque enkysté sous la peau de l'extrémite interne du sourcil droit.* » (*Gaz. des hôp.*, loc. cit.)

Dr A. Sichel fils.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de médecine.

Cette forme détaillée du compte rendu des séances de l'Académie sera désormais modifiée.

Ce compte rendu, tout en restant l'expression fidèle des séances et en continuant à être suffisamment développé pour ceux de nos abonnés qui ne recevraient que la Gazette, sera rédigé de manière à éviter les doubles emplois avec le texte officiel du Bulletin. Nous gagnerons ainsi une place qui profitera à la publication d'autres travaux.

Séance du 9 janvier 1872. — Présidence de M. Barth.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique adresse une lettre dans laquelle il demande de lui fournir un programme pour l'enseignement de l'hygiène dans les lycées et dans les écoles normales primaires.

Sur la proposition de M. le Président, l'Académie décide que la commission chargée de rédiger les programmes demandés par M. le ministre se compose de MM. *Jolly, Bouchardat, Guérard, Bergeron, Delpech, Colin* et *Vernois*.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements des Hautes-Pyrénées et de Tarn-et-Garonne. (*Commission des épidémies.*)

3° L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le comte de *Flavigny*, annonçant qu'un service funèbre sera célébré à Notre-Dame, le 16 janvier 1872, à onze heures très-précises du matin, en mémoire des officiers, sous-officiers et soldats des armées de terre et de mer, des gardes nationales mobiles, des gardes nationales et des corps volontaires morts pendant la guerre. Des cartes d'invitation seront mises à la disposition des membres de l'Académie qui en feront la demande. — *b*. Une lettre de M. *Blanchard*, vétérinaire à Grenoble, et de M. *Wiart*, aide-vétérinaire au 6e d'artillerie, concernant la découverte d'un cas de horsepox et la production du cowpox par l'inoculation de ce horsepox sur une génisse. (*Commission de vaccine.*) — *c*. Une note sur le sang, par M. le docteur *Pigeon* (de Fourchambault).

M. *Amédée Latour* présente : 1° de la part de M. le docteur *Gallard*, deux brochures intitulées : l'une De l'introduction des exercices militaires dans les lycées; l'autre Notions d'hygiène a l'usage des instituteurs primaires; — 2° de la part de M. le docteur *Burdel* (de Vierzon), un ouvrage intitulé : De l'ivrognerie et de ses effets désastreux sur l'homme.

M. *Devilliers* présente, de la part de l'auteur, le troisième volume de la Clinique obstétricale, par M. le docteur *Mattéi*.

M. *Gavarret* met sous les yeux de l'Académie un nouvel ophthalmoscope imaginé par M. le docteur *Sichel* fils.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° une note manuscrite sur quelques accidents consécutifs de la morsure de la vipère, par M. le docteur *Léon Soubeiran*; 2° une notice sur les titres scientifiques de l'auteur; 3° les Bulletins de l'Académie des sciences et lettres de Toulouse.

Lectures.

Obstétrique. — M. le docteur *Guéniot* lit un travail sur l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin, pendant la grossesse et l'accouchement.

Voici les conclusions de ce travail :

« 1° Il existe, chez certaines femmes, pendant la grossesse et parfois au moment de l'accouchement, une affection particulière du col utérin qui, presque toujours méconnue, n'a été jusqu'ici l'objet d'aucune description.

» 2° Cette affection peut être désignée sous le nom d'*allongement œdémateux avec prolapsus du col*, qui en indique les principaux traits constitutifs.

» L'hypérémie et la turgescence de l'organe, la disposition de sa cavité, transformée en un long canal librement ouvert, la rapidité avec laquelle ces divers symptômes sont susceptibles de disparaître, et leur grande facilité à se reproduire sous certaines influences, représentent autant d'autres caractères fondamentaux de la maladie.

» L'ulcération du museau de tanche, le renversement du vagin, l'amincissement et la flaccidité des parois utérines, sont aussi des symptômes presque constants, de même que les douleurs péri-pelviennes, un sentiment de faiblesse générale et des troubles variables dans la miction.

» 3° Les causes de cette altération du col utérin sont complexes; elles dérivent à la fois de certaines dispositions anatomiques de l'organe et de diverses circonstances exerçant sur lui une action mécanique prolongée.

» 4° Quoique très-rare, l'allongement œdémateux avec prolapsus du col est sans doute moins exceptionnel qu'on ne serait tenté de le supposer. Plusieurs observateurs l'ont, à tort, assimilé à l'allongement hypertrophique ou au prolapsus simple, avec lesquels il offre, en effet, une grande analogie, mais dont il se distingue essentiellement par des caractères propres et de première importance.

» 5° L'affection dont il s'agit est, pour la femme, une source d'inconvénients douloureux plutôt que de dangers menaçants; mais elle est grave pour l'enfant dont elle compromet la santé ou la vie en prédisposant, soit à l'accouchement prématuré, soit à l'avortement.

» 6° Le traitement qu'il convient de lui opposer consiste à faire rentrer dans le vagin l'organe prolabé, et à maintenir la réduction au moyen d'un tampon et d'un bandage de toile appliqué sur la vulve. L'usage des calmants contre la toux, des laxatifs contre la constipation, etc., sont des moyens auxiliaires qu'il est nécessaire de mettre à profit. L'emploi des pessaires étant très-dangereux pour la grossesse, devra être sévèrement proscrit, de même que toute opération qui intéresserait le vagin ou le col de la matrice.

» Pendant l'accouchement il suffit de bien surveiller le travail et de se tenir prêt à parer aux accidents. Enfin, après la délivrance, on doit réduire le prolapsus et prescrire, pour le temps des couches, un décubitus exceptionnellement prolongé. » (*Comm.* : MM. Depaul, Devilliers et Jacquemier.)

Thérapeutique. — M. le docteur *Delioux* (de Savignac) lit un mémoire sur un nouveau laudanum proposé en remplacement du laudanum de Sydenham.

L'auteur reproche à Sydenham l'emploi de l'opium brut, ainsi que l'intervention de la cannelle et du girofle. Le tannin précipitant tous les alcaloïdes végétaux, celui qui est contenu dans la cannelle et le girofle doit précipiter les alcaloïdes de l'opium, et par conséquent dépouiller l'opium d'une partie de son activité. Ce que la théorie faisait prévoir a été confirmé par l'expérience directe et par l'analyse chimique. En effet, si l'on verse, soit une infusion de cannelle, soit une infusion de girofle, dans une solution d'un sel de morphine, on obtient, dans les deux cas, un précipité blanchâtre de tannate de quinine.

On peut encore critiquer le choix qui est fait de l'opium brut en raison des éléments inertes ou nuisibles qu'il ren-

ferme et qui lui communiquent une action excitante contraire aux effets calmants et anodins qu'on attend des préparations opiacées. M. Delioux (de Savignac) donne la préférence à l'extrait d'opium qui, par un mode de préparation convenable, peut être presque entièrement dépouillé de ces éléments superflus, en conservant la morphine et la codéine, ces deux facteurs les plus importants, les plus utiles de la médication narcotique.

Après avoir rappelé la composition des quatre autres principales espèces de solutions officinales d'opium, laudanum de Rousseau, élixir parégorique, gouttes noires anglaises et teinture d'extrait d'opium, M. Delioux arrive à l'exposition de la formule par laquelle il croit pouvoir remplacer ces diverses préparations :

Pr. Extrait d'opium purifié, 5; safran incisé, 5; alcoolat de menthe, 30; alcoolat de mélisse, 25; hydrolat de cannelle, 30; sucre blanc pulvérisé, 48.

Coupez les alcoolats avec l'hydrolat; faites macérer dans cet hydralcool aromatique l'extrait d'opium et le safran pendant 10 jours; passez; exprimez; ajoutez le sucre; filtrez.

Le produit ainsi obtenu a une couleur analogue à celle du laudanum de Sydenham. Son odeur et sa saveur sont infiniment plus agréables.

Un gramme du nouveau laudanum contient 5 centigrammes d'extrait d'opium. Ce gramme se débite en 25 gouttes. Ainsi, 5 gouttes représentent 1 centigramme d'extrait d'opium; une goutte représente 2 milligrammes, etc.

L'auteur fait ressortir les analogies et les différences qui existent entre sa formule et celle de Sydenham. Il attribue à celle dont il propose l'adoption l'avantage d'être plus correcte, plus facile à exécuter, de fournir un médicament plus constant dans sa composition, et plus apte à un dosage rigoureux.

Sous le rapport clinique et thérapeutique, le nouveau médicament peut, suivant M. Delioux (de Savignac), faire tout ce que font les laudanums de Sydenham et de Rousseau; mais il peut faire encore plus et mieux... Il est plus franchement hypnotique; il narcotise mieux la douleur; il ne produit pas l'excitation que les opiacés occasionnent chez certains sujets... Appliqué à l'extérieur sur quelque point douloureux, il calme beaucoup plus vite, plus radicalement.

En terminant, l'auteur fait appel à de nouvelles expériences comparatives; et, si elles sont favorables, il demande que sa formule, divulguée dès aujourd'hui, soit inscrite à côté de celle de Sydenham dans notre pharmacopée officielle.

M. Delioux (de Savignac) joint à ce mémoire un spécimen de son laudanum, préparé par M. Milville, pharmacien à Paris. (*Comm.* : MM. Gubler, Mialhe et Boudet.)

Chirurgie. — M. *Demarquay* met sous les yeux de l'Académie un humérus offrant un exemple de l'ossification de la moelle osseuse, et provenant d'un blessé auquel il a pratiqué, au mois de juin dernier, la désarticulation du bras.

L'humérus étant fendu dans toute sa longeur, on constate que le périoste a produit un os nouveau qui recouvre toute la diaphyse et qui présente des hiatus permettant d'arriver sur l'os mort. Celui-ci comprend toute la diaphyse qui a éprouvé une notable diminution quant à son volume. La moelle a subi une transformation osseuse à l'extrémité de la diaphyse et seulement lamellaire au centre; la périphérie seule de la moelle s'est ossifiée, et la partie centrale a été détruite. Ce fait est confirmatif de ceux qu'avaient déjà rapportés Troja et Ollier.

Si l'on compare, ajoute M. Demarquay, l'ossification de la moelle osseuse aux productions osseuses formées par le périoste, on est frappé du peu de puissance de la moelle à produire de l'os, tandis que le périoste, séparé, comme la moelle, de l'os mortifié, a produit une grande quantité de matière osseuse. L'os périostal de nouvelle formation a un volume considérable, tandis que la moelle, qui s'est ossifiée dans sa partie périphérique, est mince et d'une grande fragilité. L'os, dans ce cas, est réduit à une lamelle transparente dans laquelle on trouve des ostéoplastes. Ce n'est donc pas une calcification de la moelle, mais bien une véritable ossification, qui a porté principalement sur ce que Bichat appelle la membrane médullaire; et si ce fait ne démontre point l'existence de cette membrane, il démontre du moins que les éléments périphériques de la moelle sont seuls susceptibles de transformation osseuse.

M. *Jules Guérin* dit qu'il a déjà depuis longtemps attiré l'attention sur des faits dont la signification est plus générale que celle de l'observation de M. Demarquay. Il a observé que, dans le rachitisme, l'os frappé de nécrose se trouve placé entre deux couches osseuses nouvelles, formées, l'externe par le périoste, et l'interne par la membrane médullaire. M. J. Guérin a montré, dans le temps, à Flourens, les pièces de sa collection qui mettent ce fait hors de doute.

M. *Vulpian* fait remarquer que personne aujourd'hui ne révoque en doute la propriété ostéogénique de la moelle des os. Cette propriété a été démontrée d'une manière incontestable par les expériences dans lesquelles M. Goujon, d'une part, et M. Philippeaux, de l'autre, ont déterminé des ossifications de fragments de moelle transplantés sous la peau de divers animaux. Ces observateurs ont constaté, en outre, ce fait, intéressant au point de vue de la physiologie générale, à savoir, que ces ossifications produites expérimentalement ne sont pas permanentes, et qu'elles disparaissent, au bout d'un temps variable, par suite d'un travail de désossification.

M. *Demarquay* ajoute que des expériences semblables, faites en Allemagne, ont été suivies des mêmes résultats.

M. *Bouley* demande si des productions osseuses ne peuvent pas se former spontanément, de toutes pièces, dans les tissus. Il rappelle un fait qui tendrait à établir la possibilité de cette espèce d'hétérotopie ostéogénique.

M. *J. Guérin* a vu, dans ses opérations de ténotomie et de myotomie, des productions osseuses véritables dans les tendons et les muscles.

M. *Demarquay* dit qu'il importe de distinguer les productions calcaires des ossifications proprement dites : celles-ci se reconnaissent à la présence d'ostéoplastes.

M. *Béclard* lit, au nom et à la place de M. *Broca*, le rapport sur le concours du prix Godard.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de ce rapport et voter sur les propositions de la commission.

Société médicale des hôpitaux.

Séance du 8 décembre 1871. — Présidence de M. Marrotte.

Correspondance. — Épidémie d'ictère. — De l'emploi de la térébenthine à l'extérieur dans la péritonite. — De l'épidémie actuelle de croup et d'angine couenneuse.

Correspondance : Lettre de M. Labric, trésorier, qui prie la Société d'accepter sa démission. — Le *Bulletin* n° 10, 1871, *du ministère de l'intérieur*. — Le *Bulletin médical du nord de la France*. — L'*Exposé du mouvement de la population et des maladies dominantes au Havre en* 1870, par M. le docteur *Lecadre*. — Une brochure intitulée : Des vérités traditionnelles en médecine, par M. *Chauffard*, discours d'ouverture de son cours de pathologie générale à la Faculté.

— A l'occasion du procès-verbal de la séance précédente, M. *Dumontpallier* dit avoir réussi à guérir un hoquet persistant au moyen de l'électricité, après avoir inutilement essayé plusieurs antispasmodiques, et notamment les perles d'éther.

M. *Bergeron* signale l'existence de l'épidémie d'ictère, chez les enfants aussi bien que chez les adultes.

M. *Vidal* dit qu'à Saint-Louis les jaunisses sont aussi en grand nombre.

— Une courte discussion s'engage pour savoir s'il est opportun que la Société se fasse déclarer d'utilité publique, afin de pouvoir recevoir dons ou legs. Le bureau est invité à faire des démarches pour obtenir cette qualification.

— M. *Vidal* fait part des bons résultats qu'il obtient de l'emploi de la térébenthine à l'extérieur dans le traitement de la péritonite aiguë. Il applique sur tout l'abdomen un morceau de flanelle imbibée d'essence de térébenthine, et il le recouvre de taffetas gommé. Cette application détermine en peu de temps une douleur vive et un rubéfaction intense. Si la douleur est trop forte, il suffit pour l'apaiser de retirer la toile imperméable. Sous l'influence de cette dérivation, le pouls et les forces se relèvent, la coloration du visage, de terreuse devient rosée, les lèvres se teintent d'une couleur hortensia, et la péritonite semble enrayée dans sa marche.

M. Vidal a également usé de l'essence de térébenthine dans le traitement du psoriasis à la place de l'huile de cade. Dès que les plaques ont été suffisamment irritées par l'essence, et qu'elles sont devenues très-rouges, il faut employer les calmants, bains d'amidon, etc. Cette méthode perturbatrice a donné plusieurs succès.

M. *Bourdon* demande si c'est au début de la péritonite que M. Vidal fait ses applications. Si c'est dans le cours de la maladie, la méthode ne diffère pas beaucoup de celle des vésicatoires ou autres révulsifs. A ce propos, M. Bourdon rappelle les succès dus à l'emploi du collodion riciné dans la péritonite.

M. *Vidal* répond qu'il applique l'essence de térébenthine au début de la maladie, aussi bien dans la péritonite puerpérale que dans la péritonite simple. Selon lui, on ne peut pas rapprocher l'action de la térébenthine de celle du collodion. Ce dernier constitue une application permanente, un vernis qui soustrait la peau au contact de l'air. L'essence de térébenthine, au contraire, est d'application passagère, car il est impossible de supporter plus d'un quart d'heure l'application de la flanelle térébenthinée recouverte de taffetas gommé.

M. *Moutard-Martin*, considérant l'action très-énergique et très-rapide de l'essence à la surface de la peau, croit que le procédé de M. Vidal ne peut compter que comme un moyen de provoquer une énergique révulsion. Un vésicatoire recouvrant tout l'abdomen produirait probablement les mêmes effets. La térébenthine n'agit là que comme topique, et ne doit pas avoir d'action interne.

M. *Vidal* répond qu'il croit, contrairement à M. Moutard-Martin, qu'il y a absorption de la térébenthine, et par conséquent action médicamenteuse interne; il en donne comme preuve l'odeur de violette des urines, l'élévation du pouls, et la coloration hortensia des lèvres.

M. *Dumontpallier* doute que la peau absorbe la térébenthine.

M. *Vidal* fait des réserves sur ce dernier point, mais on ne peut se refuser de croire qu'il y ait une grande absorption par les voies respiratoires.

M. *Bourdon* se propose d'essayer le moyen préconisé par M. Vidal; il le croit, à cause de sa rapidité d'action, supérieur au vésicatoire ordinaire. Il ajoute qu'ayant quelquefois prescrit de très-larges vésicatoires sur l'abdomen, il n'a jamais obtenu des résultats comparables à ceux signalés par son collègue.

— M. *Ball* appelle l'attention de la Société sur une petite épidémie d'angine couenneuse qui s'est développée tout récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Béhier, qu'il supplée en ce moment. Deux individus, admis dans les salles pour des fièvres typhoïdes, furent pris l'un et l'autre, à peu de jours de distance, d'angine couenneuse diphthéritique. En même temps, chez un autre malade atteint d'affection cardiaque, la surface d'un vésicatoire se recouvrit de fausses membranes de diphthérie. Aucun de ces cas ne fut mortel. Il y eut là une petite épidémie née sur place, car pas un malade atteint d'angine diphthérique n'était entré dans les salles et n'avait pu amener la maladie du dehors.

M. *Archambault*, se reportant aux caractères de l'épidémie de croup qui sévit en ce moment à Paris, insiste particulièrement sur l'absence d'engorgement ganglionnaire qu'on y observe.

D'après les auteurs, l'angine couenneuse serait une affection locale, gagnant de proche en proche et déterminant un engorgement des ganglions voisins; au bout de peu de temps surviendrait l'empoisonnement général et la mort. En 1855, l'épidémie fut marquée par la tuméfaction excessive des ganglions. Cette année, ce symptôme semble manquer, ainsi que l'albuminurie concomitante. M. Archambault cite plusieurs exemples d'enfants atteints récemment d'angine couenneuse mortelle, avec fausses membranes abondantes, et qui n'ont présenté à aucun moment d'engorgements ganglionnaires.

Plusieurs d'entre eux ont été observés avec M. Bergeron et avec M. Millard.

Quant à la contagion, son évidence est complète.

M. *Bergeron* est d'accord avec M. Archambault sur les caractères de septicité de l'épidémie actuelle, mais il n'a pas été frappé, comme lui, de l'absence d'engorgement ganglionnaire. Si les cas actuels diffèrent un peu de la description donnée par Bretonneau, cela tient à ce que la diphthérie, au lieu de commencer par le pharynx et de là de s'étendre au larynx et aux bronches, se jette parfois d'emblée sur le larynx et la trachée, et que dans ce cas l'engorgement ganglionnaire du cou n'existe pas. Ce mode de développement de la diphthérie, que l'on pourrait désigner sous le nom d'ascendant, n'est pas spécial à l'épidémie en question.

M. *Archambault* insiste sur ce fait, que l'engorgement ganglionnaire, considéré par les auteurs comme un signe pronostique grave de l'angine pharyngée, peut manquer totalement, même dans les cas promptement mortels.

M. *Brouardel*, à propos des faits signalés tout à l'heure par M. Ball, dit que la coïncidence de la diphthérie et de la fièvre typhoïde a déjà été signalée par M. Oulmont dans une épidémie qui régna à l'hôpital Saint-Antoine.

M. *Isambert* dit que dans la fièvre typhoïde les produits des angines sont plutôt pultacés que vraiment diphthéritiques.

Quant à l'épidémie actuelle, il est tout à fait d'accord avec M. Bergeron; dans les croups ascendants, dont il a observé plusieurs exemples, il n'est pas, en effet, surprenant de ne pas voir survenir l'engorgement des ganglions cervicaux.

D'autre part, on ne doit pas considérer les descriptions laissées par Bretonneau comme exprimant les caractères classiques de la maladie, par la raison que cet auteur, à la façon de Sydenham, a raconté chaque épidémie telle qu'il l'a vue, sans chercher à dogmatiser. Blache et M. Roger, généralisant leurs descriptions, ont admis deux types différents, le type pharyngo-laryngé (croup) et le type bronchique. Dans le croup, souvent les ganglions ne sont pas pris, mais quand il s'agit d'angines pharyngiennes diphthéritiques, l'engorgement ganglionnaire devient considérable et est un signe pronostic important.

M. *Barthez* dit avoir vu dans ces derniers temps des engorgements ganglionnaires énormes, en rapport avec les diphthéries pharyngées graves. Il accepte complétement, pour sa part, les distinctions que vient de rappeler M. Isambert; il y a, en effet, deux espèces d'angines diphthéritiques, l'une relativement bénigne, avec peu de retentissement sur les ganglions, l'autre très-grave, avec engorgement considérable. D'autre part, quand la diphthérie attaque d'emblée le larynx, elle remonte rarement vers le pharynx, et alors les ganglions cervicaux restent sains.

M. *Marrotte* demande dans quel état sont les ganglions bronchiques dans ces derniers cas.

M. *Barthez* répond que la plupart de ces enfants mourant avec de la broncho-pneumonie, et que cette dernière maladie entraînant la tuméfaction des ganglions bronchiques, on ne peut établir la part de la diphthérie dans cette adénopathie.

M. *Archambault* croyait que l'absence de ganglions dans l'angine couenneuse était un signe pronostique favorable. Or, l'épidémie actuelle démontre le contraire.

M. *Barthez* dit qu'on doit faire dans cette question la distinction entre l'adénopathie immédiate, consécutive à la maladie locale, et l'adénopathie qui survient quelquefois plus tardivement, et qui est en rapport avec l'empoisonnement général.

Quant à établir un signe pronostique précis au début de la diphthérie, on ne le peut; cependant, si l'angine se présente avec d'énormes ganglions, il y a neuf à parier contre un qu'elle sera mortelle; mais si les ganglions manquent, on ne peut non plus présager la guérison, le malade pouvant mourir par asphyxie.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1871.

CORRESPONDANCE. — RENOUVELLEMENT DU BUREAU. — MUTATIONS DANS LES SERVICES HOSPITALIERS.

La *correspondance* contient : un numéro des *Archives de médecine navale;* les *Comptes rendus de l'Association médicale de Gannat;* un exemplaire du livre de M. *Woillez* sur les *Maladies aiguës de la poitrine.*

M. *Bernutz* présente en outre un mémoire de M. *Maurice Laugier* sur les *Scarlatines à rechutes.*

— La Société procède au renouvellement de son bureau (Voy. n° 1, p. 16, 2e col.)

— Les places vacantes dans les hôpitaux de Paris, par suite de la création de deux services nouveaux, l'un à Lourcine, l'autre à la Pitié, et par suite du départ de MM. Pelletan et Duplay, déterminent un certain nombre de mutations. (Voy. n° 1, p. 16, 2e col.)

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1871. — PRÉSIDENCE DE M. BLOT.

CORRESPONDANCE : NOUVEAU PROCÉDÉ DE SUTURE MÉTALLIQUE EMPENNÉE. FRACTURE COMMINUTIVE DE LA JAMBE; RÉSECTION; SUTURE DES FRAGMENTS : GUÉRISON SANS CLAUDICATION; ALLONGEMENT DES OS. — PRÉSENTATION DE PIÈCES. — ÉLECTIONS.

M. *Marjolin.* Depuis la dernière séance, j'ai pu examiner avec plus de soin la pièce que je vous ai présentée. Sous le peloton adipeux qui fait le fond de la cavité cotyloïde, l'os présentait les mêmes altérations qu'à la face interne de l'os iliaque, sous le muscle obturateur.

— M. *Heurtaux* (de Nantes) adresse la note suivante : Il n'est peut-être pas de chirurgien qui, au moment d'une opération nécessitant une suture métallique empennée, n'ait éprouvé l'ennui de pourvoir au moyen de fixer solidement les extrémités du fil. La plupart des moyens employés ne remplissent pas complétement le but qu'on se propose d'atteindre. Avant d'avoir eu connaissance de l'étau de Boeckel, j'avais imaginé le petit appareil que j'adresse aujourd'hui à la Société. Il consiste en un bouton de forme ovalaire et percé au centre d'un trou destiné à faire passer le fil. La tête du bouton, arrondie, est la partie qui s'applique sur les tissus. La base est aplatie et séparée de la tête par une gorge circulaire dans laquelle devra s'enrouler le fil. Enfin, du côté de la base, existe une étroite rainure perpendiculairement au grand axe, pratiquée au niveau du trou dont le bouton est percé, et qui, en profondeur, atteint le niveau de la gorge circulaire. Le bout du fil ayant été passé dans le trou du bouton, celui-ci est poussé contre les tissus; puis le fil est couché dans la rainure transversale et enroulé dans la gorge circulaire.

M. *Després.* M. Duboué (de Pau) a présenté ici un nouveau mode de suture métallique arrêté par de petits cônes de buis, tout à fait analogue, pour le mode d'application et pour le but à atteindre, aux boutons d'ivoire présentés par M. Heurtaux.

— M. *Letenneur* (de Nantes) envoie l'observation suivante, qui montre ce que peut donner la chirurgie conservatrice avec un traitement rationnel et des soins persévérants. Un individu de dix-huit ans fut apporté à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 10 juillet 1868. Ce jeune homme avait imprudemment placé la main sur une courroie qui s'enroulait autour d'une poulie folle; la main fut saisie ainsi que les vêtements, et le corps, lancé violemment en l'air, retomba à plusieurs mètres de distance. Nous constatons les lésions suivantes : une fracture du col chirurgical de l'humérus gauche; une plaie contuse occupant presque tout le côté droit du dos et intéressant les muscles; une fracture comminutive de la jambe droite avec plaie et issue de fragments osseux. La jambe fut placée dans une gouttière, en faisant sur le pied une traction modérée. L'artère tibiale antérieure était probablement déchirée, car on ne sentait pas les battements de la pédieuse. La tibiale postérieure était intacte, ce qui me décida, en présence de la jeunesse et de l'énergie du malade, à ne pas faire l'amputation immédiate. Pour modérer les accidents inflammatoires, je soumis la jambe à une irrigation continue pendant huit jours; puis, pansement avec charpie et alcool camphré et liqueur de Labarraque étendus d'eau. La fièvre fut modérée; l'appétit se conserva. Je résolus de tenter la conservation de la jambe. Pansement au cérat sur le dos; appareil inamovible sur le bras et l'épaule. Des fusées purulentes du côté de la jambe m'obligèrent à plusieurs reprises à pratiquer des contre-ouvertures. Les fragments supérieur et inférieur du tibia, dénudés dans une grande étendue, présentaient d'énormes dentelures; entre eux, des esquilles s'enfonçaient dans les muscles. J'en enlevai un grand nombre en décollant le périoste. En réunissant les fragments extraits, on voyait que l'os était raccourci de 3 à 4 centimètres. Le fragment supérieur du tibia tendait toujours à faire saillie en dehors, et le fragment inférieur, glissant derrière lui, produisait du chevauchement. La pointe de Malgaigne ne put maintenir la réduction. C'est alors que j'eus recours à la suture des fragments après les avoir réséqués. Les fragments furent ainsi fixés assez solidement pour former au milieu du membre une attelle intérieure, autour de laquelle le cal pourra désormais se former, sans que les mouvements puissent détruire ce travail de reconstruction.

Cette opération fut pratiquée le vingtième jour après l'accident : le raccourcissement était de 7 centimètres. Nous assistâmes alors à la formation du cal. Il se forma au niveau de la fracture un gonflement considérable, mais bien circonscrit; la pression du doigt y déterminait des craquements indiquant la rupture des trabécules osseuses. Cette tumeur prenant des proportions inaccoutumées et se formant autour de fragments et d'esquilles privés de vie, je craignis un de ces cals exubérants creusés de cavités suppurantes et constituant une véritable maladie interminable. Par la compression, la tumeur se condensa et se réduisit d'une manière sensible. Au mois d'octobre, le cal avait acquis une certaine solidité; 4 centimètres de raccourcissement : la jambe s'est donc allongée de 3 centimètres. Cet allongement n'a pu se faire au niveau du cal, puisque la suture métallique est encore en place et que les fragments correspondants ne sont pas encore détachés. Enfin, au mois de février, les fragments unis par la suture sont mobiles; on les retire; ils ont ensemble une longueur de 11 centimètres. Le cal est très-solide, mais on ne permet pas encore au malade de marcher. Il est remarquable que la suture osseuse faite sur des os déjà frappés de

mort, n'a produit aucune usure; et que les ouvertures faites par le foret ont exactement les mêmes dimensions que le premier jour. Cela prouve, ainsi que l'a fait observer M. Bérenger-Féraud et que je l'ai fait observer moi-même, que lorsque les fils métalliques coupent peu à peu le tissu osseux compris dans l'anse de suture, c'est par l'effet d'une action vitale et non par usure mécanique.

Mon malade resta encore plusieurs mois à l'hôpital, et en sortit pour y rentrer de nouveau et venir se faire extraire de petites esquilles. Quand il put reprendre son travail, le raccourcissement n'était plus que de 2 centimètres 1/2. Il n'y a plus de claudication. Le point sur lequel j'appelle particulièrement l'attention, c'est l'allongement des os, qui a été assez considérable pour effacer les conséquences d'une perte de substance de 7 centimètres. Je ne parle pas des séquestres tombés en dernier lieu, et qui avaient une longueur totale de 11 centimètres. A ce moment, le cal était solide, et sa longueur n'a pas été modifiée d'une manière sensible. L'allongement s'est donc fait aux extrémités. C'est en juin 1854 que M. Baizeau a communiqué à l'Académie des sciences un mémoire où, pour la première fois, ce phénomène de physiologie pathologique était signalé. En 1869, Langenbeck faisait une communication sur le même sujet à la Société de médecine de Berlin.

— M. *Lannelongue* présente deux pièces avec les observations : 1° Polype naso-pharyngien, hémorrhagie, ligature de la carotide externe; caillot régulièrement formé. Atrophie du nerf grand hypoglosse. Mort par épuisement.

2° Adénie, extirpation des ganglions profonds du cou. Ulcération de la veine jugulaire interne consécutive à la dénudation des vaisseaux. Ligature des deux bouts. Mort dans la journée. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

— *Élections*. La Société procède à l'élection des membres devant composer la commission du prix Laborie. Sont élus : MM. Saint-Germain, Dolbeau, Giraud-Teulon, Duplay et Guéniot.

La Société procède à l'élection des membres devant composer la commission du prix Duval. Sont élus : MM. Panas, Tillaux, Sée, Guyon et Houel.

— La Société décide qu'il y a lieu d'élire cette année trois membres correspondants nationaux.

REVUE DES JOURNAUX.

De la matité précordiale, par le docteur DEBAUGE.

Les cliniciens italiens se sont, dans ces dernières années, beaucoup occupés du diagnostic des maladies du cœur, et spécialement des signes fournis par la percussion de la région précordiale. Ceux de nos confrères qui ont pu assister au congrès médical de Florence y ont vu présenter différents plessimètres très-ingénieux pour faciliter cette étude, notamment le plessimètre de Buffalani et de Baccelli (*Gaz. hebd.*, 1868, p. 23), et, depuis les travaux du professeur Concato (de Florence), Giovanni (de Milan), Baccelli (de Rome), Burresi (de Sienne), il y a lieu de soumettre à un nouvel examen les données classiques, qui sont restées fort incomplètes sur un sujet qui intéresse au plus haut point la pratique.

A en croire Niemeyer, la matité précordiale se trouverait tout entière dans le côté gauche de la poitrine, et le bord du sternum en formerait la limite. Mais une pareille assertion ne s'accorde guère avec ce que l'anatomie nous apprend de la topographie et des rapports du cœur. L'organe central de la circulation est bien loin d'être situé tout entier dans le côté gauche de la poitrine et en dehors du sternum. Tout le monde sait que la base du cœur dépasse la ligne médiane, et arrive même un peu en dehors du bord droit du sternum. La délimitation exacte de ces rapports sur le cadavre est plus difficile qu'il ne semblerait au premier abord, à cause de la rétraction des poumons, qui s'opère au moment de l'ouverture de la poitrine et entraîne toujours un déplacement plus ou moins prononcé du cœur. Malgré cet obstacle, le professeur Sappey est parvenu à établir qu'en moyenne la base du cœur arrivait, à droite, à 3 centimètres de la ligne médiane, et par conséquent à 12 à 15 millimètres du bord correspondant du sternum. Cette distance de 15 millimètres entre le sternum et le point de base du cœur qui est le plus projeté à droite, est aussi celle qui est indiquée par le professeur Tigri dans le JOURNAL DE MÉDECINE DE ROME. Le docteur Burresi, pour éviter la cause d'erreur que nous avons signalée plus haut, a eu le soin avant d'ouvrir la poitrine de fixer le cœur au moyen de longues aiguilles qui allaient, après l'avoir traversé, s'implanter dans la paroi postérieure du thorax, et il a ainsi pu constater que la distance maximum du cœur à la ligne médiane était de 3 à 4 centimètres. Ces données anatomiques concordent parfaitement avec les limites que la plessimétrie a fait reconnaître par Burresi au triangle que forme l'aire de la matité précordiale.

Ce triangle a la plus grande partie de son étendue placée dans le côté gauche de la poitrine, mais il s'étend aussi sur le sternum et jusque dans les quatrième et cinquième espaces intercostaux gauches.

Il a un bord inférieur à peu près horizontal, un bord gauche dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche, et un bord droit dirigé en sens inverse, c'est-à-dire de haut en bas et de gauche à droite. C'est ce dernier bord qui, commençant en haut dans le troisième espace intercostal gauche, croise le sternum et va finir dans le cinquième espace intercostal droit, au voisinage du bord supérieur du sixième cartilage. Le bord droit correspond à la base du cœur, aux oreillettes; le bord gauche longe l'oreillette et le ventricule du côté gauche, et mesure par conséquent la longueur du côté gauche du cœur; le bord inférieur, lui, est en rapport avec l'oreillette et le ventricule droits, et suit par conséquent ce qu'on a l'habitude d'appeler le côté droit du cœur.

Ce bord inférieur est le plus long des trois bords du triangle; Burresi lui trouve en moyenne 10 centimètres. Les deux autres bords, le droit et le gauche, sont de même longueur; ils ont tous les deux 9 centimètres 1/2.

Dans la plus grande partie de son périmètre, l'aire de la matité précordiale est facile à reconnaître par la percussion. Le cœur se trouvant entouré par les poumons, le plessimètre accuse au niveau des deux bords supérieurs du triangle, correspondant l'un à la base du cœur, aux oreillettes, l'autre au ventricule gauche, une matité qui tranche nettement avec la sonorité des poumons. Mais il n'en est pas de même pour le bord inférieur du triangle, celui qui correspond au bord droit du cœur et longe l'oreillette et le ventricule destinés au sang veineux. Ici le cœur est en rapport avec le foie, et la matité précordiale se continue avec celle de la glande hépatique. Aussi, dans les trois quarts à peu près du bord inférieur de l'aire de la matité précordiale, on n'a, pour délimiter le cœur, que la différence entre ces deux matités; celle du foie étant beaucoup plus prononcée que celle du cœur, il est possible, avec un peu d'exercice et d'habitude, de distinguer les deux organes l'un de l'autre. Au voisinage de la pointe du cœur, ce n'est plus le foie, mais l'estomac, qui se trouve séparé du péricarde par le diaphragme, de sorte qu'en ce point la matité incomplète du cœur tranche aussi nettement que possible avec la sonorité des ulcères abdominaux.

Il n'est pas nécessaire au lit du malade de pratiquer la percusssion sur toute la périphérie du cœur pour se rendre compte des changements survenus dans sa conformation; l'état de dyspnée qu'entraînent la plupart des affections cardiaques ne permet pas de soumettre les malades à des explorations trop prolongées, qu'ils auraient grand'peine à supporter. Il faut ici trouver le moyen de se rendre compte de

l'état de l'organe souffrant, tout en réduisant le plus possible le nombre des points de sa périphérie à reconnaître par la percussion. C'est là le but que s'est proposé le professeur Burresi, dans une leçon clinique reproduite par le Sperimentale de Florence du mois d'octobre 1871. Burresi limite à trois le nombre des points de l'aire de la matité cardiaque dont le plessimètre doit établir la position; il se contente de chercher la situation des trois angles du triangle. Pour l'angle supérieur, qui à l'état normal se trouve dans le troisième espace intercostal droit, il pratique la percussion sur deux lignes, une ligne horizontale qu'il suit de gauche à droite le long du troisième espace intercostal gauche, et une ligne verticale qu'il suit de haut en bas, immédiatement en dehors du bord gauche du sternum. La substitution de la matité à la sonorité du poumon lui indique le siége de cet angle supérieur du triangle cardiaque.

L'angle inférieur droit se découvre par la percussion pratiquée de droite à gauche le long du cinquième espace intercostal, jusqu'à ce que l'on arrive à la matité, et de bas en haut le long du bord droit du sternum, jusqu'à ce que la matité complète du foie succède à celle bien moins prononcée du cœur.

Enfin l'angle gauche, qui se trouve décelé par la palpation seule, puisqu'il correspond au point où vient battre la pointe du cœur, est indiqué par la même manœuvre, pratiquée horizontalement de gauche à droite, soit dans le cinquième, soit dans le sixième espace intercostal, soit encore le long de la sixième côte, et verticalement de bas en haut, à une distance de deux ou trois travers de doigt du sternum.

L'observation a permis à Burresi d'établir que l'angle antérieur et l'angle droit, c'est-à-dire les deux extrémités de la ligne du triangle qui correspond à la base du cœur, se trouvent à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane; ce qui la met à 1 ou 2 centimètres du bord correspondant du sternum, dont la largeur est en moyenne de près de 4 centimètres. L'angle gauche, qui correspond à la pointe du cœur, est plus éloigné de la ligne médiane; il en est distant de 6 centimètres.

Les trois angles du triangle étant trouvés, rien n'est plus facile que d'en tracer les côtés et de reconnaître ensuite les changements survenus dans leur longueur, leur direction et leurs rapports entre eux.

Il est parfaitement inutile de promener le plessimètre sur les deux bords inférieurs du triangle; une pareille exploration ne donnerait aucun résultat important pour le diagnostic. Mais il n'en est pas de même pour le bord inférieur. Il est des altérations du cœur qui en altèrent la direction; ainsi le professeur Concato a fait remarquer que l'hypertrophie du ventricule droit donne à la limite inférieure de la matité cardiaque la forme d'une courbe à convexité inférieure débordant en bas la ligne qui joint les deux angles inférieurs de notre triangle. L'hypertrophie du ventricule gauche a le résultat contraire, elle amène une courbe dont la convexité regarde en haut.

Il n'est pas nécessaire d'insister sur les conséquences de l'étude plessimétrique du cœur, ni sur la nécessité d'une révision approfondie des données qui lui servent de base. (*Lyon médical*, n° 24, 1871.)

Expériences sur la pachyméningite hémorrhagique,
par le docteur Sperling.

Cet expérimentateur est parvenu à produire artificiellement chez des lapins la pachyméningite. Les résultats qu'il a obtenus ont une importance réelle au point de vue de la pathogénie de cette affection; ils démontrent que les vaisseaux observés dans les fausses membranes et ces productions elles-mêmes sont, au moins dans la pachyméningite expérimentale, consécutives à l'épanchement, et non la cause de l'épanchement. M. Sperling a procédé en injectant entre la dure-mère et l'arachnoïde, et au-dessus de la convexité du cerveau, chez des lapins, du sang frais, du sang défibriné et divers liquides irritants.

Les injections faites avec le sang frais du lapin ont donné des résultats remarquables. Huit jours après l'opération, on observait le début de l'organisation d'une néomembrane, et celle-ci était complétement organisée en deux ou trois semaines; dans tous les cas, on peut, au bout de trois semaines, constater une nouvelle formation de vaisseaux. Ces néomembranes étaient tout à fait analogues à celles qu'on trouve dans la pachyméningite hémorrhagique. L'organisation du sang s'établissait à la convexité du cerveau et sur la face interne de la dure-mère, sans adhérences avec l'arachnoïde. La production des néomembranes se fait par organisation de la fibrine injectée. Ces conclusions sont appuyées par les résultats des autres expériences.

Avec le sang défibriné, on n'observe au bout de trois semaines aucune trace de néomembrane et le sang est presque entièrement résorbé.

Les injections de liquides irritants, tels que des solutions d'acide acétique, d'iode, de sel marin, ne produisent pas de néomembranes. (*Centralblatt*, n° 29, 1871.)

Travaux à consulter.

Influence du nerf sympathique sur l'appareil de la vision, par Sinitzin. — L'excitation du ganglion cervical supérieur produit constamment l'injection des vaisseaux oculaires du côté opéré. L'ophthalmoscope montre l'injection des vaisseaux chroroïdiens. La température de l'œil du côté excité est augmentée, il peut y avoir une élévation de 1 à 2°,4 cent. par rapport à l'autre côté. La cornée, excitée par des fils de verre, ne s'enflamme pas du côté excité comme il arrive ordinairement du côté sain à la suite de la même irritation. Les troubles neuro-paralytiques consécutifs à la section du trijumeau dans le crâne ne surviennent pas lorsqu'on a préalablement enlevé le ganglion cervical supérieur. L'abaissement de température observé sur diverses parties du visage, après la section du trijumeau dans le crâne, ne s'observe pas quand on a enlevé le ganglion cervical supérieur. Les conclusions sont déduites d'expériences faites sur des lapins. (*Centralblatt*, n° 11, 1871.)

BIBLIOGRAPHIE.

Encyclopédie d'hygiène de la famille. — La maison, par M. le professeur Fonssagrives, 2e édition. — Paris, 1871. Ch. Delagrave.

Le livre de *La maison*, qui est, comme le dit le titre lui-même, « une étude d'hygiène et de bien-être domestique », a eu le même succès que les sept ou huit autres ouvrages qui l'ont précédé dans cette encyclopédie. Si l'on ne craignait de paraître chercher un jeu de mots, on dirait que c'est le couronnement de l'édifice; édifice d'une diversité infinie dans le détail, mais un dans sa conception, et qui renferme toutes les notions d'hygiène nécessaires à la bonne direction de la vie de famille. C'est le bonheur matériel, c'est la santé, c'est le développement régulier de l'organisme, c'est le bon équilibre des fonctions que promettent avant tout ces petits traités à ceux qui voudront en suivre les préceptes; mais en même temps on peut y apprendre à ne pas confondre le bien-être avec la jouissance et la satisfaction des besoins naturels avec la passion. L'homme moral, en effet, n'y est pas plus oublié que l'homme physique, et c'est un de leurs traits spéciaux et un de leurs mérites de conduire au bien sans la moindre apparence de prédication et par la seule vertu des connaissances scientifiques. Là est d'ailleurs le beau rôle de l'hygiène largement comprise.

Quelques-uns de ces traités ont été analysés dans la Gazette hebdomadaire. Aujourd'hui, nous ne voulons qu'en présenter, pour ainsi dire, la série complète au lecteur, afin d'indiquer

en même temps le plan suivant lequel a été conçu et mené à si bonne fin ce plan tout nouveau d'éducation publique. Les *Entretiens familiers sur l'hygiène*, qui en sont à leur cinquième édition, avait fait ressortir l'importance des études d'hygiène pour les médecins et les gens du monde, et montré, par avance, les applications que l'auteur se proposait d'en faire à la vie domestique. Les autres traités sont une réalisation de cette promesse. Ainsi, dans celui qui a pour titre : *Le rôle des mères dans les maladies des enfants* (quatre éditions), après s'être efforcé de faire sentir le prix de la santé et la difficulté de la vraie médecine, il s'applique à éveiller la sollicitude des mères et à les éclairer sur le rôle qui leur reste à remplir à côté de celui de la science. *L'Éducation physique des filles* (trois éditions) prépare les femmes à remplir les devoirs de la maternité, à assurer leur développement physique, à leur inculquer les connaissances pratiques que réclame leur mission. *L'Éducation physique des garçons* (deux éditions) s'occupe surtout du problème scolaire, et c'est là qu'on trouvera des vues originales sur l'éducation des facultés intellectuelles, sur celle des sens et du système musculaire. On devine assez ce que renferme *la Vaccine devant les familles* (deux éditions), ainsi que le *Livret maternel*, dont il a été parlé d'ailleurs dans ce journal. Enfin vient le livre de *La maison* que nous annonçons pour la première fois.

M. Fonssagrives, outre son grand mérite intrinsèque, est l'homme des vulgarisations élégantes. Des connaissances étendues et variées; l'esprit de généralisation, une grande facilité de travail; un style clair, abondant, imagé; rien ne pouvait mieux convenir à l'œuvre qu'il a entreprise et en assurera le succès.

VARIÉTÉS.

LES PERTES DES ARMÉES ALLEMANDES EN 1870-1871.

On a publié à maintes reprises des relevés des pertes subies par les armées allemandes dans la dernière guerre. Aucun de ces relevés n'était officiel. Les travaux faits pour dresser le sinistre bilan de la lutte viennent seulement d'être terminés dans les bureaux du ministère de la guerre à Berlin. Les chiffres officiels sont enfin publiés par la *Gazette générale militaire d'Allemagne*. Les voici dans toute leur triste éloquence :

Officiers. Allemagne du Nord : 918 tués, 2972 blessés, 30 disparus. Total : 3920.

Bavière : 156 tués, 564 blessés. Total : 720.

Wurtemberg : 25 tués, 64 blessés. Total : 89.

Bade : 22 tués, 132 blessés. Total : 154.

Grand-duché de Hesse : 44 tués, 63 blessés. Total : 107.

Cela fait donc 1165 officiers tués, 3795 blessés, 30 disparus. Total général : 4990.

Sous-officiers et soldats. Allemagne du Nord : 14 839 tués, 71 792 blessés, 5902 disparus. Total : 92 533.

Bavière : 1524 tués, 10 217 blessés. Total : 11 741.

Wurtemberg : 664 tués, 1688 blessés. Total : 2352.

Bade : 424 tués, 2578 blessés, 263 disparus. Total : 3264.

Grand-duché de Hesse : 81 tués, 1467. Total : 2148.

Cela fait donc 18 131 sous-officiers et soldats tués, 87 742 blessés, 6165 disparus. Total général : 112 038.

Il y a donc eu, pendant toute la durée de la guerre, 117 028 hommes, tués, blessés ou disparus.

Parmi les officiers tués se trouvent 3 prêtres.

Des officiers blessés, 142 sont morts et 878 guéris. Des 30 disparus, le sort de 16 reste encore inconnu.

Des sous-officiers et soldats blessés, 2 011 sont morts ; 32 512 sont guéris. Des disparus, le sort de 2000 à peu près est encore inconnu. (*Archives médicales belges*, 11e fasc., 1871.)

Faculté de médecine de Paris. — On lit dans la Revue scientifique (n° 27) :

« La Faculté de médecine de Paris s'est occupée la semaine dernière de la chaire de physiologie vacante par suite de la mort de M. Longet. Les deux principaux candidats, nous l'avons dit il y a longtemps déjà, étaient M. Béclard, agrégé, secrétaire de l'Académie de médecine, et M. Vulpian, actuellement professeur d'anatomie pathologique, qui aurait quitté cette chaire pour celle de physiologie.

» Ceci soulevait la question des permutations qui, pendant longtemps, n'en fut pas une. La permutation constituait, en effet, un usage si fréquent, qu'il semblait devenu un droit, réclamé à ce titre par les intéressés, toujours consacré par la Faculté et accepté par le ministre. C'est à tel point, que la Faculté réglait la préférence à l'ancienneté professorale, pour l'arrivée aux chaires de clinique qui exerçaient une grande attraction sur les professeurs de pathologie. On ne manquait pas d'expliquer cette attraction en remarquant que les cours de clinique augmentaient à peine pour le professeur les charges de son service d'hôpital, tandis que les cours de pathologie lui imposaient un travail complétement distinct, et surtout en signalant la fascination plus grande que le cours de clinique semblait exercer sur la clientèle. Fondés ou non, ces commentaires étaient désobligeants pour la Faculté, et les chaires de pathologie n'en devenaient pas moins des chaires de passage, ce qui constituait un abus évident.

» Il ne faut donc pas s'étonner des critiques de plus en plus vives soulevées depuis quelques années par les permutations ; mais hâtons-nous d'ajouter aussitôt que le cas de M. Vulpian n'était pas du tout celui-là. A côté des changements inspirés par des convenances personnelles, l'intérêt de l'enseignement peut comporter des permutations soustraites à toute critique désobligeante, puisqu'elles ne rapportent au professeur aucun avantage particulier. C'est ce qui arrivait pour M. Vulpian ; la plus grande partie de ses travaux rentrent dans la physiologie plutôt que dans l'anatomie pathologique, et on eût parfaitement compris que la Faculté l'invitât à changer de chaire.

» C'est ce qu'elle n'a point fait. A la majorité de 15 voix contre 10, elle a repoussé la permutation. Les dix professeurs qui ont voté pour la permutation de M. Vulpian sont, croyons-nous, les suivants : MM. Axenfeld, Baillon, Deremberg, Dolbeau, Gavarret, Hardy, Laugier (1), Robin, Sappey, Tardieu. On remarquera que parmi les quinze adversaires actuels de la permutation se trouvent la plupart de ceux qui en ont profité.

» Lors de la dernière permutation qui avait été fort discutée, il avait été en quelque sorte entendu d'avance qu'on n'en autoriserait plus désormais. Par cette sorte d'entente anticipée, on voulait éviter toute apparence d'hostilité personnelle en refusant à l'un ce qui avait été tant de fois accordé aux autres. Ce souvenir a probablement déterminé une partie des votes actuels. L'arrière-pensée des candidats à la chaire qui resterait vacante a dû préoccuper aussi plus d'un membre de la Faculté, car les présentations pour l'anatomie pathologique n'auraient sans doute pas été les mêmes que pour la physiologie.

» Quoi qu'il en soit, le vote de la Faculté rend à peu près certaine la nomination de M. Béclard à la chaire de physiologie. Il y apportera un talent de parole qu'on a souvent l'occasion d'apprécier à l'Académie de médecine ; et, à coup sûr, son enseignement rendra d'incontestables services aux élèves, par la clarté de méthode et d'exposition dont il a déjà fait preuve dans son Traité élémentaire de physiologie. »

—Mardi, 26 décembre 1871, ont eu lieu, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, la distribution des prix aux élèves en médecine et en chirurgie des hôpitaux, et la proclamation des noms des nouveaux internes et externes nommés à la suite des derniers concours.

La séance était présidée par M. Blondel, directeur de l'administration, assisté de M. le docteur Moissenet et de M. Chardon-Lagache, membres du conseil de surveillance.

Des allocutions ont été prononcées par M. Blondel, M. Beaumetz, membre du jury du concours de l'externat, et MM. les docteurs Meunier et Cadet de Gassicourt, membres des jurys des concours de l'internat et des prix de l'internat.

La proclamation des prix a été faite aussitôt après par M. le secrétaire général de l'administration ; ils ont été décernés ainsi qu'il suit :

Le prix des internes (1re division), consistant en une médaille d'or, à M. Berger (Paul), interne de 4e année à l'hôpital de la Charité ;

L'accessit (médaille d'argent), à M. Hybord (Paul), interne de 4e année, à l'hôpital Beaujon ;

Le prix de la 2e division des internes, consistant en une médaille d'argent, à M. Terrillon (Octave), interne de 2e année à l'hôpital Saint-Antoine, et l'accessit (des livres) à M. Rendu (Henri-Jules), interne de 2e année au même établissement.

Le prix de l'externat (des livres) à M. Louguet (François-Elie-Maurice), interne provisoire nommé le premier au concours de l'internat.

(1) Ce nom avait été mis par erreur à la place de celui de M. Sée.

L'accessit (des livres) à M. Raymond (Fulgence), nommé secon concours de l'internat ;

Le prix biennal de 1000 fr., fondé par feu le docteur Civiale, en faveur de l'interne titulaire ou provisoire qui aura présenté au concours la meilleur travail sur les maladies urinaires, à M. Reverdin, interne des hôpitaux, et des mentions honorables, proposées par le jury, à MM. Muron, interne à l'hôpital Necker, et Alling, interne à l'Hôtel-Dieu.

Concours de l'internat (1871). — *Internes :* 1 Longuet; 2 Raymond; 3 Chenieux; 4 Reclus; 5 Cauchois; 6 Filhol: 7 Petit (Charles); 8 Picard; 9 Faure; 10 Hanot; 11 Marcano; 12 Hybre; 13 Dupuis; 14 Pierret-Landouzy; 15 Ory; 16 Pinerd; 17 Cadiat; 18 Barbier; 19 Zimbicky; 20 Boechat; 21 Denis; 22 Muzelier; 23 Patureau; 24 Fioupe; 25 Dulac; 26 Clermont; 27 Rsbourdin; 28 Andral; 29 Remy; 30 Viguier; 31 Deffaux; 32 Demange; 33 Martin; 34 Menu; 35 Cartaz; 36 Paulier; 37 Planteau; 38 Voisin; 39 Rey; 40 Stoïcesko; 41 Hirme; 42 Henriet; 43 Dupuy; 44 Girard; 45 Lemaistre; 46 Luneau; 47 Budin; 48 Duret; 49 Lucas-Championnière; 50 Coudray de Lauréal; 51 Gonthier.

Internes provisoires : 1 Petit (Louis); 2 Deroye; 3 Dransant; 4 Manhant; 5 Petrini; 6 Blain; 7 Oyon; 8 Angelot; 9 Porack; 10 Garnier; 11 Carpentier-Méricourt; 12 Magne; 13 Robin; 14 Guyard; 15 Ponroy; 16 Gorecki; 17 Jozenard; 18 Henzel; 19 Schwartz; 20 Bougon; 21 Cspon; 22 Seuvro; 23 Babaut; 24 Gruget; 25 Ronsin; 36 Tranchant; 27 Mouton; 28 Callondreau; 29 Jougla; 30 Pingueber.

Faculté de médecine de Paris. — Un concours s'ouvrira le lundi 15 janvier prochain, pour sept places d'agrégés stagiaires (section de médecine) près la Faculté de médecine de Paris.

Le jury est composé ainsi qu'il suit: MM. Tardieu, président; Hardy, Vulpian, Gubler, Chauffard, Jaccoud et Henri Roger, juges titulaires; Axenfeld, G. Sée, Barth et Cornil, juges supplémentaires.

Les concurrents, au nombre de dix-huit, sont : MM. Baudot, Georges Bergeron, Damaschino, Dieulafoy, Duguet, Dujardin-Beaumetz, Fernet, Ferrand, Gouraud, Hayem, Lsborde, Lancereaux, Legroux, Lépine, Liouville (Henri), Rathery, Rigsl et Schweich.

Société de chirurgie. — Mercredi prochain, 17 janvier, à 3 heures et demie, séance publique annuelle.

Nécrologie. — On nous apprend la mort du docteur Allègre (Dominique), décédé à Hyères (Var) le 12 novembre 1871. Allègre était un des doyens d'âge de la médecine française ; il était né à Marseille en 1785, et avait consacré une partie de sa vie au service de santé de la marine. Il fit ses premières études chirurgicales à l'hôpital civil et militaire de Digne. Nommé ensuite chirurgien de 3e classe, dans l'armée de Saint-Domingue, il fut fait prisonnier de guerre par les Anglais, à la suite de la capitulation du Cap, en 1803, et conduit à la Jamaïque. Il quitta cette île pour s'embarquer sur un vaisseau-ponton servant d'hôpital aux prisonniers français malades, auxquels il donna ses soins pendant six mois consécutifs. A son arrivée en Angleterre, il fut renvoyé en France, eur parole, pour prix des services qu'il venait de rendre avec tant de dévouement. Allègre servit alors à bord de divers navires et se trouva en 1809 à la Martinique, au moment où cette colonie tomba au pouvoir des Anglais. Conduit de nouveau en Angleterre comme prisonnier de guerre, il ne rentra en France qu'en 1814, et reprit le service à bord de divers navires et entre autres de la frégate *la Dryade*, avec laquelle il revint de Tunis, où il avait été atteint d'une fièvre typhoïde. Remis de sa maladie, il servit dans les hôpitaux de la marine de Toulon, jusqu'au mois de juillet 1815, époque à laquelle il fut licencié. Après avoir obtenu son diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, Allègre se fixa en 1818 à Hyères, station hivernale, où il ne tarda pas à avoir une grande clientèle parmi les nombreux malades qui venaient chaque année y passer l'hiver. Doué d'une grande modestie, d'une probité à toute épreuve et d'un caractère doux et bienveillant, Allègre a laissé à Hyères d'unanimes regrets et un souvenir qui ne s'effacera pas de longtemps.

— M. Claude Bernard reprendra son cours au collége de France le vendredi, 12 janvier, à 1 heure, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 22 au 29 décembre 1871, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Scarlatine, 3. — Rougeole, 8. — Fièvre typhoïde, 33. — Typhus, 0. — Érysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 84. — Dysentérie, 4. — Diarrhée choléiforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 2. — Croup, 18. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 214. — Affections chroniques, 343 (1). — Affections chirurgicales, 63. — Causes accidentelles, 9. — Total : 832.

Le même bulletin, du 30 décembre 1871 au 5 janvier 1872 :

Variole, 3. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 23. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 66. — Dysentérie, 0. — Diarrhée choléiforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asistique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 14. — Autres affections aiguës, 197. — Affections chroniques, 328 (2). — Affections chirurgicales, 69. — Causes accidentelles, 13. — Total, 768.

(1) Sur ce chiffre de 343 décès, 132 ont été causés par la phthisie pulmonaire.
(2) Sur ce chiffre de 328 décès, 158 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Atlas d'anatomie pathologique, par le docteur Lancereaux et M. Lackerbauer. Livraisons 13, 14, 15, 16, fin de l'ouvrage, contenant les planches, 48 à 60, et le texte, pages 465 à 576. Paris, G. Masson. — Prix des quatre livraisons : 20 fr
Prix de l'ouvrage complet : 80 fr.

Journal d'ophthalmologie, Recueil pratique de médecine et de chirurgie oculaires. Paraissant chaque mois, sous la direction des docteurs X. Galezowski et A. Piéchaud. Paris, H. Lauwereyns. — Prix de chaque numéro : 2 fr.
Prix de l'abonnement. Pour la France : 20 fr.
Pour l'étranger : 25 fr.

De la spontanéité de la lumière dans les manifestations physiques et vitales, par le docteur Stanski. 1 vol. in-8°. Paris, J. B. Baillière et Fils. — Prix : 2 fr.

Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu, par le docteur Giraud. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. Prix : 2 fr.

Traité de pathologie interne, par le docteur Jaccoud. Tome II, 2e et dernière partie. 1 vol. in-8° accompagné de planches en chromolithographie. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 7 fr.
Prix de l'ouvrage complet : 25 fr.

Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral. Recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques, par le docteur Michaud. In-8° avec 3 planches. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr. 50

L'Eucalyptus globulus, son importance en agriculture, en hygiène et en médecine, par le docteur Gimbert (de Cannes). In-8° avec 3 planches. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr. 50

Température, pouls, urines dans la crise et la convalescence de quelques pyrexies (pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire), par le docteur Eugène Charvot. 14 planches et tableaux. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr. 50

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur Fano. Tome II, 2e partie avec figures dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. Prix : 3 fr. 50
Prix de l'ouvrage complet : 25 fr.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 18 janvier 1872.

Académie de médecine : DÉCHIRURE DE LA CAROTIDE INTERNE; M. VERNEUIL. — *Académie des sciences :* L'ENTÉROTOMIE ILÉO-CÆCALE DE M. LAUGIER. — LE NOUVEL HÔTEL-DIEU.

L'observation présentée à l'Académie par M. Verneuil commande l'attention à plusieurs égards. Elle décrit un fait curieux que nous croyons unique, si toutefois une telle déclaration est possible à propos d'un fait clinique.

Le cas peut se résumer brièvement; un homme d'équipe est renversé sous un wagon; amené à l'hôpital, il présente, comme symptômes dominants, de l'agitation et de l'anxiété; les lésions apparentes sont presque insignifiantes; il existe une écorchure à la tête, des contusions au périnée. Dans la journée un délire violent éclate; le lendemain l'agitation a fait place à un coma profond; il y a hémiplégie à droite, contracture à gauche, aphasie complète.

Cet état persiste pendant trois jours; le malade meurt le cinquième jour après l'accident. A l'autopsie on trouve une thrombose de la carotide interne gauche, de l'artère sylvienne correspondante et des ramifications de cette artère. En même temps, on observe un ramollissement cérébral étendu du lobe sphénoïdal gauche au corps strié du même côté. Les circonvolutions frontales sont intactes, la *circonvolution de Broca* est en dehors du ramollissement.

L'artère carotide interne présente, outre la thrombose, une lésion remarquable : à 2 centimètres au-dessus de son origine elle est dilatée, résistante, et la section de l'artère montre que les tuniques interne et moyenne sont rompues, rétractées en bourrelet dans la lumière du vaisseau qu'elles rétrécissent; à ce niveau existe un caillot oblitérant datant de quelques jours, se prolongeant par en bas en forme de massue, se continuant par en haut avec le coagulum, qui oblitère la carotide interne et ses branches.

Cette observation présente des particularités remarquables, et, en présence d'un fait aussi exceptionnel, il est nécessaire d'y chercher des enseignements. Le mécanisme de la lésion est par lui-même fort intéressant. Expliquer comment s'est produite la déchirure de l'artère carotide interne n'est pas chose facile; les observations de déchirure des artères dans les traumatismes ne sont pas rares; mais il n'en est pas de même pour la déchirure des tuniques internes avec conservation de la tunique externe. Erichsen, H. Moore et M. Verneuil ont cité des cas de ce genre; mais la contusion et le truamatisme étaient évidents, tandis que dans le fait présent on s'explique difficilement la contusion. Il faut donc admettre une rupture par extension forcée du cou, et cette supposition explique pourquoi la lésion a porté sur la carotide interne, dont le trajet est relativement direct, plutôt que sur la carotide externe, qui est mieux protégée par ses ondulations contre la distension forcée. D'ailleurs on a souvent indiqué la rupture par distension comme cause d'anévrysme. Ce mécanisme admis, rien n'est plus simple que de suivre la filiation des lésions et des symptômes. La déchirure a servi de point d'arrêt au sang; elle a été l'origine d'une thrombose; au début, le sang passait encore; la circulation cérébrale a cependant été rapidement gênée, d'où l'agitation, l'anxiété; la thrombose s'est établie en quelques heures, amenant l'ischémie dans une large portion du cerveau, la congestion autour, d'où le délire; puis la circulation supprimée dans le territoire de la carotide interne, mais non dans toute son étendue à cause des anastomoses, a eu pour conséquences les troubles de nutrition, le ramollissement dans le lobe sphénoïdal et le corps strié, avec les symptômes de coma, d'hémiplégie et de contracture.

Si l'on se place au point de vue des symptômes, on est frappé de leur ressemblance avec ceux qu'on observe dans certains faits de ramollissement et dans les cas de ligature de la ca-

FEUILLETON.

L'Association des médecins de la Seine.

On a pu lire dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1871, n° 48) la note suivante :

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Un des vice-présidents de l'Association ayant donné sa démission, M. le docteur de Ranse, dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, émet deux vœux auxquels nous nous associons pleinement : le premier, que le renouvellement de la *Commission générale* devienne effectif par la non-réégibilité immédiate des membres sortants ; le second, que les membres du bureau ne soient pas *constamment* choisis parmi les sociétaires connus par « la haute position ou leurs attaches officielles ». Notre collègue propose en outre, pour la prochaine élection à la vice-présidence, la candidature de M. Brochin. Pour notre part, nous levons la main par anticipation. »

Rectifions d'abord une erreur qui s'est glissée dans cette note. Ce n'est pas à la Commission générale, mais bien aux membres du bureau (à l'exclusion du secrétaire-général et du trésorier), que la GAZETTE MÉDICALE veut ôter le bénéfice de la rééligibilité. Sa pensée se résume donc en ces termes : Le président et le vice-président doivent être renouvelés *effectivement* tous les ans ; ils ne doivent pas sortir invariablement du rang de ceux qu'on appelle vulgairement les *gros bonnets* de la profession, et, à ce titre comme à d'autres, M. Brochin serait un candidat excellent pour une vice-présidence.

Cela dit, on voudra bien remarquer que les vœux dont nous résumons ainsi l'expression comprennent deux parties distinctes : une affirmation de principes et l'application qu'on veut en faire sans désemparer. Cette distinction sera vivement sentie par ceux qui, ayant lu l'article de M. de Ranse, conçu en termes très-généraux, comme une sorte de thèse philosophique, ignoraient comme nous que la Commission générale de l'Association se fût déjà réunie et eût déjà désigné au scrutin, conformément aux statuts, le candidat à la présidence et les candidats aux deux vice-présidences qui doivent être *pro-*

rotide suivie de ramollissement cérébral. Cependant, la marche a été ici fort rapide, de sorte qu'on a eu les signes d'un ramollissement apoplectiforme à marche brusque; c'est celui qui a généralement pour origine une embolie, tandis que le ramollissement par thrombose présente une marche ordinairement plus lente ; d'où il suivrait que, dans le cas de M. Verneuil, le ramollissement, causé par une trombose, a présenté les signes et la marche du ramollissement consécutif à une embolie. Cette différence est intéressante à constater.

Sous un autre rapport, les accidents et les lésions observées rappellent les phénomènes qui ont suivi les ligatures de la carotide primitive dans lesquelles on a constaté le ramollissement; ils viennent à l'appui de cette opinion, que, dans la ligature de la carotide primitive, les accidents les plus graves, tels que l'hémiplégie, le ramollissement, sont dus aux troubles circulatoires dans la carotide interne.

Il reste à examiner le fait dans ses applications au diagnostic. Comme l'a montré M. Verneuil, les symptômes représentaient ceux de la compression cérébrale par épanchement sanguin progressif : la question de la trépanation aurait pu être posée. Ce fait en lui-même ajouterait donc une cause d'erreur au diagnostic, déjà si difficile, de la compression. Mais à cet égard nous sommes peu disposé à exagérer l'importance d'un cas isolé, dont les circonstances sont tellement exceptiontionnelles qu'elles ne peuvent tenir une place importante dans le diagnostic différentiel de la compression; ce qui ne diminue en rien l'intérêt de l'observation et n'exclut pas entièrement la possibilité du diagnostic dans un cas analogue.

La communication faite à l'Académie des sciences par M. le professeur Laugier offre une importance qui n'échappera à aucun chirurgien. Il s'agit, en effet, d'une nouvelle opération, c'est-à-dire d'un progrès en médecine opératoire. On verra, en lisant l'observation, par quelle suite de complications un anus contre nature semblait devenu tout à fait incurable. Il était impossible d'employer l'entérotomie suivant la méthode de Dupuytren; car on ne pouvait pénétrer dans le bout inférieur de l'intestin, le supérieur étant seul accessible. M. Laugier eut alors l'heureuse inspiration de tenter de remplacer le bout inférieur de l'intestin grêle par le gros intestin, sacrifiant ainsi toute la partie intermédiaire de l'intestin, et affrontant les risques d'une double opération. Celle-ci, en effet, fut exécutée en deux temps, à plusieurs jours de distance. Le 16 décembre, M. Laugier établit, au voisinage de l'anus contre nature, un anus artificiel aux dépens du cæcum, attiré au dehors et fixé sur les bords de l'incision par sept points de suture. L'opération réussit, de sorte que le malade avait un double anus contre nature, avec cette différence que le premier communiquait avec l'intestin grêle, le second avec le gros intestin. La seconde partie de l'opération consistait à faire communiquer l'intestin grêle avec le cæcum (celui-ci représentant désormais le bout inférieur de l'intestin), afin de rétablir le cours des matières et permettre l'oblitération des anus contre nature. Dans ce but, M. Laugier introduisit dans chacun des orifices l'une des branches d'un entérotome modifié de façon à n'exercer de constriction qu'à ses extrémités, mais permettant de réunir, par une mortification peu étendue, l'intestin grêle au gros intestin. Sept jours après cette opération, les branches furent retirées. Au moment où le fait est publié à l'Académie, M. Laugier a l'espoir que le succès de l'opération est assuré.

Dans ce fait, le voisinage du cæcum et de l'anus contre nature était une condition favorable; mais si la lésion existait à gauche, M. Laugier pense qu'on pourrait établir une communication entre l'S iliaque du côlon et l'intestin grêle. Le nom d'entérotomie iléo-cæcale, donné par M. Laugier à l'opération qu'il a exécutée, consacre un procédé nouveau d'entérotomie.

En traitant, dans notre dernier numéro, la question du nouvel Hôtel-Dieu, nous annoncions qu'elle avait été le motif d'une réunion de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux. Bien que connaissant tous les détails de la discussion et sa conclusion votée à l'unanimité, nous avions cru devoir en différer la publication, le débat ayant eu lieu en comité secret. Depuis ce moment, ce débat a été rendu public, et rien ne motiverait plus notre réserve.

Une commission, composée de MM. Hardy, Broca, Marjolin, Giraldès, Hérard, Lailler, Trélat, Vidal et Lorain rapporteur, a visité, dimanche dernier, les chantiers du nouvel hôpital. Cette visite a été suivie d'une réunion dans laquelle trois opinions se sont produites.

MM. Hérard et Hardy répugnent aux mesures radicales, et, tout en reconnaissant les défauts du nouvel hôpital, pensent

---

posés le 28 janvier prochain au choix de l'assemblée générale. En toute vérité, nous croyions qu'il s'agissait de faire ce qui venait précisément d'être fait et de mettre en avant le nom de M. Brochin dans la séance spéciale de candidatures passée en usage depuis 1868 et dont, il faut l'avouer, la date mémorable ne troublait par nos nuits. Nous avons été tiré de notre erreur par l'avis adressé aux journaux de médecine par le secrétaire général, inséré dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE le 5 janvier (n° 1, p. 16), et qui désignait MM. Béclard et N. Gueneau de Mussy comme les candidats de la commission aux deux places vacantes de vice-présidents.

Aussitôt après la divulgation de cet avis, un comité se forma pour s'entendre sur les moyens de faire triompher, contre l'une de ces candidatures, celle de M. Brochin. Invité à cette réunion, nous ne pûmes nous y rendre. Ce qui en est sorti, c'est une déclaration qui nous a, comme à d'autres journaux, été expédiée par M. le docteur Le Sourd, et dont voici le texte :

Monsieur et honoré confrère,

Un nombre considérable de membres de l'Association des médecins de la Seine s'est réuni, samedi dernier, afin de discuter les présentations qui ont été faites par la Commission générale pour remplir les places vacantes du bureau.

On a regretté que, malgré les idées qui tendent à prévaloir à l'égard des candidatures officielles, et surtout en présence de l'espèce de surprise sous le coup de laquelle la Commission, très-peu nombreuse, a voté, alors que le vote n'avait été ni annoncé ni discuté, le bureau ait publié les noms de ses candidats, au lieu de faire connaître les délibérations mêmes de la Commission, ainsi que les statuts l'exigent.

Sans tenir compte de ce vote, dont la majorité n'a été que de deux voix, l'assemblée a discuté les titres des candidats, et, après mûre délibération, elle a décidé de porter M. Brochin à la vice-présidence, en remplacement de M. Barth, démissionnaire.

En même temps l'assemblée a nommé un comité de cinq membres chargé de faire connaître la candidature adoptée, et de se mettre en relation avec la presse scientifique pour porter à la connaissance de tous les décisions de l'assemblée.

C'est donc à ce titre que nous vous prions, monsieur et honoré con-

qu'on peut le conserver en diminuant le nombre des lits, en y installant des services spéciaux pour les maladies de la peau, les maladies des yeux, etc..., de manière à éviter les accumulations de fiévreux, source incontestable d'infection.

Les autres membres de la commission, peu satisfaits de ces demi-mesures dont l'exécution pourrait bien n'être que transitoire, proposent d'abandonner complétement les nouveaux bâtiments.

Une troisième opinion a été avancée par MM. Broca et Trélat. On pourrait démolir une partie des bâtiments, et approprier ce qui resterait à un service de 400 malades environ.

Ces diverses opinions avaient pour point de départ une vue commune qui a servi de base à la conclusion votée par l'assemblée, et qui a été formulée de la manière suivante :

La Société médico-chirurgicale des hôpitaux déclare que le nouvel Hôtel-Dieu, tel qu'il est construit, ne répond pas aux conditions exigées pour un hôpital par l'état actuel de la science et de l'hygiène.

Cette déclaration a été votée à l'unanimité, moins deux voix.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Sur la rhino-bronchite spasmodique ou fièvre de foin, par le docteur Noel Gueneau de Mussy.

(Fin. — Voyez le numéro 1.)

Voici un fait très-analogue par la marche des phénomènes morbides à celui que j'ai cité plus haut. Ici encore, une affection pityriasique envahit chaque année les paupières, et de là la fluxion morbide pénètre dans les fosses nasales, probablement par les voies lacrymales. Pendant huit ou dix ans, elle reste cantonnée dans ces limites, puis une année, peut-être sous l'influence de causes auxiliaires, elle les franchit; elle s'empare de la muqueuse bronchique, et alors apparaissent ces phénomènes dyspnéiques qui ont fait considérer cette affection comme une variété d'asthme.

Obs. II. — Madame G..., âgée de quarante-six ans environ, est encore régulièrement menstruée. Elle est sèche, maigre, pâle, nerveuse. Son aïeule était affectée de rhumatismes chroniques des deux genoux ; sa mère était atteinte d'une affection douloureuse du foie qui a exigé des voyages à Vichy. Pendant ces crises hépatiques, elle avait sur différentes parties du corps et spécialement sur les bras des plaques prurigineuses qui prenaient une couleur rouge orangée.

Madame G... a deux sœurs sujettes à des migraines fréquentes et violentes, qui reviennent au moins deux fois par semaine; madame G... n'en a pas, mais ses urines laissent souvent déposer un sable rouge.

Elle a des pellicules abondantes sur le cuir chevelu ; la peau des sourcils offre une teinte érythémateuse. En outre, depuis huit ou dix ans, elle éprouve pendant l'été des démangeaisons, du gonflement, de la rougeur aux paupières supérieures, qui deviennent le siége d'une desquamation furfuracée ; elle est prise ensuite d'éternuments violents, très-répétés, qui reviennent par accès, la matin surtout. Elle ressent en même temps dans le nez un prurit très-désagréable ; une sécrétion très-peu abondante accompagne ces éternuments ; rarement les yeux sont le siége d'un écoulement séro-muqueux.

Ces crises durent plusieurs semaines, et il lui est arrivé d'en avoir deux dans la cours du même été.

Cette année, après l'érythème des paupières et les éternuments, madame G... a éprouvé un chatouillement dans la gorge ; puis la voix s'est enrouée, et bientôt elle a été prise d'une toux violente, accompagnée d'étouffements, qui a persisté pendant deux mois. La médecin qui la soignait a constaté par l'auscultation les signes d'une bronchite généralisée.

Ce fut au déclin de cette bronchite que cette dame vint me consulter. Son pouls était petit, serré ; on constatait à la base du cœur et au premier temps un prolongement soufflant, qui, rapproché des caractères du pouls, rendait probable l'existence d'un léger rétrécissement aortique.

Le pharynx était granuleux ; la rougeur érythémateuse des piliers contrastait avec la pâleur de la muqueuse buccale. La voix est encore enrouée, et le bruit respiratoire est rude dans toute la poitrine. La malade se plaint de soif et de sécheresse de la langue. Les urines ont été examinées et ne renferment ni glycose, ni albumine.

Chez cette malade, le passage du travail morbide du tégument externe au tégument interne me paraît incontestable. Ce n'est pas seulement la succession des phénomènes qui en témoigne, j'ai constaté la rougeur morbide de l'isthme du gosier et du pharynx, extension de celle qui avait occupé les paupières. Sur la peau, comme sur les muqueuses oculaire et nasale, la dermatose était sèche. Je ne trouve pas dans mes notes d'indication sur les sécrétions pharyngiennes et bronchiques. Il y avait sur la surface cutanée un foyer morbide permanent, le pityriasis de la tête et des sourcils. C'était de ce centre d'occupation qu'il irradiait chaque été sur les paupières et la muqueuse nasale. J'ai constaté chez cette malade l'état granuleux du pharynx, dont j'ai déjà signalé l'existence dans certains cas de coryza spasmodique. L'état granuleux peut être le symptôme d'une inflammation aiguë et passagère du pharynx, mais une fois développé, il tend à persister sur la muqueuse pharyngienne comme sur les autres muqueuses, et il exprime le plus souvent un état diathésique. Les migraines, les coliques hépatiques, les arthrites chroniques, sont des manifestations d'origine goutteuse et attestent l'influence goutteuse dans la race dont cette malade est issue. Nous retrouvons donc ici, derrière le coryza spasmodique, ces deux éléments, l'arthritisme et une dermatose qui en relève probablement.

---

frère, de donner place dans les colonnes de votre journal à la note ci-dessus, et d'agréer l'expression de notre considération distinguée.

Les membres du comité :

Berrut, De Ranse, Gaye, Roubaud (Félix), Veyne.

Paris, le 8 janvier 1872.

Les signataires de cette note et ceux qui l'on votée ou approuvée se montrent blessés d'une « surprise ». La sincérité doit donc au moins ne pas leur déplaire. Eh bien ! très-sincèrement et en rendant toute justice à leurs intentions, leur déclaration nous a étonné. Étonné d'abord parce qu'elle révélait une dissension que nous ne pouvions soupçonner ; ensuite parce qu'elle nous paraissait manquer en certains points de précision, de mesure et même d'exactitude.

Cette habile antithèse d'un « nombre considérable » de membres réunis le 6 janvier et de « la commission fort peu nombreuse » qui a voté sur les candidatures, n'est pas de l'ordre des moyens qui doivent figurer dans une pièce portée à la connaissance d'un public ignorant des faits. La commission était-elle en nombre suffisant pour voter? C'était toute la question. Un règlement n'est pas un tissu élastique qu'on allonge ou raccourcit selon les besoins d'une cause, et tout ce qu'a fait la commission est valable de ce chef si elle était suffisamment représentée. Or, elle l'était, avons-nous appris dès nos premières informations, par une trentaine de membres sur un nombre total de quarante-quatre! Et le nombre des membres présents à la réunion de la place Saint-Michel, à combien montait-il? On nous l'a dit; nous ne le répétons pas, ne pouvant ici rien garantir; mais le comité aurait bien fait de mettre ses propres supputations à la place de celles d'autrui, qui, à tort ou à raison, ne lui sont pas favorables.

En quoi consiste cette « espèce de surprise » contre laquelle on proteste? On n'a pas annoncé l'ordre du jour! On a fait connaître les noms des candidats sans y joindre les résultats numériques du vote! Mais l'ordre du jour, on devait le connaître, puisque c'était celui de la séance annuellement consa-

Nous avons vu dans des observations antérieures le coryza spasmodique alterner avec l'urticaire; dans la suivante, les phénomènes s'enchaînent dans un ordre inverse, ou du moins l'urticaire se développe et s'accentue davantage, en même temps que le coryza diminue.

Obs. III. — Madame X... est encore réglée, quoique âgée de cinquante-deux ans. Depuis l'âge de seize ans elle est atteinte d'un coryza apasmodique qui dure du 15 mai au 15 juillet, accompagné d'un écoulement nasal très-abondant et d'éternuments très-fréquents, surtout pendant la nuit. Son grand oncle, son cousin germain, sa fille, sont tributaires de la même affection; sa sœur a des migraines, sa mère a succombé à un cancer de l'estomac; elle-même est dyspeptique, avec cette disposition particulière qu'elle partage avec sa famille; c'est qu'elle ne peut faire qu'un seul repas; il lui est impossible de déjeuner. Elle dîne bien, mais elle se réveille le lendemain matin avec des douleurs dans les hypochondres, des malaises gastriques qu'elle compare à des grattements, à une sorte de prurit douloureux de l'estomac.

Depuis huit ans, elle est sujette à l'urticaire, surtout au voisinage des époquea menstruelles qui ont pris, il y a quelques années, un caractère ménorrhagique, depuis quatre ans l'urticairo a beaucoup augmenté et en même temps le coryza a diminué.

Elle a en outre, depuis quelque temps, un *pityriasis capitis* abondant qui fait tomber ses cheveux.

Je n'ai cité cette observation que pour montrer sous un autre aspect les rapports de la rhino-bronchite spasmodique avec l'urticaire. Nous retrouvons ici l'influence si souvent constatée de l'hérédité : quatre membres de la même famille sont atteints de cette affection; la sœur en est exempte, mais elle a des migraines, manifestation arthritique. Derrière l'urticaire chronique on retrouve ordinairement la même diathèse. Si les renseignements fournis par le malade ne nous autorisent pas à affirmer l'origine goutteuse de cette affection, ils apportent quelque présomption en faveur de cette opinion.

Dans le fait suivant, nous voyons encore apparaître l'urticaire au milieu d'un ensemble d'accidents névropathiques qu'on peut rapporter à l'arthritisme. Il se montre entre deux attaques de rhino-bronchite périodique. Dans celle-ci, l'élément catarrhal l'emporte sur l'élément spasmodique. Mais il y a chez cette malade un état diathésique complexe dans lequel intervient le lymphatisme, accusé par cet embonpoint insolite, par les lésions dentaires, et l'on pourrait ajouter par l'état constitutionnel de son enfant, qui a un développement énorme et succombe à une méningite tuberculeuse; or chez les lymphatiques les dermatoses muqueuses prennent facilement la forme catarrhale.

Obs. IV. — Madame L..., âgée de vingt-six ans, vint me consulter le 1er mars 1871. Son père était goutteux; toute sa vie il avait eu d'effroyables migraines; à soixante-quatre ans il eut sa première attaque de goutte, et il succomba à soixante-huit ans, dans un accès. Sa mère est gastralgique. Madame L... n'a jamais eu de migraines, mais elle est extrêmement nerveuse. Depuis son enfance ses urines sont très-sédimenteuses; elle a eu, il y a quelques années, un *pityriasis capitis* tellement abondant qu'on fut obligé de lui couper les cheveux. Il y a six ans, elle devint enceinte; pendant le cours de sa grossesse, elle fut tourmentée par une faim continuelle qui l'obligeait à manger jour et nuit. Elle mit au monde un enfant robuste en apparence, qui pesait 10 livres et demie au moment de sa naissance, mais qui succomba à l'âge de trois ans à une méningite tuberculeuse; elle avait essayé de le nourrir, mais au bout de deux mois elle avait été forcée d'y renoncer.

Après avoir sevré, elle qui, jusque-là, était maigre et mince, commença à prendre de l'embonpoint, et depuis lors, malgré la douleur profonde que lui a causée la perte de son unique enfant, elle n'a pas cessé d'engraisser. Mais, depuis la même époque, elle souffre sans cesse de l'estomac. Six heures après l'ingestion des aliments, elle sent encore la pesanteur qu'ils provoquent, elle éprouve parfois des douleurs aiguës, vives, qui se calment par l'ingestion d'un bouillon; elle est quelquefois obligée d'en prendre la nuit et digère mal les aliments solides. Elle a souvent des tiraillements d'estomac. Ses règles sont peu abondantes, accompagnées les premiers jours de douleurs aiguës dans les reins qui s'exaspèrent par la marche. Elle rend souvent aux époques menstruelles du sang coagulé; elle n'a pas de leucorrhée. L'utérus est sain, en antéversion exagérée.

Cette malade est très-sensible aux variations atmosphériques; son teint est anémique et la région sous-nasale offre une coloration jaune verdâtre; elle est sujette aux palpitations et aux vertiges. Sa langue, chargée le matin, se nettoie dans le cours de la journée.

La mâchoire supérieure est presque entièrement dépourvue de dents. Celles-ci présentent uno teinte nacrée, elles se cassent et se carient; la malade ne mâche presque pas les aliments, elle mange vito et goulûment.

Au mois de mars et de septembre, cette dame ost prise de coryza bientôt compliqué de toux et d'orthopnée. Ces phénomènes durent environ trois jours, puis la toux devient grasse, et pendant trois ou quatre semaines elle a du catarrhe bronchique; ces catarrhes se répètent deux fois par an. L'été dernier, elle a eu de l'urticaire. A cause de son état anémique, on a plusieurs fois prescrit à cette malade des préparations ferrugineuses qui n'ont pas été supportées.

L'eau de Bussang seule a été tolérée.

Le cœur est sain. La malade répugne à la marche, qui provoque des douleurs lombaires.

Je lui conseille :

1° Une ceinture ventrale de coutil pour soutenir et immobiliser l'utérus antéversé.

2° De se faire faire un dentier qui lui permette de mâcher les aliments avant de les avaler.

3° Pour tonifier l'estomac, tout en modérant sa sensibilité exagérée, de prendre deux fois par jour avant les repas une petite tasse d'infusion de camomille avec six ou huit gouttes de la mixture :

℞ Teinture de Baumé	2 grammes.	
Teinture de belladone	1	—
Solution de Fowler	1	—

4° De prendro au commencement du dîner de la viande crue pilée en pulpe et délayée dans du bouillon tiède.

5° Prendre aux repas à viande, après le premier plat, une cuillerée d'élexir de pepsine ou de vin de Chassaing.

---

crée, par un vote exprès datant de quatre ans, au choix des candidats. Le partage des votes, en quoi importait-il? Qu'est-ce qu'il eût appris de bien instructif aux membres de l'association? Ces candidats, simples proposés dont on fait plus tard des élus, ils sont *élus candidats* jusqu'à ce que l'assemblée les élise titulaires. Or, une élection est bonne, pleine, entière, définitive, inattaquable, quand elle sort d'une majorité positive, si petite qu'elle soit. Où est, d'ailleurs, à cet égard, celle *exigence* des *statuts* dont parle la déclaration? Y a-t-il plusieurs éditions des statuts? Y a-t-il des statuts additionnels? Nous parcourons ligne à ligne l'exemplaire très-authentique que nous avons sous les yeux sans y rien apercevoir de ce qu'a découvert le comité.

Il nous semble enfin que la déclaration n'est pas aussi mesurée qu'elle aurait pu l'être en présence du grave danger de porter la discorde dans une société dont le but charitable commanderait, plus que partout ailleurs, l'union et la paix. Elle a, dans sa forme cassante, avec cette étrange allusion aux candidatures officielles et cette superbe formule : « sans tenir compte du vote », elle a un air de Ba-ta-clan qui ne va aucunement à la circonstance. Et la preuve que notre impression n'est pas trompeuse est dans les commentaires de quelques feuilles dont une appartient à l'un des signataires. Un journal profite de l'occasion pour malmener les infâmes « cumulards ». « On est las, dit un autre, de la suffisance et même de l'insuffisance de cette espèce d'aristocratie *sans mandat* qui ambitionne toutes les places et qui convoite tous les honneurs; la *démocratie* se révolte et proclame l'égalité de tous devant le diplôme ». Et ailleurs : « M. Barth a donné sa démission et se contente, dit-on, du titre nouveau et baroque de *vice-président honoraire*, pour garder son droit acquis aux petites intrigues des nullités et des vanités prétentieuses. »

Vraiment, nos relations fréquentes — et une fois de médecin à malade — avec l'auteur de ces lignes ne nous empêchera pas de le lui dire, voilà un esprit qui serait détestable partout, même en politique, même en politique démocratique et

6° De boire, en mangeant, de l'eau de Bussang.
7° De suivre un traitement hydrothérapique.

Chez cette malade, les accidents spasmodiques qui compliquent le coryza n'ont qu'une très-courte durée ; ils persistent pendant trois jours et font place au catarrhe bronchique ; ils n'en sont pas moins caractéristiques. Nous ferons remarquer les antécédents goutteux du père. Le nervosisme, la dyspepsie gastralgique, le pityriasis, la sensibilité aux variations atmosphériques, les sédiments uratés, l'urticaire, accusent l'influence héréditaire. Ces coryzas périodiques se montrent au printemps et à l'automne, saisons de prédilection des affections goutteuses.

L'intolérance pour les préparations ferrugineuses n'est pas très-rare chez les arthritiques dartreux. Dans ce cas, un régime animalisé, l'exercice, les digestifs et l'arsenic sont souvent de puissants modificateurs de l'hématopoèse.

L'hydrothérapie, quand elle est méthodiquement dirigée, suffit quelquefois à rétablir l'action nutritive ; elle est un puissant auxiliaire des autres agents thérapeutiques.

Chez le malade suivant, les complications arthritiques qui précèdent, accompagnent et suivent la maladie, ne peuvent guère laisser de doutes sur son caractère diathésique ; des arthritides se sont manifestées sur le tégument externe.

Obs. V. — M. de C..., âgé de cinquante-cinq ans, est né d'un père asthmatique. Pendant son enfance il s'est livré à l'onanisme ; depuis, il a abusé des plaisirs vénériens.

Il a été très-sujet au *pityriasis versicolor* occupant un grande étendue de la peau, et à un *intertrigo* de la région fémoro-scrotale compliqué d'*eczéma*.

Il a couru les eaux sulfureuses ; pendant une de ses cures thermales, il fut affecté de bourdonnements dans l'oreille droite, accompagnés de surdité de ce côté. Menière père, qu'il consulta alors, ne constata aucune lésion.

Il a eu, il y a quelques années, une attaque de goutte localisée aux gros orteils et aux pieds, la seule qu'il ait jamais eue.

Mais il a de fréquents accès de lumbagos et parfois des douleurs fulgurantes dans les reins.

A plusieurs reprises, il a eu des crises de vomissements sans céphalalgie, accompagnées d'une sensation de cercle autour de la tête. Ces accidents ont persisté une fois pendant dix-sept heures.

Il a de fréquents accès de vertige titubant, sans la sensation d'un mouvement gyratoire. Ils sont suivis de malaises d'estomac et d'urines aqueuses très-abondantes.

Pendant plusieurs années, il a eu, au mois de juin, des attaques de coryza qui durait trois mois et qui était suivi de toux, il en a été guéri au Mont-Dore.

Son appétit est irrégulier ; sa langue est fendillée ; épaisse, saburrale.

Ses urines sont quelquefois sédimenteuses.

Le coït exaspère toutes ses souffrances. Les dents de la mâchoire supérieure sont détruites. Les artères sont athéromateuses. Un bruit de souffle au second temps et à la base indique l'existence d'une insuffisance aortique.

Je trouve cette note écrite, il y a plusieurs années, après une consultation donnée à M. de C..., et j'apprends ces jours-ci qu'il a succombé à une attaque d'hémiplégie.

Cette terminaison vient clore la série de manifestations arthritiques que nous avons observées chez ce malade. L'état des artères, la lésion cardiaque, qui devaient la faire craindre, sont les liens qui unissent la lésion cérébrale à l'arthritisme et qui rendent cette lésion si commune dans les races goutteuses.

Le pityriasis, l'intertrigo eczémateux, étaient d'origine arthritique, et les lumbagos périodiques sont très-souvent de même nature, comme je l'ai remarqué ailleurs. L'attaque de goutte franche éprouvée par le malade donne l'étiquette de tous ces symptômes.

J'ai connu un vieillard qui pendant plusieurs années avait tous les ans, *au printemps*, une attaque de lumbago ; ils cessèrent, mais deux ou trois années de suite, à la même époque de l'année, il eut des iritis ; le cœur et les artères avaient subi l'impression de l'arthritisme, et dans les dernières années de sa vie ce malade eut des attaques répétées d'hémorrhagie cérébrale, auxquelles il finit par succomber.

Nous retrouvons chez notre malade la dyspepsie, si fréquente chez les arthritiques dartreux, et liée peut-être à un état morbide du tégument gastrique ; ces crises de vomissements pourraient en être regardées comme une manifestation, à moins qu'elles ne fussent symptomatiques des congestions encéphaliques, liées aux troubles de la circulation cérébrale, et prélude de la lésion plus grave qui a terminé les jours du malade.

La même incertitude règne sur le caractère de ce vertige titubant, et, comme les vomissements, il peut recevoir une double interprétation.

Je suis très-disposé à attribuer à une congestion la surdité contractée dans les Pyrénées ; les eaux sulfureuses peuvent en provoquer. Il faut les craindre chez les goutteux, surtout quand l'appareil cardio-vasculaire n'est pas dans un état à peu près normal. Les eaux thermales administrées en bains ou en douches sont dangereuses, en général, dans ces conditions. Je ne les emploie qu'avec une extrême réserve chez les sujets qui ont dépassé l'âge mûr. A ce malade, en particulier, j'avais interdit les bains minéraux, dont il avait abusé. J'ignore s'il aura eu la sagesse de résister à cet entraînement trop souvent approuvé par des médecins inexpérimentés, et qui pousse vers les stations thermales tous les gens riches qui ne sont pas satisfaits de leur santé. Précisément parce que les eaux minérales constituent une des plus puissantes et des plus efficaces médications dans un grand nombre de maladies, elles peuvent devenir un des agents thérapeutiques les plus dangereux si l'on en fait une application inopportune.

Le coryza spasmodique développé au milieu de tous ces

---

sociale, mais qui l'est surtout dans un ordre de vues et de sentiments tel que celui qui a constitué et maintient l'Association des médecins de la Seine. Que cet esprit là y pénètre par la faiblesse des uns, par l'imprévoyance des autres, et nous déclarons l'association dissoute à courte échéance. Les principes que nous rappelions en commençant n'ont rien à faire avec lui, et nous les maintenons haut et ferme. La rééligibilité indéfinie du bureau place l'assemblée entre un blâme, du moins apparent, et un déni de justice : un blâme envers ceux qu'elle remplacera et un déni de justice envers ceux qu'elle ne pourra nommer ; sans compter que cette coutume tend à entretenir l'esprit de routine. Dans un cercle relativement petit, celui des collaborateurs du Dictionnaire encyclopédique, nous avons demandé et obtenu l'abolition de la rééligibilité des membres du comité de rédaction. Il est bon encore que, dans une société sérieusement démocratique, les honneurs ne soient pas accessibles seulement aux grands ; mais c'est un énorme abus, c'est la négation même de l'idée démocratique que de les en exclure. Quoi ! parce qu'on aura conquis une position distinguée, comme le soldat ses grades, à la sueur de son front, on sera mis en suspicion ; et ce qui est partout un titre d'honneur deviendra chez nous une marque d'indignité ! Et cela au nom d'un axiome qui est une injure au sens commun : *Tous les médecins sont égaux devant la diplôme!* C'est comme si l'on disait : « Tous les lettrés sont égaux devant le baccalauréat, » ou « tous les avocats sont égaux devant la licence ». Le diplôme de docteur confère le droit de regarder au pouls ou à la langue des gens, mais non l'autorité et la capacité nécessaires à la conduite d'une grande association ; et, où que vous vouliez prendre vos présidents, vous aurez toujours autre chose à leur demander que leur parchemin. Les grands aristocrates, après tout, les grands cumulards que MM. Béclard et Gueneau de Mussy ! Nous en demandons bien pardon à notre vieil et excellent ami Brochin, qui n'est pas ici dans son rôle ; mais, avec sa place de membre de la commission des logements insalubres et celle d' suppléant des décès (qui sera bientôt, nous l'espérons

symptômes, si fortement marqués du cachet de l'arthritisme, manifeste par cette connexion sa nature diathésique; et dans les antécédents héréditaires nous trouvons l'asthme du père comme expression de la même diathèse, et peut-être comme une prédisposition à sa localisation dans les organes de la respiration chez notre malade.

Voici un autre exemple de rhino-bronchite progressive :

Obs. VI. — M. V..., capitaine de génie, âgée de trente ans environ, vient me consulter le 20 mai 1869. Il est petit, pâle, assez grêle. Sa mère est morte de phthisie pulmonaire; deux de ses frères ont succombé à la même affection; son père est bien portant; il ne peut fournir aucun autre renseignement sur ses antécédents. Depuis longtemps ses urines sont sédimenteuses et laissent déposer un sable rouge.

Depuis sept ans, il est sujet à des accidents qui reviennent périodiquement vers le 20 mai. (J'extrais les détails suivants d'une note écrite par le malade.) « Ils commencent *à heure fixe*, par une sorte de congestion des yeux, qui se traduit par un besoin irrésistible de se frotter l'angle interne de l'œil. Quelques jours après apparaît le coryza, qui augmente de jour en jour, ainsi que l'inflammation des yeux. Les larmes ne pouvant plus couler par le nez, sortent avec abondance pendant les accès. Plus tard, la maladie dégénère en rhume de poitrine, accompagné d'une oppression très-pénible, qui se fait sentir, surtout le soir, vers six heures et au moment du coucher. Chaque année la durée de la maladie a été en augmentant. » Les premiers accès ne duraient que de douze à quinze jours, constitués par le prurit oculaire avec larmoiement. Le coryza aux accès suivants prit un développement considérable; et, depuis quelques années, en même temps que la durée de l'attaque a augmenté, les phénomènes asthmatiques se sont manifestés. La crise a duré, l'an dernier, du 15 mai au 15 juillet.

Au moment où le malade vient me consulter, il est à la fin du stade conjonctival, et le coryza commence à se manifester par accès; le bord des paupières est d'un rouge pâle, comme œdématié. La conjonctive palpébrale est d'un rouge pâle ainsi que la caroncule; des vaisseaux injectés se dessinent sur la conjonctive oculaire.

Le pharynx est congestionné, hérissé de granulations très-grosses et très-nombreuses, entre lesquelles coulent des mucosités épaisses, semi-opaques; la luette est allongée et un peu infiltrée.

Sans trouver de traces d'arthritisme dans le compte très-incomplet que le malade nous a rendu de la santé de ses ascendants, nous pourrions en voir un indice dans cette uricémie si ancienne et si habituelle que ce malade accuse.

Il ne nous a pas été donné de voir dans son développement cette rougeur prurigineuse des paupières, décrite par le malade. Le travail morbide avait terminé sa première phase; une rougeur pâle, un aspect œdémateux de la muqueuse, des vaisseaux dilatés, sont les traces qu'il a laissées; nous ne pouvons pas nous prononcer sur sa nature, ne l'ayant pas observé pendant son évolution, mais les phénomènes décrits par le malade lui prêtent une grande analogie avec certaines variétés d'érythème ou de pityriasis.

Au moment de mon examen, il avait changé de siége; la période de la rhinite commençait et marquait le second acte de ce petit drame morbide, l'état du pharynx, les mucosités qui serpentaient entre ses glandules turgescentes indiquaient que la congestion n'était pas limitée au nez, qu'elle avait envahi l'arrière-cavité des fosses nasales et qu'elle menaçait le canal aérien. Cette marche envahissante a bien les allures d'un pseudo-exanthème érythémateux, et si nous ne sommes pas autorisé à affirmer que nous avons affaire à une affection de cette nature, bien moins encore sommes-nous autorisé à repousser cette assimilation.

Dans l'observation qu'on va lire, la marche de la maladie n'a pas sa régularité habituelle, et elle se montre successivement sous les deux types opposés de la forme fugitive et de la forme opiniâtre qui tend à la chronicité.

Obs. VIII. — M. P..., âgé de trente-quatre ans, est fils d'une mère rhumatisante. Elle a subi, il est vrai, les premières atteintes du rhumatisme depuis quelques années seulement et après avoir été exposée à l'humidité pendant des inondations. En outre, au printemps et durant les chaleurs, elle est sujette à des poussées de petites vésicules qui se développent entre les doigts et lui causent d'atroces démangeaisons. M. P... éprouve la même indisposition. Il a eu, pendant plusieurs années, des éruptions herpétiques sur le gland, qui revenaient tous les mois environ, et duraient quatre ou cinq jours, mais qui, depuis un an, ont cessé de se montrer.

Son père et son frère ont de fréquentes migraines; M. P... n'en a pas, et il n'a pas observé de dépôts dans ses urines. M. P... a les apparences d'une bonne constitution, il se sent fort, a beaucoup voyagé et a supporté par conséquent de nombreuses fatigues. Il accuse cependant, depuis sept ou huit ans des troubles des fonctions digestives; les digestions sont lentes, pénibles, il a des aigreurs cinq ou six heures après les repas, surtout s'il a fait usage de mets stimulants ou très-épicés. Il est obligé de choisir ses aliments, et est petit mangeur; il ne peut supporter les liqueurs et les vins généreux, qui lui font éprouver, même à la gorge, une sensation douloureuse.

Il rejette souvent par régurgitation des matières pituiteuses, surtout quand il est en proie à des préoccupations ou à des émotions.

Au mois de mai 1870, je fus pour la première fois consulté par ce malade; il revenait de l'Inde et souffrait depuis plus d'un an d'une diarrhée qui l'avait réduit à un état d'émaciation considérable. Il était pâle, hâve; son teint était terreux et présentait cette coloration cireuse qui caractérise l'anémie des pays chauds. Sa faiblesse était extrême et son moral était déprimé; sa physionomie portait l'empreinte d'une mélancolie profonde et du découragement. Après l'avoir examiné avec soin, ne constatant aucun signe de lésion grave dans les organes digestifs, trouvant les poumons parfaitement sains et apprenant l'inefficacité des moyens diététiques et pharmaceutiques employés jusqu'alors. J'adressai ce malade au docteur Fleury, pour suivre sous sa direction un traitement hydrothérapique. Au bout de six semaines, ce jeune homme me revint transformé : il avait engraissé de vingt livres; la diarrhée avait complétement cessé; son teint était excellent et indiquait le retour à l'état normal de la fonction d'hématose. Tout en le soumettant à l'hydrothérapie, M. Fleury lui avait prescrit pendant plusieurs semaines la diète lactée, lui laissant prendre en même temps 30 à 45 grammes chaque jour de sous-nitrate de bismuth. Cette combinaison thérapeutique eut les résultats les plus heureux, et depuis lors la guérison ne s'est pas démentie, malgré les épreuves et les émotions douloureuses auxquelles il a été soumis; mais, depuis huit ou dix mois, une autre disposition morbide, qui jusque-là avait à peine attiré son attention, prit des proportions telles qu'elle devint une affection sérieuse ou au moins très-pénible.

Depuis huit ou dix ans il était sujet à des coryzas fugaces, qui se développaient au printemps et à l'automne surtout, pour les causes les

---

transformée en celle d'inspecteur titulaire), nommé à ces deux places par l'administration, il *cumule* plus que M. Béclard, qui n'est encore rien, sinon, à l'élection, membre de l'Académie de médecine (à 3 francs environ par semaine) et que M. Gueneau, aussi richement doté à l'Académie et membre, par concours, du corps médical des hôpitaux.

Laissons donc là ces tristes arguments. Le candidat du Comité et les candidats de la Commission, ceux de cette année comme les autres, sont de braves confrères, dont aucun ne se substituera ou ne s'est substitué, en en déplaçant un autre, à une « nullité » ou à une « vanité prétentieuse ». Et si l'on veut que cela n'arrive pas un jour, il faut laisser la désignation des candidatures à la Commission générale, expression vraie et mandataire légitime de l'assemblée, ce qui n'exclut aucunement le droit de tous et de chacun de proposer d'autres candidats en assemblée générale. Car ce droit, il serait puéril de le contester, il existe de soi; seulement nous refusons de nous y associer quand il prend, sans motif sérieux, le ton récriminatoire et autoritaire, et quand il n'est, de la part au moins de quelques membres du Comité, qu'une machine de guerre. Que si l'on trouve utile d'ajouter quelques garanties nouvelles à l'accomplissement de la mission dont est chargée la commission, qu'on les propose à l'assemblée; ce n'est pas nous qui y ferons obstacle. En attendant, l'œuvre de cette commission a été régulière; tout au moins ne donne-t-on du contraire, jusqu'ici, aucune preuve; il n'y a donc rien à y changer.

Quant au *candidat de l'opposition* nous lui portons assez d'affection et d'estime pour l'avertir qu'il se laisse fourvoyer dans une aventure où le succès lui serait préjudiciable autant et plus peut-être que l'insuccès. Nous le connaissons assez *intus et in cute* pour affirmer que, simple membre de la réunion et désintéressé dans l'affaire, il n'eût pas signé le manifeste, pas plus que M. de Ranse ne *signera* les commentaires dont nous avons relevé un échantillon. Il ne faut pas que M. Brochin commette sa loyauté à tirer profit de ce qu'il n'approuve

plus légères ; le malade était pris d'éternuments violents, répétés, avec écoulement d'une sérosité abondante ; il inundait un mouchoir et puis en était quitte jusqu'à nouvel ordre. « C'était charmant, m'écrit-il, j'éprouvais un chatouillement du nez, puis, après la crise, un dégagement du cerveau qui me faisait presque plaisir. »

Mais, petit à petit, ces coryzas sont devenus plus fréquents, plus intenses, de plus longue durée. La fluxion morbide envahissait le larynx, puis plus tard elle descendit jusque dans la poitrine. L'hiver dernier, peut-être sous la double influence de la rigueur du froid et des angoisses morales auxquelles il fut soumis, la maladie devint continue, la toux et la dyspnée ne firent pas de trêve, la respiration était courte, sifflante ; l'oppression augmentait pendant la nuit.

On opposa à cette affection des moyens hygiéniques, des calmants, des bains de vapeur, mais M. P... n'en n'obtint qu'un soulagement passager.

Fatigué des émotions et des souffrances, au commencement de l'été il se rendit en Suisse, aux environs de Lucerne. Là il prit une trentaine de douches et des bains d'immersion dans une piscine à une température de 8 à 10 degrés. Pendant deux mois que dura son séjour dans les montagnes, il jouit d'une excellente santé et n'eut aucune atteinte de coryza, malgré les variations atmosphériques et la saison pluvieuse ; à peine se mouchait-il deux fois dans les vingt-quatre heures.

Il se croyait définitivement guéri et prémuni contre de nouvelles atteintes de son mal. A la fin de juillet il retourne en Provence, qu'il habite ordinairement, mais six heures après son arrivée, sans cause appréciable, il se met à éternuer; pendant trois jours un flux abondant s'écoula de ses narines ; puis la gorge se prit; presque aussitôt commencèrent la dyspnée, la toux suivie d'expectoration. La respiration était courte, fréquente, sifflante, surtout pendant la nuit ; le cou et la tête étaient presque toujours en transpiration; «à chaque instant du jour et de la nuit, m'écrit le malade, survient une nouvelle crise d'éternuments, accompagnée de picotements dans le nez. »

Ces crises pouvaient être provoquées par l'impression du froid humide, du vent, d'une respiration étrangère, d'une odeur forte, par le séjour dans un magasin qui renfermait des épices ou des substances pulvérulentes. Souvent elles survenaient au milieu du sommeil, sans aucun prétexte appréciable.

Le 18 août, M. P... m'écrivit pour me demander mes conseils; il avait essayé sans succès des sudations et des douches froides, il désirait tenter une cure thermale, à condition qu'elle ne commencerait pas avant le 5 septembre au plutôt, étant retenu jusque-là par ses affaires. Dans ces données, je lui conseillai d'aller à Luchon. La Bourboule, le Mont-Dore ou Cauterets lui eussent offert, à cette époque, un climat trop douteux. Je l'engageai, un mois après la cure thermale, à prendre pendant cinq semaines tous les jours deux verres d'eau de la Bourboule édulcorée avec un mélange de sirop de quinquina et de sirop de Tolu, à mettre du goudron en évaporation pendant la nuit dans sa chambre à coucher, à s'abstenir de salaisons, d'épices, de liqueurs, de mets excitants, à faire tous les matins des frictions avec des gants de crin sur la périphérie cutanée ; et si, en dépit de ces moyens, malgré des précautions hygiéniques appropriées, le coryza persistait, je conseillerais d'aspirer par les narines six à huit fois par jour une pincée des poudres :

℞	Poudre de gomme..............	30 grammes.
	Sous-nitrate de bismuth.........	10 —
	Calomel à la vapeur...........	20 centigrammes.

En résumé, voici un malade dont le père et le frère sont marqués par de fréquentes migraines du cachet de l'arthritisme. Il est, comme sa mère, sujet à des éruptions eczémateuses estivales, et il a depuis longtemps des poussées herpétiques sur le gland, poussées qui, quand elles reviennent périodiquement, me paraissent encore imputables à l'arthritisme, dans beaucoup de cas au moins. Il est affecté de dyspepsie avec des régurgitations aigres et pituiteuses, accidents qui peuvent encore relever de la même diathèse. Enfin, pour réunir tous les détails qui peuvent éclairer sur la nature du terrain constitutionnel, je rappellerai ces coryzas violents, mais fugaces, déjà signalés chez les goutteux par Stoll, dont Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu, citait souvent l'opinion sur ce point; il était lui-même goutteux et sujet à ces accès de coryzas, qui le prenaient subitement et disparaissaient après avoir duré quelques instants.

Les troubles fonctionnels, que je rattache chez ce malade à une disposition arthritique, se partageaient entre trois appareils organiques, les voies digestives, où ils avaient leur foyer principal, la peau et la muqueuse respiratoire, où ils ne se montraient que passagèrement. Intervient alors l'action d'un climat intertropical, qui si souvent éprouve les organes de la digestion, si souvent manifeste cette influence nocive par des hépatites ou des dysenteries. L'intestin devient le siége d'une action anomale intense, opiniâtre, qui altère profondément la nutrition et ne cède qu'à l'hydrothérapie combinée avec le bismuth et la diète lactée. En même temps que s'éteint ce foyer morbide cessent de se manifester les éruptions périodiques d'*herpes præputialis;* le malade cependant se trouve au milieu des conditions morales les plus propres à éveiller les germes diathésiques et la disposition herpétique en particulier ; il sent avec la vivacité de son caractère et de sa sensibilité morale les malheurs du pays qui retentissant sur ses affaires privées, lui causent de nombreux embarras et de poignantes inquiétudes ; en même temps, lui, habitué au climat de l'Inde, subit dans le midi de la France les rigueurs d'un froid exceptionnel. Il est possible que sous l'influence de ce froid, cause si puissante de congestions pulmonaires, une affection des muqueuses respiratoires, qui depuis longtemps existait pour ainsi dire en germe et à l'état d'ébauche, se soit développée et exagérée, alors surtout que les autres manifestations de la racine constitutionnelle avaient disparu. Il semble que le catarrhe rhino-bronchique ait remplacé le catarrhe gastro-intestinal.

Cette affection du tégument respiratoire a été précédée de manifestations herpétiformes sur le tégument externe, elle semble même les avoir remplacées. Nous n'en concluons pas que la congestion de la membrane muqueuse respiratoire dût être regardée comme l'expression du même processus. Nous avons vu des cas où l'on peut suivre le passage d'une arthri-

pas. Pas un mot public n'est sorti de sa bouche ; pas une ligne de sa plume ; toute sa liberté lui reste ; qu'il en profite pour se retirer. Cette retraite lui serait comptée dans l'avenir et lui porterait un profit moral dans le présent. Sinon, il aura, quoi qu'il dise ou fasse, sa part de responsabilité dans l'ébranlement que peut recevoir de cette agitation inopportune une œuvre qui doit lui être chère. En vain se retranchera-t-il derrière son inertie ; on lui reprochera toujours de s'être prêté à l'office du marteau, qui ne se meut pas de lui-même, mais qui frappe et qui démolit (1).

A. Dechambre.

(1) Voy. aux *Variétés* une lettre de M. Orfila.

Facultés de médecine. — M. *Doré-Graslin*, membre de l'Assemblée nationale, a présenté, le 6 janvier, à cette Assemblée un rapport très-favorable sur deux pétitions émanées des professeurs de l'École préparatoire de Nantes et d'un certain nombre d'habitants de cette ville, demandant : 1° la création d'une *quatrième* Faculté de médecine ; 2° l'installation de cette Faculté à Nantes; 3° la création d'un établissement d'enseignement supérieur complet dans toutes les villes de 100 000 habitants. Sur ces différents points, la pétition a été renvoyée au ministre compétent.

— L'empereur du Brésil a visité, ces jours derniers, divers établissements hospitaliers ou de bienfaisance; il s'est également rendu hier à l'École de médecine et à l'École pratique.

tide cutanée à l'affection du tégument interne, alors il est permis de considérer celle-ci comme une arthritide muqueuse. Ici nous ne voyons rien de semblable, et si, comme nous l'avons dit plus haut, au point de vue pathogénique, une congestion persistante de la membrane muqueuse ne diffère pas essentiellement d'un érythème de la peau, nous nous en tiendrons aux phénomènes observés, nous nous contenterons d'affirmer l'origine goutteuse de cette congestion quand nous aurons des motifs suffisants pour justifier cette affirmation, sans nous exposer au reproche de forcer les analogies et d'assimiler des processus dont rien ne démontre la similitude. D'ailleurs, sur les membranes muqueuses et sur la peau l'état constitutionnel, qui s'exprime par des lésions herpétiformes, peut s'exprimer par de simples troubles fonctionnels : il y a des prurits, des sueurs locales, profuses, qui relèvent de l'herpétisme. Si l'arthritisme peut produire sur les membranes muqueuses des altérations herpéloïdes, on conçoit qu'il puisse s'y exprimer aussi par des anomalies de sécrétion ou de sensibilité.

Après que l'expérience eut démontré l'inefficacité de l'hydrothérapie dans ce second acte de la maladie, il était rationnel de recourir aux eaux minérales; les Pyrénées et la Bourboule s'offraient à mon choix. Comme cette dernière a l'avantage de conserver sa minéralisation originelle, son emploi loin de la source est beaucoup plus sûr que celui des eaux sulfureuses. Luchon lui offrait l'avantage d'un climat beaucoup plus doux que celui de la plupart des autres stations hydrothermales. Les eaux sulfureuses sont souvent utiles dans les affections des organes tégumentaires et dans celles de la muqueuse respiratoire en particulier, qui leur sert de voie d'élimination, comme l'ont établi les recherches de Claude Bernard. Mon opinion sur la nature arthritique de l'affection tégumentaire n'était pas pour moi une contre-indication; il n'y a pas de spécifique pour les maladies constitutionnelles, et l'indication qui détermine le choix de telle ou telle médication doit être tirée bien plus de l'état général et du mode morbide local que de la nature supposée de la maladie. Si en général, comme l'a dit M. Bazin, les sulfureux conviennent mieux aux scrofulides qu'aux arthritides, on voit des arthritides (1) et des herpétides guérir par leur emploi, et d'une autre part l'eau chlorurée sodique, arsenicale et alcaline de la Bourboule, est un des plus puissants modificateurs que nous puissions opposer aux affections strumeuses.

Après les eaux sulfureuses j'ai conseillé les eaux arsenicales. Je me suis bien trouvé de les faire alterner.

Enfin, si ces modificateurs internes trompaient mon attente, je leur associais un topique qui avait déjà réussi dans le catarrhe intestinal, le bismuth, que je divisais en le mêlant à de la poudre de gomme, et auquel j'ajoutais une petite quantité de calomel.

Telle était la consultation que j'avais adressée à ce malade, et j'ai exposé les motifs qui me l'avaient inspirée. Le 1er décembre, j'ai appris que M. P..., croyant voir dans ma lettre une préférence pour la Bourboule, dont je lui conseillais de boire les eaux après la cure sulfureuse, s'était rendu dans cette station thermale malgré la saison avancée, qu'il s'en était très-bien trouvé et que jusqu'à présent il jouissait d'une excellente santé.

Les faits suivants, sans se rapporter directement à la variété morbide décrite sous le nom d'asthme de foin, nous en montre pour ainsi dire une forme affaiblie ou quelques éléments isolés rattachés à la racine arthritique. Il me paraît fortifier l'opinion que j'ai émise sur la nature de cette affection.

OBS. VIII. — Mademoiselle M..., âgée de quarante ans, est née d'un père et d'une mère goutteux. Elle a présenté, il y a une vingtaine d'années, les premiers symptômes d'une tuberculisation pulmonaire qui a, pendant huit ou dix ans, suivi une marche lente mais progressive. Quand je la vis pour la première fois, il y a douze ans, elle était soignée par Grisolle, qui avait porté sur sa situation un pronostic désespéré, tant les lésions étaient graves et étendues; on entendait en effet aux deux sommets, à droite surtout, des souffles et des râles caverneux à timbre presque métallique, dans le reste du poumon de nombreux gargouillements bronchiques, dans l'intervalle desquels le poumon silencieux ou sibilant paraissait emphysémateux. La réaction fébrile était modérée. Je lui fis mettre des mouches de Milan sur les sommets; je lui prescrivis des préparations arsenicales, de l'aconit et de l'opium pendant la nuit, le matin du lait coupé avec de l'eau de Soultzmatt. L'état fébrile s'apaisa, la malade fut envoyée aux Eaux-Bonnes. Elle en éprouva un mieux considérable. Depuis lors, je l'y ai renvoyée presque tous les étés. Elle passait sans sortir la plus grande partie de son hiver, obligée de rester à Paris, et faisant de l'exercice dans son appartement.

La toux cessa ou ne revint plus qu'à de longs intervalles, à plusieurs reprises elle expectora des fragments de tubercules crétacés. En dehors de la saison des eaux, elle prenait de l'arsenic, de l'huile de morue ou de l'ioduro de potassium, à petites doses, associés au sirop de quinquina.

Il y a quatre ans, elle eut une poussée eczémateuse sur la tête, remplacée, il y a trois ans, par une diarrhée opiniâtre ; après la guérison de celle-ci, elle eut de nouveau un *eczema impetiginodes*, localisé surtout à la tête et que je combattis par l'eau de la Bourboule et d'autres préparations arsenicales.

L'hiver dernier s'est passé dans de mauvaises conditions, mademoiselle M... a beaucoup toussé, elle a éprouvé beaucoup d'étouffements ; la toux est sèche, provoquée par un chatouillement pénible à la gorge; en outre, mademoiselle M... a des accès d'éternuments incoercibles sans coryza, à la suite desquels elle rend parfois un peu de sérosité aqueuse. *Sur les joues*, sur les tempes et autour des narines existent des groupes papuloïdes d'un rose vif; la muqueuse nasale a une teinte *framboisée* qu'on retrouve sur le pharynx, affaiblie et servant de fond à des granulations assez volumineuses. Au sommet droit on entend des souffles retentissants, quelques-uns lointains, au sommet gauche; dans le reste de la poitrine on observe une respiration emphysémateuse; inspiration avortée, expiration poussive, sibilante.

Nous trouvons chez cette malade un témoignage de l'action modératrice que l'arthritisme exerce sur la tuberculose, la transformation crétacée des tubercules est, comme je l'ai dit ailleurs, un des effets de la diathèse arthritique. On suit la dermatose depuis les joues et l'orifice des narines jusque sur les muqueuses nasales et pharyngiennes. L'emphysème et la dyspnée complètent la scène morbide; seulement, tous ces symptômes sont peu accentués, comme effacés ; les manifestations de la diathèse arthritique sont troublées par la diathèse tuberculeuse que la première a dominée sans l'anéantir.

Cette dyspnée jointe à l'emphysème est comme une ébauche d'asthme qui a été précédée d'eczéma, et qui paraît le prolongement de l'éruption érythémato-papuleuse actuellement en possession du front, des joues et des narines.

J'ai conseillé de substituer les eaux de la Bourboule aux Eaux-Bonnes dont l'action n'avait pas paru aussi efficace l'an dernier qu'elle avait semblé l'être les années précédentes. Je tins compte dans cette préférence de cette dyspnée asthmoïde, de cet élément névropathique auquel l'arsenic convient en général mieux que le soufre.

L'observation suivante m'a été adressée par un honorable confrère de province. Ayant lu mon premier travail sur la *hay-fever*, il crut en avoir sous les yeux un exemple, sur lequel il me fit l'honneur de m'adresser la note suivante en réclamant mon avis. Comme on le verra en la lisant, on peut conserver sur le vrai caractère de la maladie quelques doutes que l'insuffisance des détails ne permet pas de lever. S'agit-il d'une véritable rhino-bronchite spasmodique ou d'une dyspnée hystérique? Au fond, la racine diathésique pourrait être la même, seulement l'expression symptomatique serait différente.

OBS. IX. — Madame S..., forte et vigoureuse en apparence, est sujette à des accidents hystériques. Elle a la sensation d'une boule qui monte de l'épigastre au cou et paraît quelquefois se fixer sur le cœur en y causant des douleurs très-pénibles. En outre, elle est atteinte d'un asthme périodique avec congestion naso-bronchique, depuis un refroidissement auquel elle a été exposée pendant sa première grossesse. Les crises d'asthme reviennent pendant l'été; dès que l'hiver commence, le mieux-être se fait sentir et les crises cessent. Pendant leur durée elle éprouve des étouffements et est dans un état d'anxiété et d'angoisse des

(1) J'ai fait ailleurs mes réserves sur ces distinctions nosologiques.

plus pénibles et des plus alarmants. Elle ne peut supporter le décubitus horizontal, reste assise sur une chaise, pliée en deux, la tête inclinée en avant et appuyée sur un oreiller. Elle est prise alors d une toux violente, convulsive ; elle fait des efforts moins pour attirer dans sa poitrine un peu d'air qui n'y paraît entrer qu'avec une extrême difficulté, et un sifflement aigu accompagne la respiration. Tantôt la toux est sèche, tantôt elle est suivie d'une expectoration abondante. Le pouls est parfois très-faible, d'autres fois d'une excessive fréquence. La malade accuse dans la poitrine des douleurs erratiques d'intensité variable qui retentissent dans les vertèbres cervicales et lombaires. Tels sont les symptômes de ces crises : elles débutent à une certaine heure de la nuit, toujours la même ; elle éprouve alors une surexcitation insolite, une grande gêne dans les fonctions respiratoires; puis, après être arrivés à leur apogée, ces symptômes cessent peu à peu, et le bien-être renaît. Cependant la malade reste irritable ; elle a une disposition très-accentuée à l'hypochondrie mélancolique.

On a opposé tour à tour à cette affection les antispasmodiques, les stupéfiants, les toniques, les révulsifs cutanés ; à chaque nouvelle médication la malade s'est trouvée soulagée et est souvent restée plusieurs mois sans éprouver ces accès de suffocation qui revenaient avec leur violence première, sous l'influence de la plus légère imprudence.

Dans ce tableau, que m'a tracé mon honorable confrère, il y a certainement des traits qui rappellent la physionomie de l'*asthme de foin*. La périodicité estivale et nocturne en est un très-saillant, mais, d'après le récit de mon confrère, un grand nombre de médicaments suspendraient l'action morbide, qu'une imprudence mettrait de nouveau en jeu après plusieurs mois d'interruption. Tantôt le catarrhe complique la dyspnée, tantôt il fait défaut. Dans l'irrégularité des phénomènes, on sent le substratum hystérique qui imprime son cachet à la constitution, modifie la forme de la maladie et fait dominer l'élément nerveux. La note hystérique se retrouve partout. Mon honorable confrère me demandait s'il devait essayer le sulfate de quinine; je lui ai répondu que je n'hésiterais pas à le faire en présence de cette périodicité si nettement accusée, sans compter beaucoup cependant sur son efficacité dans une affection aussi ancienne et à marche aussi capricieuse. Je l'ai employé avec succès dans un cas d'épilepsie périodique, à plus forte raison peut-il être essayé dans une névrose d'un caractère plus bénin et moins opiniâtre. S'il échouait, je prescrirais l'hydrothérapie, qui me paraît tout particulièrement indiqué dans un cas de cette nature.

En admettant, comme je le crois incontestable, que l'asthme proprement dit relève, le plus souvent au moins, de l'arthritisme, on n'aura pas lieu de s'étonner si de nombreuses affinités existent entre ces deux formes morbides, et si même quelquefois elles paraissent se confondre par des nuances intermédiaires dont la détermination nosologique peut paraître indécise.

L'échéance à date fixe, la marche descendante du processus morbide débutant par la muqueuse nasale, peut-être la fréquence moindre des complications cardiaque et emphysémateuse, caractérisent les formes les plus accentuées du *hay fever*, mais dans quelques cas ces caractères sont moins tranchés; la périodicité est moins absolue, le coryza est moins intense, les limites de cette affection sont moins nettement déterminées; elle se rapproche de l'asthme vulgaire, et ce rapprochement, qui s'exprime dans les symptômes, se retrouve dans les conditions pathogéniques : l'asthme vulgaire alterne ou coexiste souvent avec des affections herpétiformes de la peau; et comme je l'ai signalé il y a longtemps, il n'est pas rare de le voir coïncider avec l'angine granuleuse, que l'on peut considérer comme une dermatose muqueuse.

L'observation suivante nous montre un asthme qui, par sa périodicité régulière, par la disposition aux coryzas qui l'avaient précédé, offre quelque analogie avec le *hay fever*, bien qu'il en diffère par ses caractères essentiels.

Obs. X. — Le 14 août 1869, je fus consulté par un homme de cinquante-deux ans, fort en apparence, quoiqu'il ait toujours été souffrant. Son père était asthmatique, sa sœur est asthmatique, sa nièce est asthmatique depuis l'âge de six ou huit ans.

Il a souffert, à l'âge de vingt-quatre ans, d'une névralgie du col de la vessie, qui a été traitée avec succès par le cathéthérisme ; depuis lors cette névralgie s'est quelquefois reproduite et a toujours cédé au même moyen.

Dans son enfance, il avait des *coryzas très-fréquents* en toute saison, pendant l'hiver surtout où ils étaient presque continuels. Il avait d'abord nié avoir eu aucune affection cutanée, et il est ensuite convenu qu'il avait eu de l'acné. Après la cessation des névralgies vésicales, il devint sujet à des crises de douleurs, revenant d'abord tous les six mois, puis à des intervalles plus rapprochés, tous les deux mois, enfin tous les mois. Elles commençaient par l'épigastre et la région sternale, puis s'étendaient comme un plastron sur la face antérieure du thorax pour retentir dans le rachis. Elles étaient violentes, angoisseuses, duraient deux, six, huit heures, et se terminaient par une diaphorèse abondante. Depuis deux ans ces crises ont cessé, mais il éprouve des accès d'asthme deux fois par an.

Le pharynx est le siége d'une angine granuleuse très-prononcée ; sa membrane muqueuse est hérissée de granulations nombreuses, rouges, couvertes par un glacis muqueux ; des pustules d'acnée très-nombreuses existent sur le cou, sur la face et sur le menton.

L'auscultation ne fait constater aucune lésion dans la poitrine ; le cœur et les vaisseaux sont sains, on ne trouve aucun signe d'emphysème, bien que le dernier accès d'asthme ne fût pas très-éloigné. J'avais conseillé à ce malade de se rendre au Mont-Dore, mais comme il ne peut s'y rendre, il prendra pendant un mois, deux fois par jour, un demi-verre à un verre d'eau de la Bourboule.

On touchera son pharynx deux fois par semaine avec de la teinture d'iode.

Après un mois de repos thérapeutique, il reviendra pendant huit jours, chaque mois, à l'eau de la Bourboule. Il évitera le froid et l'humidité.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Physiologie. — *Sur la chaleur absorbée pendant l'incubation.* Note de M. *A. Moitessier*, présentée par M. Balard. — Un œuf fécondé ne donne naissance à un être vivant qu'à la condition d'être maintenu, pendant un certain temps, à une température déterminée. Quel est le rôle de la chaleur pendant l'incubation? Telle est la question que je me suis proposé de résoudre. On pouvait se demander, en effet, si la chaleur nécessaire à l'œuf pour son évolution ne disparaissait pas en partie, en se transformant; l'auteur croit avoir démontré que cette transformation s'effectue réellement.

L'appareil dont il fait usage se compose d'un vase cylindrique contenant 2 à 3 litres d'eau dont la température est maintenue constante, à 41 degrés environ, par une lampe à gaz alimentée par un régulateur de M. Schlœsing. Au milieu de la masse d'eau se trouve un second vase rempli d'air qui renferme les œufs. Ce vase, complétement entouré d'eau, ne communique avec l'extérieur que par une tubulure destinée à recevoir un thermomètre. Une enveloppe protége le tout contre les causes extérieures de refroidissement. Enfin, deux thermomètres, dont l'un est plongé dans l'eau de l'étuve, l'autre dans le compartiment intérieur, complètent l'appareil. Ces thermomètres sont observés avec une lunette, et doivent être assez sensibles pour permettre l'évaluation d'un dixième de degré. La couveuse qui a servi à ces recherches contenait trois œufs, placés verticalement à côté les uns des autres; c'est dans l'espace compris entre les trois œufs qu'est placé le thermomètre intérieur. Les œufs sont introduits dans l'appareil, préalablement porté à la température convenable, et, au bout de quelques heures, les deux thermomètres indiquent des températures stationnaires et identiques. On éteint alors la lampe à gaz et l'on observe, de minute en minute, la marche descendante des deux thermomètres. L'expérience démontre, comme on devait s'y attendre, que l'eau de l'étuve se refroidit plus vite que l'air de la boîte intérieure; mais les résultats sont essentiellement différents, selon que la couveuse contient

des œufs non fécondés ou des œufs fécondés: ceux-ci se refroidissent plus vite, mais seulement entre 41 et 36 degrés.

Or, le refroidissement plus rapide des œufs fécondés suppose nécessairement qu'une partie de la chaleur qu'ils possédaient à l'origine du refroidissement a disparu, comme chaleur sensible, et cette chaleur ne peut disparaître qu'en se transformant.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. *Recherches sur les propriétés physiologiques et les métamorphoses des cyanates dans l'organisme.* Note de MM. *Rabuteau* et *Massul*, présentée par M. Robin. — Ces recherches, qui ont porté sur les cyanates de potasse et de soude, tendent à prouver : 1° que ces sels ne sont pas toxiques, comme on aurait pu le présumer; 2° qu'ils donnent naissance dans l'économie à des carbonates alcalins.

Quand on porte en une fois dans l'estomac des chiens des doses assez fortes de cyanate de potasse, 3 grammes par exemple, on constate que la santé de ces animaux continue d'être parfaite comme auparavant; de plus, leurs urines présentent bientôt une réaction fortement alcaline, elles font même effervescence avec les acides. L'injection de 25 centigrammes de sel dans les veines d'un chien de petite taille a rendu les urines de cet animal légèrement alcalines; quinze heures après l'injection, elles étaient encore presque neutres. Le cyanate de potasse, injecté dans le sang chez les chiens à la dose de 1 gramme, produit la mort; mais ce sel ne tue pas alors, parce que c'est un composé cyanique; il agit comme sel de potassium, de la même manière que le sulfate, le chlorure, le bicarbonate de potassium, qui, injectés dans le torrent circulatoire à la dose de 1 gramme, produisent une mort foudroyante en arrêtant le cœur.

Le cyanate de soude peut être injecté impunément chez un chien à la dose de 1 gramme, parce que les sels de sodium sont, pour ainsi dire, inoffensifs comparativement aux sels de potassium. Les urines deviennent alors franchement alcalines.

Les cyanates de potasse et de soude donnent, par conséquent, naissance dans l'organisme à des carbonates de potasse et de soude.

Il en résulte qu'administrer des cyanates alcalins, c'est administrer des carbonates alcalins, comme lorsqu'on prescrit des acétates, des lactates, des tartrates, etc., de potasse ou de soude.

L'urée ingérée dans l'estomac, ou injectée dans le sang, se retrouve en nature dans les urines. D'après ces données, il est probable que le cyanate d'ammoniaque, qui est isomère avec l'urée, ne se transformerait pas en ce principe, mais en carbonate d'ammoniaque dans l'organisme.

Ces recherches ont été faites dans le laboratoire de M. Robin, à l'École pratique de la Faculté de médecine.

ZOOLOGIE. *Sur un crâne d'Équidé des tourbières de la Somme.* Note de M. *A. Sanson*, présentée par M. de Quatrefages. — « Le crâne dont il s'agit porte une étiquette écrite de la main même de Boucher de Perthes et que je copie textuellement « *Cheval.* » — 2480. — *Sépultures celtiques.* — *Os des tourbières de la* » *Somme placés avec les silex taillés et les poteries à 5 ou 6 mètres* » *au-dessous du niveau de la rivière.* — *Abbeville*, 1833. — *Niveau* » *pris dans la plus grande hauteur.* — 4 *à* 5 *mètres niveau moyen.* » — L'étiquette est fautive en ce sens que ce crâne n'est point celui d'un cheval, mais bien celui d'un âne, ainsi que l'auteur le démontre par l'examen des dimensions du crâne et de certains détails relatifs à la forme du crâne.

Sans entreprendre ici, ajoute l'auteur, une comparaison détaillée, il suffit maintenant de prendre en considération son indice céphalique pour conclure que son espèce est celle de l'âne d'Afrique (*E. A. africanus*). En effet, l'indice céphalique de son congénère d'Europe (*E. A. europæus*) est 86,36. Celui-ci est brachycéphale, tandis que l'autre est dolichocéphale (indice : 119,56), ainsi que je l'ai établi dans une Note précédente.

» Comme il y a apparence que cet âne d'Afrique n'est point venu tout seul de sa contrée natale, c'est-à-dire du bassin du Nil, jusqu'au nord-ouest de l'Europe, dans le bassin de la Somme, il paraît évident qu'il a dû y être amené à une époque antérieure à la formation des tourbières au fond desquelles il a été trouvé. Et il y a d'autant moins lieu d'insister sur la vérité d'une telle conclusion que personne, parmi les zoologistes, ne met en doute l'origine orientale de l'espèce animale dont il s'agit. L'identité de la pièce ostéologique décrite étant reconnue, cette conclusion s'impose avec une netteté impossible à contester. Une plus ample démonstration était nécessaire seulement pour ceux qui admettent avec moi deux espèces asines dans le genre *Equus*.

— M. *Pigeon* adresse une nouvelle lettre concernant la peste bovine. Cette lettre sera soumise à l'examen de M. Bouley.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

CHIRURGIE. *Anus anormal à l'aine droite. Entérotomie iléo-cæcale;* par M. *S. Laugier.* — Pour que l'entérotomie ordinaire puisse être pratiquée dans le cas d'anus anormal, il est de toute nécessité que les deux bouts soient rencontrés, puisqu'une des branches de l'entérotome doit être placée dans le bout supérieur et l'autre branche dans le bout inférieur.

» Chez le malade dont il s'agit (jeune homme de vingt-quatre ans), cette condition *sine qua non* n'existait pas.

» Je résolus, dit M. Laugier, de faire communiquer le bout supérieur de l'anus anormal avec le cæcum par une ouverture latérale qui serait opérée à l'aide d'un entérotome particulier approprié aux conditions de voisinage des deux intestins...

» Les deux branches de l'entérotome, introduites isolément par des ouvertures différentes, devaient aussi être retirées isolément. L'entérotome fut aussitôt construit qu'imaginé. M. Mathieu, habile fabricant d'instruments de chirurgie, réalisa promptement le modèle que je lui avais donné.

» OPÉRATION. — Le 16 décembre 1871, la première opération fut pratiquée. Je passe sous silence les essais auxquels j'ai dû me livrer pour déterminer le point précis du cæcum qu'il était préférable d'ouvrir. L'intestin, mis à nu, fut réuni à la paroi abdominale par sept points de suture, mais il ne fut incisé que deux jours après, le 18 décembre, à l'aide d'un bistouri droit; l'incision fut d'environ 2 centimètres : elle fut dilatée par un petit cône d'éponge préparée. Je tenais à ne lui donner que l'étendue strictement nécessaire.

» Du 18 au 29 décembre, il n'y eut ni douleurs abdominales, ni fièvre; à peine observa-t-on une légère augmentation de la température avec accélération du pouls. Le septième jour, la température et le pouls étaient revenus à l'état normal.

» Le 29 décembre, le doigt indicateur gauche est facilement introduit dans le cæcum, celui de la main droite dans l'anus anormal, et portés l'un vers l'autre ne sont plus séparés que par la double paroi du cæcum et de l'iléon. Le cæcum n'est pas trouvé rétréci.

» Le lendemain, les deux branches de l'entérotome sont successivement placées et réunies à l'aide de la vis de pression de l'instrument.

» Aucune douleur notable n'est la suite de l'application de l'entérotome. Pas de nausées ni de vomissements.

» Le quatrième jour, quelques matières commencent à sortir par la plaie du cæcum. Le ventre reste souple et sans douleur ; le malade, dont les évacuations alvines sont assurées par l'anus anormal, n'a pas cessé de prendre quelques aliments au gré de son appétit.

» Au bout de sept jours, samedi 6 janvier, les branches de l'entérotome sont retirées. Hier, dimanche 7, il passe notablement moins de matières intestinales par l'anus anormal. Ce matin, lundi 8, le malade n'évalue qu'au dixième la quantité de ces matières par l'anus anormal, le reste s'écoule au contraire abondamment par la plaie du cæcum.

» Le malade conçoit un grand espoir de guérison, et je partage cet espoir, tout en admettant que, pour l'obtenir complète, il reste encore des difficultés à surmonter ; mais ces difficultés sont celles de l'entérotomie ordinaire.

» Comme on le voit, le caractère de l'opération dont j'offre les premiers résultats à l'Académie, c'est la création d'une voie nouvelle au cours des matières intestinales dans les cas

d'oblitération du bout inférieur de l'anus anormal, quand cette oblitération aura lieu au-dessus de la valvule de Bauhin. C'est la reproduction de ce bout inférieur. Elle rend possible la guérison d'une maladie incurable par tout autre moyen. J'ai donné l'exemple de son application sur le cæcum parce que l'anus anormal se trouvait à droite; mais il serait très-probablement aussi facile de la pratiquer sur l'S iliaque du côlon, si l'anus anormal était à gauche, et peut-être avec plus d'avantages sous quelques rapports.

M. *Netter* transmet à l'Académie de nouveaux documents établissant l'efficacité de la poudre de camphre contre la pourriture d'hôpital. (Renvoi à la Commission précédemment nommée.)

M. *Pigeon* adresse une note relative à la constitution du sang. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. *A. Wystrychowski* adresse une note relative au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Physiologie botanique. *Note sur les prétendues transformations des Bactéries et des Mucédinées en levûres alcooliques*, par M. *J. C. de Seynes*. (Extrait d'une lettre de M. Pasteur.)

Chimie organique. *Sur le développement des ferments alcooliques et autres, dans les milieux fermentescibles, sans l'intervention directe des substances albuminoïdes*, par M. *F. Béchamp*. — De nombreuses expériences, l'auteur conclut que, contrairement à l'opinion de Liebig, des ferments organisés peuvent se développer dans des milieux absolument dépourvus de matières albuminoïdes, et les moisissures, nées des microzymas de l'atmosphère, fonctionnant d'abord comme appareils de synthèse, comparables aux autres végétaux, forment la matière organique de leurs tissus à l'aide des matériaux ambiants dont ils peuvent disposer, et consomment ensuite la matière fermentescible qu'on leur offre, s'ils en sont capables. L'expérience de M. Pasteur, que M. Liebig nie, est donc essentiellement vraie.

Chimie. *Recherches chimiques sur un alun complexe, obtenu de l'eau thermo-minérale de la solfatare de Pouzzoles*, par M. *S. de Luca*. — « Il résulte de mes précédentes recherches, communiquées à l'Académie le 21 février 1870, que dans l'eau thermo-minérale de la solfatare de Pouzzoles il existe non-seulement de l'acide sulfurique libre, mais aussi plusieurs bases, lesquelles étant salifiées par l'acide sulfurique peuvent donner origine à un alun complexe, par la simple concentration de ce liquide et la cristallisation lente.

Physiologie. *Note sur l'existence de l'amidon dans les testicules*, par M. *C. Dareste*. — « J'ai fait connaître, dans de précédentes communications, l'existence d'une matière comparable à l'amidon dans l'œuf des oiseaux.

» On observe, dans l'œuf des oiseaux, trois générations de granules amylacés. La première apparaît dans l'ovule encore contenu dans l'ovaire; la seconde se forme dans les globules du jaune; la troisième dans les cellules du feuillet muqueux, puis dans celle des appendices de la vésicule ombilicale. Je me suis demandé si la formation de la matière fécondante chez les animaux ne s'accompagnerait pas d'une semblable apparition de matière amylacée. L'expérience a pleinement confirmé mes prévisions. Mes études ont principalement porté sur les oiseaux. Toutes les fois que j'ai étudié au microscope, et en me servant de la lumière polarisée, les cellules qui tapissent la paroi interne des canaux séminifères, en dehors de l'époque de la reproduction, j'ai toujours constaté, dans l'intérieur des cellules, la présence d'une quantité considérable de granules sphériques ou ovoïdes, qui présentent les phénomènes optiques si caractéristiques de l'amidon. On peut également constater, sur ces granules, le fait non moins caractéristique de la coloration en bleu produite par l'iode. L'existence de ces granules a été déjà signalée par R. Wagner, dans son travail sur la transformation des spermatozoïdes; mais leur nature n'avait pas encore été déterminée. Ces grains d'amidon disparaissent lorsque les spermatozoïdes se produisent dans les testicules. On ne les retrouve plus, ou du moins on n'en retrouve plus qu'un très-petit nombre. J'ai également observé la présence de l'amidon animal dans les testicules d'animaux appartenant à d'autres classes. »

Académie de médecine.

Séance du 16 janvier 1872. — Présidence de M. Barth.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 et 1871 dans les départements du Calvados, de l'Aube, de la Charente-Inférieure et de l'Orne. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport du M. le docteur *Chabannes* sur le service médical des eaux minérales de Vals (Ardèche), en 1869. (*Commission des eaux minérales.*)

2° L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de M. le docteur *Bernutz*, qui se présente comme candidat dans la section de pathologie interne, et de M. le docteur *Bourdon*, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie pathologique — *b*. Une lettre de M. le docteur *Trélat*, secrétaire général de la Société de chirurgie, annonçant que la séance annuelle de cette Société, dans laquelle M. *Tarnier* prononcera l'éloge de Danyau, aura lieu le mercredi 17 janvier, à trois heures et demie. — *c*. Une note de M. le docteur *Pigeon* (de Fourchambault), relative à l'appareil pulmonaire. — *d*. Une note de M. le docteur *Netter* sur la vaccine. (*Commission de vaccine.*) — *e*. Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *Tillot*. (Accepté.)

M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie un releveur et un redresseur utérins, fabriqués par M. *Borgniet*, bandagiste à Paris.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Armieux*, médecin principal d'armée, un volume intitulé : Études médicales sur Barèges.

M. *Chatin* présente un mémoire sur la pancréatine, par M. *Defresne*, pharmacien.

M. *Gubler* présente, de la part de M. le docteur *Luton* (de Reims), deux brochures, l'une sur l'estomac et ses maladies, l'autre sur la dyspepsie (extrait du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques).

M. *Richet* dépose sur le bureau une note de M. le docteur *Hybord* (de Meung), sur un cas de rupture de l'utérus, avec passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale; gastrotomie, guérison.

M. *Béclard* dépose sur le bureau le premier numéro de la nouvelle série des Bulletins, dans lequel se trouvent reproduites les séances du 2 et du 9 janvier. Au lieu de paraître, comme autrefois, d'une manière irrégulière et tardive, les Bulletins paraîtront désormais, à date fixe, le 15 et le 30 de chaque mois. Mais, pour assurer le succès de cette entreprise, il faut que les membres de l'Académie viennent en aide au zèle et à la diligence du nouvel éditeur, par leur empressement et leur exactitude à remettre leurs manuscrits et leurs épreuves en temps opportun.

La publication à périodicité régulière est un progrès incontestable ; mais ce n'est pas le seul qu'on se propose de réaliser. M. Masson, d'accord avec le Conseil d'administration, est décidé à prendre toutes les mesures nécessaires, pour que, dans un délai prochain, le Bulletin de l'Académie de médecine paraisse toutes les semaines, comme celui de l'Académie des sciences, de manière que chaque membre ait sous les yeux le compte rendu d'une séance, le dimanche ou le lundi d'après, c'est-à-dire l'avant-veille ou la veille de la séance suivante.

M. le secrétaire annuel fait remarquer enfin que M. Masson, en réduisant de moitié, pour une nombreuse catégorie d'abonnés, le prix d'abonnement des Bulletins, assure plus d'extension à leur publicité, et agrandit ainsi la sphère d'influence de l'Académie.

M. *Barth*, qui, dès le premier jour de sa présidence, avait manifesté l'intention de conduire avec une « activité dévo-

rante » les travaux des commissions en général et des commissions d'élection en particulier, s'est vu dans la nécessité d'aiguillonner encore une fois le zèle des sections chargées de pourvoir à des vacances nombreuses et déjà anciennes. Allons! messieurs les commissaires! la saison est rude; ayez un peu compassion des candidats qui attendent depuis très-longtemps à la porte du sanctuaire !

M. Demarquay a soulevé, dans la dernière séance, une très-intéressante question de physiologie pathologique, celle de la régénération des os par les couches superficielles de la moelle. M. *Jules Guérin*, qui avait déjà pris la parole à cette occasion, a complété sa communication en mettant sous les yeux de ses collègues une série de planches représentant les phases diverses du travail d'ossification de la membrane médullaire, dans certaines lésions osseuses produites par le rachitisme. Ces figures permettent de suivre l'évolution entière de l'os nouveau, période par période; elles démontrent de la manière la plus évidente qu'il s'opère là, non pas une simple transformation calcaire de la moelle osseuse, mais une véritable ossification; d'où résulte la preuve de l'opinion soutenue depuis longtemps par M. Jules Guérin, à savoir que la membrane médullaire des os est douée de la même propriété ostéogénique que le périoste.

M. *Chassaignac* a observé des faits semblables dans l'ostéomyélite. Lorsque cette affection ne va pas jusqu'à suppuration, elle donne lieu à une exsudation plastique, au milieu de laquelle se développent des productions osseuses analogues à celles que M. Demarquay a signalées dernièrement. M. Chassaignac se borne, pour aujourd'hui, à mentionner cette particularité de « l'ostéomyélite plastique », sur laquelle il se propose de revenir plus longuement dans une communication spéciale.

On sait combien les maladies cérébrales soulèvent quelquefois de difficultés dans la détermination de leur nature et de leur siége. Une observation rapportée par M. *Verneuil*, avec cette clarté et cette méthode d'exposition qu'on lui connaît, offre un nouvel et frappant exemple de cette obscurité du diagnostic, augmentée encore, dans l'espèce, par le défaut de proportion entre la gravité des symptômes et la simplicité des lésions extérieures.

Un homme robuste et de bonne constitution est trouvé gisant, au chemin de fer du Nord, sous un wagon renversé. Deux heures après l'accident, il est apporté à l'hôpital de Lariboisière dans un état d'agitation excessive, poussant des cris horribles, avec des troubles de la respiration et de la circulation, 36 degrés de température, mais ayant conservé l'intégrité de l'intelligence et de la parole. Une exploration très-attentive ne fait découvrir qu'une petite écorchure au vertex, une ecchymose à la région iliaque et une plaie superficielle au périnée. Dans la journée, ces accidents s'apaisent, lorsque, vers quatre heures, éclate un délire furibond. La religieuse, croyant à un accès de delirium tremens, administre 20 gouttes de laudanum en lavement. L'agitation se calme dans la nuit. Le lendemain matin, le malade est plongé dans un coma profond; les traits de la face sont fortement déviés à droite, et le côté droit du corps frappé d'hémiplégie. Pupilles égales; intégrité de l'appareil moteur oculaire commun; aphasie complète, cris inarticulés et intermittents, respiration égale et tranquille, pouls calme, peau fraîche, température axillaire à 37 degrés.

En présence de ces signes, pour ainsi dire classiques, M. Verneuil n'hésite pas à diagnostiquer une compression cérébrale, occasionnée par une rupture vasculaire et un épanchement sanguin à la base du cerveau, vers la scissure de Sylvius et au niveau des circonvolutions inférieures du lobe frontal.

Le malade reste dans le même état pendant trois jours. Mais, le cinquième jour après l'accident, agitation violente, face vultueuse, pouls filiforme, fréquent; température à 40 degrés. Mort dans l'après-midi.

A l'autopsie, petite ecchymose sous le cuir chevelu, au niveau de l'excoriation déjà signalée. Crâne intact. *Aucune trace d'épanchement ni de compression.*

L'erreur de diagnostic était manifeste. Quelle était donc la cause, l'origine des troubles observés pendant la vie? un ramollissement aigu de la substance cérébrale, occupant l'extrémité antérieure du lobe temporal gauche, du corps strié et de la couche optique du même côté, ramollissement résultant d'une thrombose de la partie supérieure et intra-crânienne de l'artère carotide interne et de l'artère sylvienne gauche. Le caillot oblitérateur remontait à trois jours environ; il était rougeâtre et friable; il s'étendait jusqu'à la partie moyenne du cou, où il s'arrêtait brusquement. Là les tuniques internes de l'artère étaient déchirées, décollées, et leurs bords repliés de manière à former une espèce de valvule ou de barrière, qui avait certainement donné lieu à l'arrêt de la circulation et à la coagulation du sang. M. Verneuil, n'ayant trouvé sur ce point aucune trace de concrétion calcaire ni de dégénérescence athéromateuse, attribue la rupture des tuniques artérielles à un mouvement d'extension brusque et forcée du cou au moment de la chute.

L'honorable chirurgien rapproche ce fait des accidents qu'on observe à la suite de la ligature de la carotide interne, avec lesquels il présente la plus complète ressemblance.

La thrombose des vaisseaux intra-crâniens, ajoute M. Verneuil, mérite de fixer l'attention des chirurgiens et des anatomo-pathologistes; elle est moins rare qu'on ne pense, et lorsqu'elle sera mieux connue il y aura lieu de reviser le dogme de Jean-Louis Petit sur la compression cérébrale, si fortement ébranlé déjà par les expériences de Gama et les critiques de Malgaigne.

M. Mialhe est monté à la tribune avec un énorme manuscrit, qui aurait exigé trois ou quatre séances pour être lu en entier. C'était le rapport général sur le service médical des eaux minérales de France pendant les années 1868 et 1869. M. le rapporteur a été obligé de s'arrêter, faute de temps, au quart de sa lecture. Il est regrettable que les membres de l'Académie, chargés de ces volumineux rapports, n'en fassent pas un résumé précis, dans lequel ils exposeraient, au grand profit de la science, les résultats les plus instructifs et les plus importants de leur enquête. En ce qui touche particulièrement les eaux minérales, il y aurait désormais un grand intérêt à ce que l'Académie, au moyen des précieux documents dont elle dispose, fît ressortir, à l'encontre des prétentions allemandes, la supériorité des ressources hydrothermales de la France. Ce serait à la fois une œuvre de science et de patriotisme, à laquelle les malades n'auraient rien à perdre.

M. Gubler a pu lire, d'un bout à l'autre, son rapport sur le prix Civrieux. Il a été fort écouté et fort goûté, parce qu'il a su analyser avec une habile précision un très-gros mémoire sur l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses.

A cinq heures, comité secret pour voter sur les conclusions et les propositions des rapporteurs.

A. LINAS.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1871. — PRÉSIDENCE DE M. BLOT.

ABCÈS FROID DE LA RÉGION MAMMAIRE; EXTIRPATION; GUÉRISON. — NÉCROSE PHOSPHORÉE. — ÉLECTIONS.

M. *Horteloup*. Le 30 octobre 1871, une femme de trente-quatre ans entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une volumineuse tumeur de la mamelle droite. La peau, blanche et normale, ne présente aucun signe particulier; le mamelon n'est nullement déformé. Le sein ne présente aucune saillie, aucune bosselure. La circonférence de la mamelle est de 52 centimètres. Le sein gauche est flasque, atrophié. La con-

sistance éloigne l'idée d'une tumeur solide ; on perçoit facilement une fluctuation manifeste dans tous les sens, et l'on peut faire refluer le liquide dans la partie supérieure de la poche. La tumeur n'est pas transparente. La malade fait remonter le début de cette affection à sept ans ; alors, elle commença à souffrir à la partie supérieure droite du sternum, et elle vit survenir du gonflement dans cette région. M. Velpeau lui fit appliquer un cautère au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire. Mais le point douloureux persista et la tuméfaction devint grosse comme une noix. Il y a deux ans, la tumeur, plus volumineuse, vint se loger dans la mamelle. Je portai le diagnostic : abcès par congestion, ayant pour point de départ la région sterno-claviculaire droite.

La poche de l'abcès était manifestement située entre la peau et le grand pectoral. La peau, excessivement fine, glisse sur la poche, on retrouve la glande mammaire à la partie inférieure et postérieure. La malade a toujours été bien portante ; mais le poids de la tumeur interdit tout travail. Par quel procédé pourrait-on obtenir la guérison de ce vaste abcès? Il était difficile d'espérer la rétraction d'une poche dure, fibreuse, située superficiellement, isolée de toute espèce de tissu capable d'aider à son retrait. Sa dimension pouvait faire redouter de terribles accidents inflammatoires. Si l'on vidait le kyste avec un gros trocart, l'ouverture resterait fistuleuse. Quel que soit le procédé employé, je ne pouvais penser obtenir la guérison sans qu'il se produisît une longue suppuration qui aurait épuisé la malade. En outre, il aurait été difficile d'agir sur le point de départ de la maladie, sur la lésion osseuse. Ce furent ces différentes raisons et la situation sous-cutanée de la poche qui me firent penser que l'on pourrait tenter avec succès l'extirpation de ce kyste.

Le 6 novembre, la malade était soumise au chloroforme. Je fis à la partie supérieure une incision de 5 centimètres qui mit à nu une poche blanche et nacrée; je pus décoller la peau sur une assez grande étendue ; et, l'incision étant prolongée de 15 centimètres, la peau fut décollée sur toute la partie antérieure de la tumeur et sur les parties latérales. Je détachai la poche de la glande mammaire, puis, la faisant relever, je la détachai du grand pectoral; dans ce dernier temps, quelques artérioles furent liées, mais la malade perdit peu de sang. Au niveau du troisième espace intercostal, les faisceaux du grand pectoral étaient séparés et le kyste adhérait avec l'aponévrose intercostale : ces adhérences furent détruites. A 2 centimètres de l'extrémité interne de la clavicule, la dissection ne fut plus possible ; on était arrivé à la limite de la poche. J'ouvris le sac; il s'écoula près de 2 litres de pus semblable à celui des abcès froids, et dans lequel on retrouva deux parcelles d'os. J'excisai avec des ciseaux toute la poche; j'introduisis mon doigt dans le trajet formé par le grand pectoral, et je pus constater que le bord du sternum entre la première et la seconde côte était dénudé; j'y éteignis deux cautères actuels. Cette vaste cavité fut bourrée de coton, et j'établis le pansement compressif ouaté de M. Guérin. La plaie diminua peu à peu d'étendue. Le 19 décembre, la malade est guérie.

M. *Giraldès*. Je ne saisis pas pourquoi M. Horteloup dit que l'abcès venait du sternum et était passé entre le grand pectoral et la peau; lorsque des abcès par congestion venus du sternum prennent de l'accroissement, c'est dans la gaîne du grand pectoral qu'ils se développent, et, avant d'arriver sous la peau, ils rencontrent l'aponévrose qui les arrête.

M. *Horteloup*. Le mal durait depuis sept ans, il avait débuté sur le sternum; en disséquant la tumeur, j'ai trouvé les fibres du grand pectoral traversées par le kyste purulent.

M. *Chassaignac*. M. Horteloup avait bien des chances contre lui, car il a fait une plaie énorme. Je pense que le drainage eût pu être utile dans un cas semblable.

M. *Larrey*. Les abcès par congestion dus à une altération des côtes sont moins graves que les autres abcès par congestion. Dans un cas analogue à celui qui nous est présenté, j'ai fait une incision et j'ai comprimé. Le malade a guéri.

M. *Demarquay*. Il ne faudrait pas laisser passer sans réserve le principe de l'ablation des abcès froids. J'ai vu un certain nombre de ces abcès froids de la poitrine qui ont été heureusement traités par l'incision ou le drainage. Lisfranc s'est élevé contre l'excision appliquée aux abcès froids.

— M. *A. Guérin* présente un maxillaire inférieur, nécrosé en entier, qu'il a extrait, et montre le malade. Cet individu, âgé de dix-neuf ans, trempeur dans une fabrique d'allumettes chimiques, était entré à Saint-Louis le 20 avril 1867. Ce jeune homme avait un gonflement pâteux dans toute la région qui correspond au maxillaire inférieur ; toutes les dents de cette mâchoire étaient ébranlées, et les signes de la nécrose phosphorée étaient évidents. Le séquestre n'étant point mobile, M. Guérin attendit. Les dents furent enlevées pour permettre au malade de manger. Des abcès furent ouverts. Le 5 novembre, l'os commençait à se dénuder: le 22 décembre, M. Guérin fit l'opération. Il décolla le périoste, puis il scia l'os et en enleva les deux parties en les tordant sur elles-mêmes. La pièce montre que la totalité du maxillaire a été enlevée et que l'os ancien est comme enveloppé par l'os nouveau qui a été extrait en même temps que le séquestre. Le malade a, malgré cela, un maxillaire inférieur incomplet, mais capable de rendre des services.

M. *Trélat*. Dans les nécroses phosphorées de la mâchoire inférieure, les ostéophytes périostales sont caduques; sur la pièce que nous présente M. Guérin, je vois des ostéophytes très-volumineuses, et je n'hésite pas à attribuer leur volume à la longueur de la suppuration. Je trouve encore un résultat de la longueur de la suppuration dans l'état des parties que j'observe sur le malade : il n'a point d'os dans la partie antérieure de la mâchoire inférieure. C'est que pendant l'élimination des ostéophytes le périoste s'est rétracté en arrière où il a pu seulement contribuer à produire un os nouveau. Pour moi, il paraît évident que plus l'os séquestré et les ostéophytes s'éliminent vite, plus la réparation est bonne.

— ÉLECTIONS du bureau pour l'année 1872 : Président, M. *Dolbeau;* vice-président, M. *Trélat*; secrétaire-général, M. *Guyon*.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1871. — PRÉSIDENCE DE M. BLOT.

CYSTICERQUE LADRIQUE INTRA-OCULAIRE : EXTRACTION. — PASSAGE D'UN PROJECTILE A TRAVERS L'ARTÈRE HUMÉRALE ; ANÉVRYSME DIFFUS ; LIGATURE DES DEUX BOUTS DE L'ARTÈRE DANS LA PLAIE : GUÉRISON. — ÉLECTIONS.

M. *Giraud-Teulon* communique, de la part de M. Sichel fils, une observation de cysticerque du corps vitré (voyez *Gaz. hebd.*, 1872, p. 21).

— M. *Le Fort*. Le 27 mai 1871, je fus appelé par M. Taurin auprès d'un de ses malades qui venait de recevoir un coup de pistolet au pli du coude du côté droit, en avant de la trochlée et à sa hauteur. Il n'y eut qu'une très-légère hémorrhagie. La région du coude était un peu tuméfiée, et l'on y percevait un léger bruit du souffle. Les pulsations de l'artère radiale au poignet avaient disparu; la balle avait évidemment intéressé l'artère humérale. Mais comme les symptômes étaient peu marqués, on pouvait espérer ne voir s'établir qu'un anévrysme circonscrit, lequel aurait pu être guéri plus tard par la compression digitale intermittente ou par la flexion, ce qui offrirait pour le malade moins de danger qu'une ligature dans la plaie. Bandage roulé compressif et bras dans la flexion. Mais au bout de quelques jours, la tumeur commença à croître et le bras devint le siége d'une inflammation diffuse. Le bruit de souffle était assez fort, et les battements expansifs très-intenses. On devait craindre l'aggravation des symptômes inflammatoires et surtout l'ouverture de la plaie et l'hémorrhagie.

Le 6 juin, je liai d'abord le bout supérieur. L'artère était ouverte mais non sectionnée complétement. Il me fut dès lors facile de porter une seconde ligature sur un tractus qui me paraissait être le bout inférieur; mais, malgré la seconde ligature, une légère hémorrhagie continuait. C'est alors qu'en soulevant les deux fils je vis que la blessure de l'artère consistait en un trou fait comme à l'emporte-pièce, et que limitaient deux brides longitudinales formées par les débris du cylindre vasculaire. Ma seconde ligature n'ayant porté que sur une de ces brides ne pouvait arrêter l'écoulement du sang provenant du bout inférieur, un troisième fil fut porté plus bas, et je sectionnai l'artère en travers entre les deux ligatures. Tout écoulement de sang avait cessé. Le 28 juin la plaie était cicatrisée; les battements de la radiale avaient reparu sept jours après l'opération. Le 28 juillet, la balle, qui s'était montrée sous la peau, en arrière de l'épicondyle, fut extraite facilement. C'est une balle cylindro-conique du volume d'un très-gros plomb de chasse. La pointe seule est restée intacte, la partie cylindrique s'étant aplatie, probablement en frottant sur la face antérieure de l'humérus.

M. *Guyon*. La méthode suivie par M. Le Fort donne une sécurité absolue. Je veux citer un fait qui le prouve. Un soldat, blessé à Buzenval, avait reçu une balle qui avait traversé l'avant-bras et avait intéressé le pli du coude et le bras. L'artère humérale était atteinte; il n'y avait plus de pouls radial. Je crus devoir attendre néanmoins. Pendant ce temps, le pouls radial reparut. Le neuvième jour après la blessure une hémorrhagie survint; le bras gonfla énormément. Je me décidai à aller à la recherche des deux bouts de l'artère. Une petite poche anévrysmale existait entre les deux bouts de l'artère divisée; je posai les ligatures. Le malade guérit sans accident.

M. *Demarquay*. J'ai observé, à la suite d'un accident de chasse, une plaie de l'artère tibiale antérieure. Un grain de plomb avait pénétré à la partie inférieure de la jambe. Il y eut du gonflement et des battements. Je découvris l'artère blessée; elle avait été taillée comme à l'emporte-pièce par le grain de plomb. J'ai lié au-dessus et au-dessous; le malade a guéri.

M. *Giraldès*. Les faits de plaie latérale des artères ont été signalés depuis longtemps par M. Langier. Un homme avait reçu un coup de couteau qui avait intéressé l'artère axillaire. La plaie artérielle, découverte seulement à l'autopsie, ressemblait à une petite boutonnière oblique. En effet, des hémorrhagies répétées avaient amené la mort sans qu'il y eût d'anévrysme.

ÉLECTIONS. — M. *Després* est nommé secrétaire annuel; M. *Tillaux*, vice-secrétaire annuel; M. *Guéniot*, trésorier; M. *Giraud-Teulon*, archiviste.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire. — Sont élus : MM. *Le Fort*, *Horteloup*, *Forget*.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre correspondant national. — Sont élus : MM. *Dolbeau*, *Després*, *Guyon* et *Duplay*.

Commission pour l'examen des comptes de la Société. — Sont désignés : MM. *Dolbeau*, *Sée*, *Labbé*, *Horteloup* et *Blot*.

REVUE DES JOURNAUX.

Influence des produits de sécrétion injectés sous la peau. — Poison septique dans la salive. — Localisation des inflammations, par le docteur S. SAMUEL.

M. Samuel poursuit depuis quelques années des recherches sur la septicémie, dans la voie tracée par Billroth et O. Weber, et c'est avec un grand intérêt que nous suivons les développements ou les compléments que ses travaux fournissent à l'étude de la septicémie. Les derniers résultats obtenus par M. Samuel montrent la propriété phlogogène des divers produits de sécrétion. Ils sont d'ailleurs résumés par l'auteur sous une forme assez concise pour nous permettre de les reproduire presque complétement.

Le lait injecté sous la peau de l'oreille d'un lapin, à la quantité de 3 à 5 grammes, produit dans les jours suivants de la tuméfaction et une inflammation violente, et bientôt donne naissance à plusieurs petits abcès. Le pus crémeux ainsi obtenu présente des particularités remarquables : il n'a pas la moindre tendance à se porter au dehors, il tend au contraire à la résorption, mais celle-ci est lente et peut durer plusieurs mois. Enfin, injecté sous la peau, il ne produit que des troubles locaux insignifiants disparaissant promptement. La crème du lait, en quantité de 1 à 3 grammes, agit de la même manière, mais avec plus d'intensité. Cette forme de suppuration est la plus bénigne que l'auteur ait observée dans ses recherches.

La bile du lapin ou de la poule, injectée sous la peau, se coagule et plus tard produit une induration verdâtre et plus tard brune des tissus. Avec une ou deux gouttes, il se produit une résorption partielle et des noyaux inflammatoires colorés en jaune. La bile fluide et jaune des poissons produit une inflammation étendue très-intense avec tuméfaction et induration persistante.

L'urine présente des effets très-variables. L'urine normale fraîche de l'homme agit comme les solutions salées peu concentrées. Elle amène des noyaux inflammatoires disséminés, avec faible tuméfaction, injection vive, sans trace de suppuration liée à la résorption. L'urine alcaline du lapin agit plus vigoureusement. Les altérations ne durent pas au delà de dix jours. Elles sont constituées d'abord par des noyaux d'induration qui peu à peu suppurent, s'accompagnent d'une forte tuméfaction colorée en violet, sans odeur urineuse. Ces phénomènes se rapprochent beaucoup de ceux que produit l'ammoniaque.

La salive mixte, en quantité de 1 à 2 grammes, produit au point de l'injection une plaque purulente verdâtre, entourée d'une zone inflammatoire. La plaque purulente n'est pas odorante; l'inflammation disparaît promptement. En quelques jours, après l'évacuation du pus, les altérations des tissus disparaissent très-rapidement. L'oxyde de rhodium en solution, à parties égales, donne un caillot rouge avec coloration verte de la paroi.

L'étude de la réaction produite par la salive dans les injections sous-cutanées a démontré à M. Samuel l'existence du poison putride dans certaines maladies où, jusqu'à présent, on n'en connaissait pas l'existence. La sécrétion purulente des cavernes des phthisiques, le pus de l'empyème produisent des processus locaux de putridité à un tel degré que les animaux meurent avec les symptômes de la septicémie. Dans la pneumonie caséeuse chronique, le catarrhe bronchique invétéré et l'emphysème, comme dans la tuberculose chronique, les crachats épais, floconneux et verdâtres donnent des réactions variables. Souvent, dans ces cas, la réaction putride est produite, et lors même que celle-ci est faible, on trouve une collection purulente épaisse. Les parties liquides de ces crachats amènent une inflammation d'autant plus faible que le liquide est plus fluide.

Les crachats orangés de la pneumonie peuvent également, lorsque l'affection dure depuis plusieurs jours, causer le processus putride. Ces altérations ne sont nullement analogues à celles que donnent l'ammoniaque, mais bien à celles que produisent les substances putrides.

La dernière publication de l'auteur traite de détails opératoires qui permettent de localiser l'inflammation consécutive à l'inoculation, d'en régulariser les effets; ils devront être consultés par ceux qui voudraient répéter ces expériences. On

voit que M. Samuel a, pour ainsi dire, établi une méthode expérimentale qu'il perfectionne de jour en jour. (*Centralblatt*, n°s 28 et 44, 1870.)

BIBLIOGRAPHIE.

De la thérapeutique de l'œil au moyen de la lumière colorée, par le docteur Louis BOEHM; traduit de l'allemand par N. Th. KLEIN. In-8°, 214 pages, 2 planches coloriées. — Paris, 1871.

Il y a longtemps que l'on se sert des conserves colorées comme moyen palliatif dans le traitement des affections de l'œil. La pratique a démontré les avantages de l'emploi des verres colorés, mais il faut avouer que la plupart des traités d'oculistique offrent une pauvreté remarquable en indications précises sur les règles qui doivent guider le médecin dans le choix de la couleur, de la teinte et de la composition des verres colorés. On sait fort bien que l'on ne peut employer les verres jaunes, rouges ou violets, et la couleur verte ne compte plus que de rares partisans, tandis que les verres bleus, ou bien les verres de teinte grise ou neutre, les verres enfumés, sont seuls utilisés. Mais l'embarras devient très-grand quand il faut décider de la teinte et de son intensité, de sorte qu'on procède par tâtonnements, et par conséquent on ne peut guère profiter d'observations qui ne sont pas méthodiquement analysées.

Le professeur Boehm s'est efforcé d'établir sur des données réellement scientifiques la photothérapeutique ou le traitement de l'œil au moyen de la lumière colorée, et presque exclusivement au moyen des conserves bleues.

La tâche entreprise par Boehm semble restreinte, et cependant on pourra juger par une courte analyse, que d'une part elle intéresse hautement la pratique, et, d'autre part, qu'elle est unie à des questions d'optique encore assez peu connues.

La lumière bleue, dit l'auteur, est un puissant moyen de guérison et de soulagement, elle n'est pas connue; on la croit généralement un simple préservatif, un moyen commode d'affaiblir l'intensité de la lumière, tandis qu'elle est un agent thérapeutique effectif dont les propriétés peuvent être constatées, étudiées et définies.

Les premiers chapitres du livre sont consacrés à l'étude de ces propriétés actives de la lumière bleue; elles sont au nombre de quatre, et, comme elles forment la base de la photothérapeutique, il est utile de les exposer avec quelques détails.

1° La lumière bleue est plus réfrangible pour l'œil que la lumière blanche et que la lumière rouge.

Ce fait, qui est bien démontré par les expériences de Doves, fournit des conséquences remarquables; la distance visuelle étant plus grande pour la lumière blanche que pour la lumière bleue, et plus considérable encore pour la lumière rouge, il en résulte qu'un verre plan d'une nuance bleue déterminée peut remplacer un verre convexe d'une certaine force; le verre convexe amène à l'œil une lumière déjà réfractée; le verre bleu une lumière plus réfrangible.

2° La lumière bleue est plus douce que la lumière blanche et que toute autre lumière colorée. Les faits physiologiques les plus variés prouvent que l'œil est moins excité par les rayons bleus que par les autres couleurs, et principalement le jaune et le rouge. Dans divers travaux, dans l'exécution industrielle des broderies, il est d'observation vulgaire que le travail peut se prolonger bien plus longtemps sur les étoffes bleues que sur les étoffes jaunes, et même les étoffes vertes, qui sont les plus pernicieuses pour la vue; la physique consacre l'infériorité ou l'intensité relativement moindre de la couleur bleue.

3° La lumière bleue est plus perceptible que la lumière blanche et que les autres lumières colorées. Cette propriété a pour origine le nombre des vibrations, plus considérable pour le bleu que pour toutes les autres couleurs, excepté pour le violet. Dans l'optique, le bleu est au rouge ce que dans l'acoustique le son haut est au son grave. « L'impression sur la rétine et les vibrations de cette membrane sont plus fréquentes sous l'influence du bleu que du rouge, de même que les vibrations du tympan produites par le son haut sont plus nombreuses que celles produites par le son grave. » Des faits physiques très-nombreux prouvent cette supériorité de la lumière bleue sous le rapport de la perceptibilité, ou sont expliqués par elle. Ainsi, lorsque le jour commence à tomber, le bleu ressort plus vigoureux, tandis que le rouge s'éteint. Le bleu du ciel reste visible à la faible lueur des étoiles; une chambre garnie de vitres bleues reste à la nuit tombante plus longtemps éclairée que les autres pièces. Doves, de plus, a, dans ses expériences stéréoscopiques, reproduit toutes ces conditions variées de l'influence de la lumière bleue.

4° Enfin, la lumière bleue l'emporte sur la lumière blanche et les autres lumières colorées en soutenant mieux et en rendant plus durable la force visuelle. Cette dernière proposition est en quelque sorte la conclusion du travail, et pour l'appuyer, l'auteur a réuni un grand nombre d'observations.

Il a pu ainsi étudier fort complétement des symptômes qui n'ont pas jusqu'à présent attiré suffisamment l'attention des ophthalmologistes, ou plutôt qui n'ont pas été étudiés d'une manière générale dans leur valeur séméiologique comme dans les indications thérapeutiques qu'ils fournissent.

Suivant cette voie, Boehm a donné un grand développement à l'étude des perturbations de la combinaison binoculaire; il montre, par des observations, que les troubles résultant de l'affaiblissement dans la puissance de l'un des yeux peuvent être singulièrement améliorés par l'usage de verres bleus à teinte différente pour les deux yeux. La thérapeutique confirme entièrement cette propriété établie par la physique, que la lumière bleue augmente la clarté et la perceptibilité des objets. Cette partie du livre pourra paraître fort ardue; les résultats de l'expérience de l'auteur n'y sont pas toujours formulés avec une grande netteté, mais il y a là des renseignements qui porteront leur fruit et qui tôt ou tard pourront se simplifier dans leur expression.

Les effets généraux de la photothérapeutique, qu'on pourrait théoriquement déduire des quatre propriétés principales, seraient, suivant Boehm, démontrés avec évidence par l'observation clinique : la lumière bleue amortit l'éblouissement, elle relève la faculté de distinguer les objets, rétablit la vue à distance, rétablit la vue de près, calme la douleur, et rend à la vue la persistance. A considérer ces conclusions, la lumière bleue serait l'agent le plus précieux de la thérapeutique ophthalmologique, et l'auteur s'est évidemment passionné pour les rayons bleus; mais, si l'on suit les observations et les remarques qui les accompagnent, on reste convaincu des effets palliatifs très-importants produits par les verres bleus, et de plus on est amené à envisager d'une manière beaucoup plus générale des symptômes fort importants qui accompagnent un grand nombre d'affections de l'appareil visuel. On voit qu'il y aurait lieu de faire, au point de vue séméiologique, une étude très-intéressante de l'amblyopie, de l'affaiblissement de la vue dans ses formes si variées, telles que la kopiopie avec ses degrés nombreux, la macropie, c'est-à-dire les troubles de la vue qui s'observent chez les myopes, dans la presbytie prématurée, etc.; Boehm a cherché à faire quelques distinctions dans ces divers phénomènes; mais il ne nous semble pas qu'il ait encore réussi à remplir le but de simplification méthodique qu'il s'est proposé. Dans tous les cas, les tentatives de l'auteur sont très-utiles; elles préparent la voie à des progrès nouveaux. Elles ont en outre une valeur très-grande au point de vue thérapeutique.

Le lecteur doit être prévenu qu'avant de recueillir les fruits de ces études, il lui faudra surmonter certaines diffi-

cultés inhérentes à la disposition quelque peu confuse du sujet, et construire lui-même un classement, une table raisonnée, qui n'existent pas dans le livre. Cependant le traducteur, qui nous a déjà doté du livre d'Helmholtz, a parfaitement interprété l'auteur allemand et nous livre intacte la pensée de Boehm. A. H.

VARIÉTÉS.

Association des médecins de la Seine.

Nous recevons la lettre suivante, qui a été, croyons-nous, adressée également à un autre journal, et qu'on nous prie d'insérer :

« Paris, le 12 janvier 1872.

» Monsieur et honoré confrère,

» La lettre publiée dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 9 janvier m'inspire quelques réflexions; permettez-moi de vous les adresser.

» Cette lettre, signée par un comité dont tous les membres n'appartiennent pas à la Société (car M. Roubaud n'est pas sociétaire), au nom d'un nombre considérable, dit-on, de membres de l'Association (dont le chiffre et les noms sont tenus secrets), permet de poser, aussi nettement que possible, la question que l'Assemblée aura à résoudre le 28 janvier. Deux candidats, tous deux honorables, sont présentés. La Commission générale, dont le mode de recrutement n'a jamais été attaqué, même par les plus ardents partisans des idées et des pratiques libérales; la Commission générale, qui s'est dévouée depuis trois ans à la gestion de l'Œuvre, présente M. Gueneau de Mussy. Un comité qui trouve bon de s'adjoindre une personne étrangère à l'Association, formé ou pour mieux dire improvisé au moment même des élections dans le but avoué de bouleverser les usages et les traditions de l'Association, présente M. Brochin. A l'assemblée de choisir entre les deux présentations. Puissent tous les sociétaires comprendre l'importance de la séance du 28 janvier, et y venir tous sans exception! De cette élection dépend, qu'on ne s'y trompe pas, le sort de notre vieille et utile association.

» A ces remarques, je crois devoir ajouter la rectification de quelques erreurs contenues dans la lettre du comité :

» 1° Il est question de je ne sais quelle surprise ou quelle espèce de surprise, et il est dit que le vote n'a pas été annoncé. La vérité est que, sur le rapport de M. Guyon, la Commission générale a décidé en 1868 que dorénavant la délibération relative aux candidatures aura lieu chaque année dans la séance du mois de décembre. Le rapport de M. Guyon et le compte rendu mentionnant ladite décision ont été distribués à tous les sociétaires. M. Roubaud seul, parmi les signataires de la lettre, a le droit d'ignorer le fait.

» 2° Il est dit que la Commission générale était peu nombreuse le jour du vote. La vérité est que trente membres assistaient à la séance et ont voté. C'est plus que le double du nombre exigé par le règlement; et rarement la commission générale est aussi nombreuse à ses réunions.

» 3° Il est dit que le vote n'a pas été discuté. C'est vrai. Mais pourquoi? Parce que personne n'a demandé autre chose que le scrutin. Et il y a eu deux tours de scrutin.

» 4° Il est dit que le bureau a publié le nom de *ses* candidats. Après deux tours de scrutin, M. Gueneau de Mussy est bien devenu, si je ne me trompe, le candidat de la commission générale; MM. Berrut, Gaye et Veyne ne peuvent guère se faire illusion, car ils ont pris part aux deux scrutins.

» 5° Le bureau, d'après le texte de la lettre, aurait violé les statuts en ne publiant pas la délibération même. Je cherche vainement dans les statuts l'article violé; mais pour complaire à mes confrères, sans abuser de votre hospitalité, je rappellerai les résultats du second tour de scrutin. Les voici : M. Gueneau de Mussy, 16 voix; M. Depaul, 10 voix; M. Clerc, 4. Qu'est-ce donc que les *deux* voix de majorité indiquées dans la lettre? En tout cas, ce n'est pas M. Brochin qui a obtenu deux voix de moins que M. Gueneau de Mussy. MM. Berrut, Gaye et Veyne, présents à la séance, n'ont même pas prononcé le nom de leur candidat d'aujourd'hui.

» 6° Les candidatures officielles ont été rappelées dans la lettre. Je renonce à rectifier une pareille allusion, car il faudrait adopter un ton qui ne serait pas en harmonie avec la gravité des circonstances. Seulement, j'estime qu'en lançant un mot aussi mal appliqué, les auteurs de la lettre n'ont pas pris assez au sérieux les membres de l'Association.

» C'est à titre de sociétaire, et non comme secrétaire général, que je vous adresse les lignes qui précèdent; il me serait peut-être permis, usant du droit commun, de risquer une appréciation sur la forme de la lettre du comité et sur les questions accessoires que soulève l'incident; mais un scrupule m'arrête, et je termine en vous priant, monsieur et honoré confrère, d'agréer l'assurance de toute ma considération.

» ORFILA. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE (Société centrale). — L'Assemblée générale des membres de la *Société centrale* aura lieu le dimanche 21 janvier, à une heure, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE L'ÉTAT CIVIL. — La Société des médecins de l'état civil, instituée en vue d'élucider les questions de statistique, de médecine publique, de médecine légale et d'hygiène, afférentes aux naissances et aux décès, a mis à l'ordre du jour de ses travaux l'étude des sujets suivants :

1° La proportion des enfants mort-nés est-elle plus grande dans la première grossesse que dans les grossesses subséquentes?

2° La mortalité, pendant la première année de la vie, est-elle plus grande chez les enfants nés d'une première grossesse que chez les enfants issus des grossesses subséquentes?

3° Déterminer les causes de mort dans l'un et l'autre cas.

4° A quelle époque de la grossesse les fausses couches sont-elles le plus fréquentes?

5° Quelle est la période du jour où surviennent le plus de naissances et celle où se produisent le plus de décès?

— Par arrêté en date du 15 décembre dernier, M. le ministre de l'intérieur a promu à la deuxième classe de son grade M. le docteur Bulard, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, et il a décidé que cet avancement remonterait au 1er octobre 1871.

— M. Coste, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée au Collège de France le mardi 23 janvier, à une heure, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 6 au 12 janvier 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Scarlatine, 1. — Rougeole, 4. — Fièvre typhoïde, 12. — Typhus, 0. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 36. — Pneumonie, 48. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 206. — Affections chroniques, 292 (1). — Affections chirurgicales, 71. — Causes accidentelles, 17. — Total : 723.

(1) Sur ce chiffre de 292 décès, 132 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 25 janvier 1872.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — MAL PERFORANT ET LÈPRE ANTONINE.

Association des médecins de la Seine.

C'est après-demain que doit être tenue, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, l'assemblée annuelle de l'*Association des médecins du département de la Seine,* dont l'ordre du jour porte l'élection de deux vice-présidents. On connaît les propositions de la commission générale, ainsi que la contre-proposition d'un groupe de sociétaires à l'égard d'un des siéges vacants, contre-proposition motivée par une déclaration que nous avons reproduite. Nous faisons appel au zèle et à l'exactitude des membres de l'Association, et nous les engageons à disposer tous des loisirs du dimanche au profit de cette séance importante. Il est essentiel que l'esprit qui anime la majorité des sociétaires s'exprime, quel qu'il soit, par un vote. Il est bon peut-être aussi que des explications soient données sur les griefs allégués par le groupe dissident.

L'honorable M. de Ranse prend les devants dans la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (n° 3). Il s'applique également à justifier la convenance et à atténuer la portée du mouvement qu'il a provoqué. Il s'agissait, dit-il, d'affirmer le droit individuel des sociétaires de discuter les présentations du bureau et d'en faire d'autres. Il s'agissait de protester contre l'exclusion systématique des sociétaires auxquels « une position officielle et une notoriété *extra-médicale* » n'ont pas donné « une influence personnelle en dehors de l'Association ». Malheureusement, ce n'est pas sur ces questions de principe que repose le dissentiment qui vient d'éclater au sein de l'Association. Le droit privé de chaque sociétaire n'a jamais été contesté ; l'accessibilité de tous aux fonctions honorifiques pas davantage. Il n'y a donc en jeu qu'une question de fait. Or, quelle est la « position officielle » de M. Gueneau de Mussy, dont le comité ne veut pas? En quoi consiste sa notoriété « extra-médicale » ? Quelle est cette « influence » secrète dont il jouit « en dehors de l'Association » ? On ne sait vraiment où trouver une ombre de prétexte à ces assertions. Sous ces différents rapports, nous l'avons déjà dit, il marche de pair avec M. Brochin, ou même derrière lui. Et si, comme le reconnaît loyalement la GAZETTE MÉDICALE, M. Gueneau de Mussy est, autant que son compétiteur, « honorable et estimé, aimé du monde médical tout entier », il devient tout à fait impossible de se rendre compte de l'opposition qu'on lui suscite.

Allègue-t-on maintenant, en termes généraux, les errements du passé? Veut-on dire que les usages suivis jusqu'à présent sont susceptibles d'engendrer des abus, en ont même engendré de positifs? Soit. Mais alors pourquoi s'en prendre à M. Gueneau de Mussy? Pourquoi faire les honneurs de cette protestation à l'année 1872, qui s'est abstenue précisément de la faute dont on se plaint? Contre un règlement mauvais, un usage abusif, il y a un recours tout ouvert devant l'assemblée générale. Il est de règle, quand on souhaite une chose, qu'on la demande, au lieu de commencer par la prendre. Si le groupe dissident eût agi de cette manière, s'il eût résolu de venir dimanche prochain demander, par exemple, la non-rééligibilité des membres du bureau, il eût trouvé de l'écho dans l'assemblée, et vraisemblablement obtenu gain de cause. Par sa déclaration et sa contre-proposition, il a tout compromis. Il est vrai qu'on commence à ne plus voir trop clair dans les visées du comité depuis les explications que la GAZETTE MÉDICALE paraît donner en son nom. « Il n'y a rien à changer, dit M. de Ranse, aux *statuts*, aux *règlements*, mais seulement à un ancien usage... Il est simplement question de contrebalancer l'initiative *du bureau.* » Comment! c'est pour faire échec à l'article 8 que M. de Ranse, dans un précédent article, organisait une opposition, et voilà qu'il n'y a plus une lettre à changer à cet article! Serions-nous donc plus libé-

FEUILLETON.

Avenir des Facultés de médecine. — De l'enseignement des maladies des yeux.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Il est à présumer qu'on va enfin s'occuper sérieusement du transfert de la Faculté de médecine de Strasbourg, dont, défalcation faite des décédés et de quelques démissionnaires, il reste encore vingt-quatre professeurs titulaires et agrégés à la disposition du ministre de l'instruction publique. Je ne doute pas que la France ne nous tienne compte des temps d'épreuve que nous avons traversés, des sacrifices de toute nature que nous impose l'abandon de nos foyers, et que l'Assemblée nationale ne repousse comme elles le méritent les insinuations de ce rapport, inspiré par une Faculté rivale qui n'a pas craint de demander purement et simplement notre suppression. Il était réservé aux adeptes attardés du vitalisme de faire entendre, au milieu des désastres de la patrie, la voix du plus pur égoïsme.

Où, quand et dans quelles conditions serons-nous replacés? Voilà ce que nous ignorons. On parle de créer deux nouvelles Facultés et d'y répartir le personnel enseignant de Strasbourg. Une Faculté de médecine a ses traditions et, quand ces traditions sont bonnes, ce n'est pas sans inconvénient pour la science qu'on les brise en dispersant les membres qui en sont dépositaires. D'ailleurs, un transfert en bloc serait une mesure plus honorable pour le corps auquel il s'appliquerait et plus digne de la ville qui offrirait une généreuse hospitalité aux victimes de l'annexion violente et brutale.

Mais quelle que soit à cet égard la décision de l'assemblée souveraine, il est une considération qui doit primer toutes les autres, celle de l'avancement de la science et de la grandeur de la patrie. La revanche, dont une annexion coupable et

raux que le comité, nous qui voudrions supprimer la clause relative à la rééligibilité des membres du bureau? Ou si le comité juge, comme nous, cette clause mauvaise, quelle étrange idée de vouloir la perpétuer à la seule fin de se donner le plaisir de la contre-carrer tous les ans! Quoi encore! On se propose de paralyser l'initiative du bureau! Mais en ceci le bureau n'exerce réellement aucune initiative. On dit, il est vrai, qu'il souffle à la commission générale le nom des candidats. C'est peu flatteur pour la commission; mais cela fût-il exact, en quoi l'élection en serait-elle viciée? Le nom d'un candidat ne résonne pas tout seul, comme une harpe éolienne; il faut toujours que quelqu'un le prononce d'abord, le souffle, si l'on veut, comme M. de Ranse a soufflé au comité le nom de M. Brochin. C'est le vote seul qui compte.

On le voit, c'est le manifeste, et non les principes rappelés par la GAZETTE MÉDICALE, qui forme le fond du dissentiment. Premièrement, le manifeste a-t-il, par le nombre de ses adhérents, avait-il au moment de sa publication l'autorité qu'on lui a attribué? Nous avions demandé à quel chiffre exact correspondait ce « nombre considérable » de membres présents à la réunion de la place Saint-Michel. En ne répondant pas sur ce point, on nous réduit à répéter, sans rien garantir, que les calculs les plus larges portent ce chiffre à *huit*. Secondement, la commission était-elle «peu nombreuse»? M. Orfila a établi qu'elle était en nombre supérieur de moitié à celui qu'exigent les règlements. Troisièmement, le vote de la commission générale avait-il été «surpris», et de quelle manière? La GAZETTE MÉDICALE ne donne sur ce point aucune explication. Les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE savent que la surprise n'a été que pour les commissaires de courte mémoire. Enfin, est-il bien vrai que la contre-proposition du comité ne cache « aucune révolution, aucune insurrection, pas même *une réforme* ». Ce n'est pas l'avis d'un des signataires, qui déclare, lui, qu'il s'agit d'une «révolte démocratique». Et M. de Ranse écrit lui-même que l'Association compte deux partis, le parti des *conservateurs* et celui des *progressistes*. Singuliers progressistes, il faut en convenir, qui ne réclament ni modification de statuts, ni changement de règlement, ni même de réforme! Il serait bon alors de définir un peu leur programme, afin qu'on sût au moins à qui on a l'honneur de parler. Et puis voici une chose plus étrange encore : un *parti* choisit d'ordinaire pour le représenter l'homme qui s'approprie le mieux ses idées et en qui il est, pour ainsi dire, incarné; on eût compris dès lors qu'à M. Gueneau de Mussy le comité eût opposé M. Veyne ou M. Berrut; mais M. Brochin! un confrère d'humeur foncièrement conservatrice, n'ayant jamais fait paraître, notamment, le moindre désir d'un changement quelconque dans les usages de la Société, et qui même, ayant à écrire assez récemment l'histoire de l'Association, n'a trouvé pour elle au bout de sa plume que des éloges sans réserve et des expressions d'attachement filial! Est-il possible après cela de ne pas supposer, de la part au moins de quelques membres du Comité, l'intention de cacher leur marchandise sous le pavillon?

P. S. Cet article était aux mains des compositeurs quand la GAZETTE DES HÔPITAUX de mardi dernier nous a apporté deux lettres à elle adressées par M. de Ranse et par M. Brochin (voy. aux *Variétés*).

Ces lettres, empreintes l'une et l'autre d'un sentiment de modération et d'équité que nous aimons à reconnaître, n'en mettent pas moins en évidence la position ambiguë dans laquelle s'est placé le comité et a engagé son candidat. Toute personne d'esprit libre qui voudra y réfléchir sera frappée de la justesse de cette remarque. En effet, quelle est la conclusion de la lettre de M. de Ranse? « Il s'agit de savoir si l'on doit conserver ou infirmer l'usage traditionnel...; si les fonctions de président et de vice-président continueront à rester l'apanage exclusif d'un petit nombre de sociétaires, ou si elles deviendront accessibles à tous ceux qui offriront des garanties suffisantes, non pas d'honorabilité, car c'est la condition essentielle d'entrée dans notre Association, mais de capacité et de dévouement ». De son côté, M. Brochin, après avoir, comme l'avait déjà fait M. de Ranse, rendu justice aux mérites de M. Gueneau de Mussy, déclare prêter appui, en sa personne, « au principe de la *non-rééligibilité*, du renouvellement fréquent et des candidatures multiples, laissant aux membres de l'Association toute liberté de choix entre les membres proposés. » A la différence près des termes, c'est le programme même de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Nous condamnons la rééligibilité indéfinie; nous sommes pour l'accessibilité de tous les sociétaires aux fonctions honorifiques; nous reconnaissons aussi le droit de tous d'opposer des candidats aux candidats de la commission générale. Pourquoi donc cette guerre si vive que nous faisons à la proposition du comité? Qui ne le comprend? C'est que cette proposition manque de prétexte; c'est qu'elle se présente comme une protestation contre un abus imaginaire; c'est qu'elle affiche dans son contexte un

---

impolitique a fatalement déposé le germe dans nos cœurs, ce n'est pas uniquement ni d'abord sur les champs de bataille que nous devons chercher à la prendre, c'est aussi sur le terrain moins sanglant et plus noble de la science.

Bien avant le début de cette funeste guerre qui a mis la France à deux doigts de sa perte, des voix autorisées ont appelé l'attention du gouvernement sur l'infériorité évidente de nos moyens d'instruction et de travail. Si l'on se borne à créer de nouvelles Facultés de médecine en les coulant dans le moule des anciennes, si l'on n'accroît pas dans une proportion considérable leurs ressources matérielles; si on ne leur laisse pas une certaine autonomie qui permette à l'initiative individuelle de se développer librement; si l'on ne supprime pas les règlements administratifs qui, au lieu de favoriser les travaux personnels et les innovations heureuses, resserrent entre des bornes étroites les matières de l'enseignement officiel et opposent à toute tentative d'amélioration une barrière infranchissable, on n'aura rien fondé de sérieux; un plus grand nombre de professeurs émargeant au budget, tel sera à peu près le seul résultat obtenu; mais la science aura peu gagné à ces créations, et la France ne sera pas plus que par le passé en état de lutter avec les Universités allemandes.

Ce que nous demandons avant tout, c'est une part plus large faite à l'enseignement pratique, et, comme conséquences, des laboratoires de physiologie bien outillés, richement dotés, où la physique et la chimie puissent venir prêter le précieux concours de leurs puissants moyens d'investigation aux recherches biologiques; c'est, en outre, les portes de l'enseignement officiel ouvertes aux spécialités. Si la France est pauvre en physiologistes — j'entends parler de la quantité et non de la qualité — c'est que jusqu'ici nous avons manqué de laboratoires de physiologie. Si les spécialistes étrangers (ophthalmologistes, otiâtres, etc.), viennent en foule à Paris, c'est qu'ils y trouvent une riche mine à exploiter, parce que l'enseignement de ces spécialités n'a pas accès dans le giron officiel de la Faculté et que, par suite, les fortes études dans cette

air de provocation aggravé encore par de fâcheux commentaires; c'est enfin que, des différents moyens de faire prévaloir un principe bon en soi, le comité choisit celui qui est le plus capable de faire pénétrer la discorde dans une Société jusque-là paisible et unie. Tout cela devient plus clair encore après les lettres de nos deux honorés confrères. Le prétexte fait défaut, puisque M. Gueneau de Mussy, loin d'être *apanagé* d'une candidature à la vice-présidence, est présenté pour la première fois. Aucun abus, aucune « surprise » n'a existé, puisque M. de Ranse reconnaît aujourd'hui avec nous que « la délibération relative aux candidatures *doit avoir lieu chaque année dans la séance du mois de décembre* ». Le ton de la déclaration était si positivement agressiste qu'il n'en coûte pas à la loyauté de M. de Ranse de confesser que, dans cette teneur, elle a pu « trahir la pensée de ceux qui l'ont écrite et faire croire à des intentions qui n'existaient pas dans leur esprit. » Quant aux commentaires dont nous avons relevé quelques-uns, M. Brochin ne peut supporter d'en avoir été l'occasion et proteste contre eux « publiquement et énergiquement ». Enfin, à défaut de prétextes, à défaut d'abus, sans provocation ni commentaires, un peu plus de circonspection eût pu inspirer au comité, comme nous le disons dans l'article ci-dessus, la pensée d'introduire tout d'abord devant l'Assemblée une demande à fin de révision de tel ou tel article des statuts, ou à fin de telle ou telle autre réforme. Si l'assemblée lui donnait satisfaction, toute semence de discorde disparaissait avant de germer; sinon, il était libre, l'année suivante, de se constituer en comité électoral, simplement, tranquillement, au nom seul de ses principes; en un mot, sans tambour ni trompette comme cette fois-ci.

A. D.

Mal perforant et lèpre antonine.

La Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie contient, dans son numéro du 25 décembre, à l'*Indice bibliographique*, l'énoncé succinct d'un mémoire de M. Estlander (*Deutsche Klinik*, n° 17, 1871) sur la parenté du mal perforant et de la lèpre anesthésique.

Dès 1864, j'ai publié, soit dans le Recueil des mémoires de médecine et de pharmacie militaires, soit dans la Gazette médicale de Mejico, un travail sur la lèpre anesthésique. Des planches y représentent les différentes phases de la maladie, et, parmi elles, les ulcères perforants. A cette époque, je signalai l'analogie existant entre les ulcérations de la lèpre et celles nommées en France mal perforant du pied, par notre distingué confrère M. le docteur Leplat, agrégé du Val-de-Grâce.

Un cas de mal perforant s'étant présenté dernièrement à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier, je dois à l'obligeance habituelle de MM. les professeurs Courty et Moutet la possibilité d'avoir recueilli les renseignements sur la maladie, et la pièce d'anatomie pathologique propre à des recherches.

Observation. — Chal, portefaix, âgé de soixante ans, entre à l'hôpital (salle Saint-Éloi, n° 59), pour un ulcère datant d'un an, situé au côté interne du gros orteil droit.

Cet homme est bien conservé, quoique buveur; il fait son métier de portefaix et ne souffre pas beaucoup de son mal. L'ulcère a la largeur d'une pièce de 50 centimes; il est entouré d'un bourrelet calleux, épidermique, très-épais; ne présente pas de bourgeons charnus, et le stylet introduit dans cette espèce de puits arrive sur l'os à nu, noir, peu sonore, mais ne se laissant pas pénétrer. Aucun décollement n'existe sur les bords de la plaie.

Le gros orteil a augmenté de volume; toute la jambe est œdémateuse, le malade continuant à marcher; néanmoins, après quelques jours de repos, les malléoles étant désinfiltrées, le pouce conserve son volume anormal, et, fait essentiel, la sensibilité de ces parties est singulièrement altérée. Avec une épingle, on peut impunément piquer au sang jusqu'à la rotule, au dos et à la plante du pied; cet homme sent à peine. Il en est de même à la jambe gauche. Les extrémités supérieures ont perdu aussi une partie de leur sensibilité à la face dorsale. A la face: les lèvres, les paupières, les joues, restent normalement sensibles.

M. le professeur Courty désarticula la première phalange d'avec le premier métatarsien, en taillant un lambeau externe. Pendant l'opération, les deux artères collatérales donnèrent à peine, le lambeau se gangréna, et la tête du métatarsien s'exfolia. Quelques symptômes de fièvre putride se déclarèrent, furent surmontés par le vin et les reconstituants; mais cinq mois après l'opération, cet homme présentait un ulcère rond, large comme une pièce de 1 franc, à bourgeons profonds, venant de l'os, sans adhérences aux parties molles voisines, en sorte que le stylet pouvait circonscrire profondément ce cylindre de tissu bourgeonnant juxtaposé et non continu.

Le 5 janvier, sous l'influence des cautérisations et du repos, la cicatrice se fait sur le bord de la plaie, mais la tête du premier métatarsien reste à nu au fond du puits.

Examen de la pièce. — Une section d'avant en arrière, dans les os et les parties molles, permet de constater les faits suivants:

Tous les tissus placés autour des phalanges, et constitués à l'état normal par un coussinet graisseux inférieur très-abondant, ont disparu pour faire place à une masse fibreuse, épaisse, englobant tous les tendons des muscles: fléchisseurs, extenseurs, etc. Tissu lardacé, peu riche en vaisseaux, dur à la coupe.

---

direction y sont négligées, il en résulte que l'exercice de l'oculistique est abandonnée aux mains de praticiens qui, sauf quelques honorables exceptions, n'y voient qu'un moyen de tirer profit de leurs connaissances spéciales. Et d'ailleurs un établissement d'instruction supérieure, tel qu'une Faculté de médecine, n'est-il pas tenu d'offrir aux élèves un enseignement qui soit, dans toutes ses parties, à la hauteur de la science? Ne doit-il pas être le foyer où s'élaborent et se perfectionnent les découvertes qui sont de nature à faire progresser les diverses branches de la médecine, sans en excepter une seule? Ce but ne peut être atteint que par la division du travail. Vous-même l'avez ainsi compris, monsieur le rédacteur, quand vous avez entrepris la publication de votre Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales; vous vous êtes adjoint des spécialistes qui contribueront certainement pour leur part au succès de votre vaste et belle œuvre.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur les vices de notre enseignement médical et sur les améliorations qu'il conviendrait d'y introduire; mais je n'ai pas l'intention de m'étendre davantage sur ce sujet, je tenais seulement à apporter ma pierre à l'édification des projets de réorganisation et à indiquer les points fondamentaux. En ce qui concerne l'enseignement officiel des spécialités, je demande la permission de m'appuyer sur une autorité compétente en pareille matière, celle de mon beau-père, le professeur Stœber; j'ai trouvé dans les papiers qu'il a laissés le manuscrit d'une leçon prononcée à l'ouverture de la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine de Strasbourg; je vous en adresse une copie; c'est un plaidoyer de nature à éclairer la question et à la montrer sous son vrai jour, l'intérêt de la science et celui des élèves.

Veuillez agréer, messieurs, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

D[r] Monoyer,
Professeur agrégé *in partibus*.

La première phalange a la longueur normale, mais son épaisseur est de 24 millimètres, vers la cupule postérieure, au lieu de 15. Au centre, se trouve une cavité remplie par un tissu dur, grisâtre, résistant, bien différent de la moelle normale, jaune ou rouge.

Entre la première et la deuxième phalange, il n'existe plus de cavité articulaire véritable. Un tissu fibreux, se continuant avec le périoste des deux os, comble l'articulation et remplace les cartilages.

La deuxième phalange, au lieu d'être hypertrophiée, est au contraire diminuée de volume : les deux tubérosités postérieures qui forment la base de la phalangette ont disparu pour être remplacées par du tissu fibreux. La longueur de la partie osseuse est à peine de 12 à 13 millimètres au lieu de 25 à 27. Son sommet est remplacé par un tissu fibreux qui se continue jusqu'à la peau.

Enfin, le tissu interarticulaire nouveau se prolonge à la partie postérieure de la phalangette, dans la cavité du tissu spongieux : le cartilage et la lamelle osseuse postérieure ont disparu.

Examen microscopique. — La partie de la phalange, dénudée et visible au fond de l'ulcère, ne représente pas une nécrose, ni une carie; du moins l'aspect de ce tissu est le même que celui des parties osseuses des deux phalanges.

Les canalicules de Havers sont érodés, élargis irrégulièrement et remplis d'une matière granuleuse, ne contenant pas de médullocelles. Les ostéoplastes, dans cette portion, ne paraissent pas être restés étrangers eux-mêmes au travail d'envahissement de cette matière fibreuse; dans plusieurs points, on voit une accumulation de ces nucléoles allongés agrandir la cavité du corpuscule et l'éroder comme les canalicules. *Aucune gouttelette de graisse, aucun globule purulent* n'est visible.

La cavité centrale signalée dans les deux phalanges contient un véritable tissu fibreux réuni en faisceaux, à noyaux allongés, très-abondants. Très-peu de médullocelles et aucune vésicule graisseuse; très-peu de vaisseaux, pas de fibres élastiques.

Il y a donc une ostéite, démontrée par l'érosion des canalicules de Havers, l'hypertrophie de la phalange, l'augmentation de la cavité médullaire; mais elle revêt un caractère particulier: au lieu de la prolifération abondante des médullocelles, nous ne rencontrons qu'une ébauche de tissu fibreux; au lieu de la moelle rouge ou graisseuse, vasculaire au plus haut point, nous ne voyons que du tissu fibreux, épais, résistant, généralisé.

Ce qui reste de cartilage à la tête de la première phalange subit la granulation velvétique, mais la substance intermédiaire se fendille et prend un aspect fibreux.

Dans la cavité autrefois articulaire existe un tissu tout à fait embryonnaire : cellules avec expansions multiples, se rapprochant beaucoup du tissu muqueux.

Des coupes pratiquées dans les tissus voisins de l'ulcération nous ont révélé une lésion qui servira à faire connaître l'étiologie du *mal perforant :* on trouve d'abord une épaisseur décuplée de produits épithéliaux. Cet épithélium stratifié, gigantesque, dentelé, à noyaux quelquefois colloïdes, forme le remblai caractéristique de l'ulcère et des durillons de la lèpre. On retrouve ici cet épithélium dans toutes les phases de sa vitalité, depuis la couche cornée jusqu'aux formes les plus jeunes limitant les papilles du derme. Ces limites sont précises, nettes, et nulle part on ne voit l'épithélium s'infiltrer dans le derme sous-jacent.

La lésion importante siége dans les vaisseaux des papilles; ceux-ci, très-abondants, sont obturés, sur toute cette région, par une matière amorphe qui les injecte dans tous leurs contours. Cette substance coagulée, tout à fait amorphe, ne se colore pas dans les coupes traitées par le carminate d'ammoniaque, elle reste verdâtre sur les pièces durcies dans l'acide chromique. Générale dans les vaisseaux du derme voisins de l'ulcération, puis à une certaine distance de l'épithélium, elle envahit les vaisseaux du tissu fibreux plus profonds.

Outre cette lésion des vaisseaux localisée, on remarque sur tous les rameaux de la circulation sanguine une épaisseur énorme des parois, relativement au diamètre de l'ouverture. Le côté interne est recouvert de noyaux embryonnaires, laissant, ici un très-petit passage au sang, et là, obturant tout à fait la lumière du canal. Enfin, on peut suivre la transformation complète en un cordon fibreux, dont la périphérie présente toujours la disposition des fibres en cercle, tandis qu'au centre les noyaux fibreux plus ou moins allongés remplissent complétement la lumière.

Cette diminution du calibre avec hypertrophie fibreuse des parois est un fait général dans tous les tissus recouvrant les deux phalanges.

Les nerfs ont, comme les autres parties, subi l'influence de la compression fibreuse. Difficiles à retrouver au milieu de la

---

De l'enseignement des maladies des yeux, et l'exercice de cette spécialité (discours prononcé à l'ouverture de la clinique ophthalmologique de la Faculté de médecine, le 6 avril 1869), par le professeur Stœber, de Strasbourg.

(Œuvre posthume.)

Messieurs, l'enseignement clinique des maladies des yeux ne date que du commencement de ce siècle.

Autrefois, ceux qui s'adonnaient à la pratique des maladies des yeux, et qu'on appelait *oculistes*, transmettaient leurs connaissances au jeune homme qui leur servait d'aide dans leurs opérations.

Ces oculistes étaient peu nombreux, parcouraient le pays, et souvent on les faisait venir de loin. C'est cette dernière circonstance qui donna lieu à la création du premier enseignement officiel de l'ophthalmologie. Une dame de la cour de Marie-Thérèse, étant devenue aveugle et croyant avoir une cataracte, fit venir à Vienne le baron de Wenzel, célèbre oculiste de Paris. L'impératrice fut frappée de ce fait, que, dans ses États il n'y avait pas d'hommes capables de faire des opérations sur les yeux. Elle décida qu'une chaire d'ophthalmologie serait créée à la Faculté de Vienne et réunie à la chaire d'anatomie. Barth fut le premier titulaire. L'enseignement nouvellement institué n'était à la vérité que théorique, mais on donna en même temps aux élèves l'occasion de voir pratiquer les opérations ; tous les ans on répandait dans tout l'empire une circulaire invitant les aveugles à venir, pendant le semestre d'été, se faire opérer au grand hôpital de Vienne.

Bien des années devaient cependant encore s'écouler avant l'établissement d'un véritable enseignement clinique. Enfin, en 1813 s'ouvrit la clinique ophthalmologique de Vienne, sous la direction du célèbre Beer.

A dater de cette époque, l'enseignement de l'ophthalmologie se répandit d'abord en Allemagne, puis en Angleterre, en Belgique et en Italie. Il ne se donnait pas toujours dans des

gangue uniforme, ils paraissent, à première vue, diminués de volume. Sur des coupes transversales, faites au moyen d'une enveloppe de paraffine, nous constatons une hypertrophie du périnèvre primitif qui forme des enveloppes secondaires circulaires sur les fibres nerveuses, divisant ainsi un faisceau étroit en trois ou quatre faisceaux secondaires : trois ou quatre cercles inscrits dans un plus grand. Au centre de ces cercles secondaires, riches et épais en noyaux concentriques, on a de la peine à distinguer une ou deux coupes transverses à point central entouré de myéline; puis un ou deux points sans myéline. En somme, dans tout un faisceau, il existe à peine trois ou quatre fibres parfaitement reconnaissables, mais l'enveloppe est épaisse et très-belle.

Dissociant avec soin des filets longitudinaux, nous avons pu reconnaître deux sortes de fibres : les unes minces, étranglées en fuseau, puis se renflant, au milieu de faisceaux ondulés de tissu connectif, réguliers, bien conformés. Elles mesurent à peine 2/10 de millimètre au grossissement de 250, entre les contours de l'enveloppe. Il y a donc la différence de 1/100 de millimètre, mesure normale, à 1/1000 au moins ; c'est-à-dire que ces fibres nerveuses sont dix fois plus petites.

En certains points, la myéline disparaît complétement et la fibre nerveuse réduite au cylindre est représentée par des amas isolés, irréguliers, granuleux de myéline disposée çà et là, à travers les fibres connectives. Celles-ci, réunies en faisceaux, rappellent la conformation de tubes nerveux atrophiés.

D'autres fibres nerveuses, ayant conservé un diamètre plus large, sont enveloppées par des noyaux très-distincts de tissu embryonnaire, disposés le long de la gaîne de Schwann et répandus aussi le long de la gaîne fibreuse elle-même. Au milieu de cette prolifération nucléaire, la fibre nerveuse est à peine distincte, elle est comprimée, inégale, et n'était la présence du cylindre-axe, qui fait hernie dans quelques ruptures, on pourrait facilement confondre le nerf sous cet aspect avec une fine ramification des vaisseaux sanguins; quelques fibres circulaires étranglant la myéline augmentent encore l'analogie. La méprise est impossible, puisqu'un grand nombre de fibres parallèles présentent cette disposition, et, caractère important, on voit la hernie du cylindre-axe, puis l'étranglement subit de la partie graisseuse en quelques points.

En résumé : au voisinage de l'ulcère, hypertrophie épithéliale, obturation des vaisseaux dans les papilles du derme et dans le derme lui-même, par une matière amorphe; transformation fibreuse des petits vaisseaux, qui deviennent de véritables cordons non perméables; dégénérescence de toutes les parties molles, graisse, tissu cellulaire, tendons, en une masse uniforme et épaisse, serrée, de nature connective; ostéite fibreuse avec hypertrophie, puis atrophie consécutive des phalanges, disparition des cartilages et de l'article comblé par ce tissu fibreux; compression des nerfs sous la production embryonnaire, qui finit par atrophier et détruire les tubes nerveux.

Tels sont les faits révélés par l'examen microscopique.

De là à la physiologie pathologique du mal perforant nous n'avons qu'un pas à faire.

L'anesthésie, signalée déjà dans quelques observations, est due à la destruction des conducteurs nerveux. L'ulcération naît de l'obturation des vaisseaux dans un certain département; c'est la gangrène de parties qui ne sont plus alimentées par le sang.

La rapide et abondante production de tissu fibreux explique l'hypertrophie générale au début, puis l'atrophie quand le tissu connectif devient plus dense, plus âgé, moins nucléaire.

Dès lors aussi, pour quiconque aura vu des lépreux antonins, l'analogie du mal perforant et de l'ulcère de la lèpre sera complète.

Nous la résumerons en quelques mots sous forme de tableau, renvoyant pour plus amples détails aux observations de notre mémoire (*Recueil de mémoires de médecine militaire*, 1864).

ULCÈRE PERFORANT.	ULCÈRE DE LA LÈPRE ANTONINE OU ANESTHÉSIQUE.
Anesthésie.	
Constatée dans plusieurs cas, et probablement souvent négligée dans les observations.	Constante, symptôme initial, existant surtout à la face dorsale des membres, au visage ; de là un masque spécial aux antonins, des paralysies des interosseux, des brûlures non ressenties par le malade; des kératites.
Bourrelet épithélial.	
Constant.	Constant.
Ulcère gangréneux en puits.	
Analogie absolue.	Analogie absolue.

cliniques officielles d'oculistique qu'on trouvait auprès des Facultés; souvent ce n'étaient que des dispensaires créés par des professeurs particuliers, des *privatim docentes*, mais que les élèves n'en suivaient pas moins.

La France resta longtemps étrangère à ce mouvement, et pourtant c'est elle qui, au commencement du dernier siècle, avait produit les premiers ouvrages scientifiques sur les maladies des yeux (1). Mais la Révolution avait balayé les institutions et les savants; les guerres du premier Empire n'étaient pas favorables aux études; enfin pendant la Restauration on avait trop de plaies à cicatriser pour pouvoir songer à développer les études médicales. D'ailleurs les maladies des yeux faisaient partie de la chirurgie; on ne voulait pas les enseigner séparément de crainte de former des oculistes, comme ceux qui parcouraient et exploitaient les départements, et qui ne faisaient guère honneur au corps médical.

(1) Nous citerons, parmi ces ouvrages, le *Traité des maladies de l'œil* de Maître-Jan (1707), et le *Nouveau traité des maladies des yeux* de Saint-Yves (1722).

Ce n'est qu'en 1830 que l'enseignement de l'ophthalmologie fut créé en France. L'Allemagne en étant le berceau, il était naturel que cet enseignement s'introduisît chez nous par la frontière allemande ; c'est ce qui arriva. J'avais trop bien vu les avantages des cliniques ophthalmologiques en Allemagne et en Angleterre, pour ne pas m'apercevoir de la lacune qui existait chez nous. Aussi, dès que j'eus terminé mon concours de l'agrégation en 1829, j'ouvris des conférences et des consultations sur les maladies des yeux. C'est ainsi que débuta en France l'enseignement de l'oculistique.

En 1832, Sichel père, qui était venu se fixer à Paris, fit un certain nombre de leçons sur les maladies des yeux, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Bérard. Il créa ensuite un dispensaire destiné non-seulement au traitement des pauvres atteints de maux d'yeux, mais aussi à des conférences cliniques payées par les auditeurs. M. Desmarres père, chef de clinique de Sichel, établit plus tard un nouveau dispensaire; et, depuis cette époque, ils se sont multipliés à Paris; les principaux

Transformation fibreuse des parties osseuses et molles.

Constatée par les recherches modernes.	Permettant au malade de fléchir les doigts dans tous les sens; puis, passant à l'atrophie, qui fait disparaître une, deux, trois phalanges et des métacarpiens — en conservant l'ongle qui vient s'appliquer contre la tête du métacarpien. — Le fait a lieu souvent sans le moindre ulcération.

Hérédité.

Rencontrée dans quelques observations.	Caractère des plus constants dans la lèpre.

On comprend dès lors que l'ulcère perforant n'est qu'un accident bien insignifiant dans une maladie aussi générale.

Par le fait de l'insensibilité, les frottements sur certaines saillies sont plus dures; de là une production protectrice d'épithélium. Les frottements deviennent un jour une contusion, et dans un tissu déjà fibreux, peu vasculaire, il se fait une petite oblitération vasculaire : quelques portions d'épithélium et de tissu fibreux tombent en gangrène (ulcère perforant). On arrive sur un os déjà modifié dans sa structure : ce n'est ni une nécrose, ni une carie, mais une ostéite fibreuse. C'est cet os même qui va fournir le bourgeon charnu si long à contracter des adhérences cicatricielles avec le tissu peu vasculaire voisin.

Mais le mal renaîtra à la prochaine contusion, parce que tout le pied est anesthésié et profondément fibreux.

Au Mexique, l'abrasion épithéliale et les fortes cautérisations au fer rouge, la teinture d'iode en pansement, nous ont fourni les meilleurs résultats. Contre les lèpres antonine, léonine, lazarine, regardées depuis longtemps comme des dégénérescences fibreuses de tous les organes, on ne connaît pas de remède réellement efficace. PONCET,

Médecin major, Répétiteur de chirurgie à l'École du service de santé militaire.

Montpellier, 11 janvier 1872.

COURS PUBLICS

Séméiologie.

DES TEMPÉRATURES ÉLEVÉES EXCESSIVES DANS LES MALADIES, leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 12 août 1869, par M. M. PETER.

SOMMAIRE. — La température s'élève au début de l'agonie des maladies aiguës. — Comment l'asphyxie intervient dans cette élévation de la température. — Comment la température s'élève d'autant plus que l'individu meurt mieux portant. — Comment un mort peut momentanément présenter plus de chaleur qu'un vivant. — Observations de Wunderlich; expériences de Brown-Séquard et de Brodie.

Messieurs, dès le début de mes études médicales, j'avais été vivement frappé de ce fait étrange, et contradictoire en apparence, de la chaleur excessive qu'on observe chez les individus qui succombent à la phthisie aiguë. Comment comprendre, en effet, que, dans les derniers jours et surtout dans les dernières heures de la vie, la température s'élève si considérablement au-dessus du niveau physiologique, alors que la surface de l'hématose est matériellement réduite à un minimum? Comment concevoir que, dans ce cas tout spécial et particulièrement démonstratif, l'oxydation étant la cause de la chaleur, et l'oxygène la condition essentielle de cette oxydation, la chaleur du malade aille en augmentant d'autant plus que sa prise d'oxygène va diminuant davantage?

Une malade que j'avais vue dans le service de mon premier maître, M. Empis, succomber en quelques jours à une tuberculisation générale des poumons au milieu des symptômes les plus prononcés de l'asphyxie, avec exubérance de calorique et sueurs profuses, avait fortement frappé mon attention et imposé à mon esprit un problème dont j'espère enfin avoir trouvé la solution.

Eh bien, toute paradoxale que soit la proposition, c'est précisément *parce que*, dans ce cas-là, — et j'espère vous démontrer qu'il en est ainsi dans les autres, — *la surface*, je ne dirai pas d'hématose, mais *de* PRISE D'AIR *est amoindrie*, que la chaleur s'élève aux derniers moments des maladies aiguës, et surtout des maladies les plus aiguës.

A ce propos, je vous parlerai des *températures excessives*, de celles que Wunderlich a appelées *hyperpyrétiques*, en faisant remarquer qu'elles annoncent le commencement d'une « paralysie générale », mais sans autre explication; températures excessives dont le mode de production que j'ai tenté d'expliquer dès 1868, est justement celui de la température élevée dans l'agonie des maladies aiguës, et par le fait de l'*asphyxie terminale*.

Vous savez que dans les maladies inflammatoires aiguës la température générale s'élève, et que l'élévation en est généralement proportionnelle à la gravité de la maladie; — vous savez que cette élévation ne peut pas dépasser ni même atteindre un certain chiffre, 42 degrés par exemple, sans que cela soit un indice de mort probable et même prochaine; — vous savez encore que l'agonie dans les maladies aiguës s'annonce par cette élévation même de la température; — vous savez enfin qu'il est des *névroses* où l'on a pu observer des températures insensées au moment de la mort et même après la mort, 45°,5 par exemple; et vous verrez tout à l'heure pourquoi je souligne ce mot de *névrose*, ou de maladie sans lésion matérielle appréciable.

Ce fait d'un mort qui fait plus de chaleur qu'un vivant, alors que la production de chaleur avait été, à juste titre, considérée comme l'apanage de la vie, ce fait était si étrange qu'il fallait toute la valeur et toute l'honnêteté scientifiques de

---

sont dirigés par MM. Giraud-Teulon, Liebreich, Fano, Wecker.

Ces dispensaires sont de véritables cliniques ophthalmologiques; malheureusement, ils ne sont pas suivis par les élèves; on n'y rencontre guère que de jeunes docteurs, la plupart étrangers. Les étudiants de la Faculté de Paris ne fréquentent pas ces cliniques parce qu'elles ne sont pas officielles, qu'elles ne sont pas inscrites sur le tableau des cours, qu'elles ne sont par conséquent pas obligatoires, et qu'enfin professeurs et chirurgiens des hôpitaux leur sont en général hostiles et n'encouragent pas les jeunes gens à visiter les établissements de ce genre. Quant au petit nombre de dispensaires créés dans quelques grandes villes des départements, ils ne sont pas consacrés à l'enseignement.

La Faculté de Strasbourg est la seule école française qui possède un enseignement clinique officiel des maladies des yeux. Vous jouissez d'un avantage que n'ont pas vos condisciples des autres écoles; cet avantage est considérable, et cependant il a été contesté.

Pourquoi, a-t-on dit, enlever au professeur de pathologie chirurgicale une partie de son sujet et le traiter à part? Pourquoi ne pas admettre dans les salles de chirurgie les individus atteints de maux d'yeux, comme cela se pratique dans la plupart des grands hôpitaux? La question vaut la peine d'être examinée sous ses deux faces.

Quand j'étais élève, notre professeur de pathologie chirurgicale nous faisait tous les ans trois leçons sur les maladies des yeux, une sur l'ophthalmie, une sur la cataracte et une sur l'amaurose. Aujourd'hui le semestre d'été n'est pas assez long pour me permettre de vous parler de toutes les affections oculaires; je suis obligé de me borner aux maladies les plus fréquentes. C'est que la science s'est développée; toutes les parties de la médecine ont pris plus d'extension, mais aucune autant que l'ophthalmologie.

Le professeur de pathologie externe, fût-il au courant de toutes les branches de la science, ce qui n'est pas facile et se rencontre rarement, ne peut traiter dans son cours, avec les

Wunderlich pour qu'on l'acceptât. Mais, si on l'avait accepté, on ne l'avait pas expliqué.

Eh bien, ce fait des hautes températures *ante* comme *post mortem* dans les névroses et dans l'agonie des maladies aiguës s'explique par une théorie qui m'est propre, et que je vais vous exposer tout à l'heure.

Au préalable, je dois m'appuyer sur trois propositions déduites des faits de l'ordre le plus matériel :

Première proposition : *La température s'élève au début de l'agonie des maladies aiguës ;*

Deuxième proposition : *La mort a lieu dans ces cas par asphyxie ;*

Troisième proposition : *La température dans l'agonie s'élève d'autant plus que l'organisme est moins dégradé.*

La première proposition résulte des recherches de Wunderlich ; la seconde des travaux de Bichat et de Piorry ; quant à la troisième, elle est de moi. J'espère qu'elle sera démontrée dans le cours de cette leçon, et c'est autour d'elle que va graviter toute mon explication de l'élévation de la température au moment de l'agonie dans les maladies aiguës.

Voici les faits et les chiffres relatifs à la première proposition : il résulte des laborieuses recherches de Wunderlich que, dans le cours d'une maladie aiguë, l'élévation graduelle de la température aux alentours de 41°,25 ou sa brusque élévation à 42°, 42°,5, annonce la venue de l'agonie. Telle est la règle; l'abaissement à 33°,5 ou au-dessous ne s'observe que dans des cas exceptionnels, et dont je n'ai pas à m'occuper actuellement, n'en connaissant pas les détails.

Voici pour la seconde proposition: «Pour peu qu'on ait observé d'agonies, dit Bichat, dans ses Recherches sur la vie et la mort, on s'est, je crois, facilement persuadé que le plus grand nombre termine la vie par une affection du poumon. Quel que soit le siége de la maladie principale, que ce soit un vice organique ou une lésion générale des fonctions, telle qu'une fièvre, etc., presque toujours, dans les derniers instants de l'existence, le *poumon s'embarrasse*, la respiration devient pénible, l'*air sort et entre avec peine*, la coloration du sang ne se fait que très-difficilement ; il passe presque noir dans les artères. » Et il ajoute que « la cause de la maladie n'est alors qu'une cause indirecte de la mort générale ; elle détermine celle des poumons, laquelle entraîne ensuite celle de tous les organes ». Enfin, dit-il encore, « *le plus grand nombre* des morts *commence par le poumon*, et nous verrons que celles qui ont leur principe dans le cerveau présentent aussi ce phénomène que le sang contenu dans le système artériel est noir. » C'est-à-dire qu'il y a *asphyxie* dans tous ces cas. «Il n'y a donc que les morts assez rares où le cœur cesse subitement d'agir, à la suite desquelles le sang rouge peut se trouver dans l'oreillette et le ventricule aortiques, ou dans les artères ; ainsi, dans le cœur des animaux qui ont succombé subitement à une grande hémorrhagie ; dans celui des guillotinés, quelquefois dans les cadavres de ceux qui ont fini par une syncope. »

D'un autre côté, Piorry fit voir qu'on trouve sur la plupart des cadavres humains un liquide écumeux dans les bronches, exactement comme on le rencontre chez les animaux que l'on étrangle, et il en conclut que la cause prochaine de la plupart des morts est l'asphyxie ou anhématosie par écume bronchique. « La poitrine se remplit », dit alors si justement le vulgaire, pour désigner le râle de l'agonie. En réalité, cette accumulation de liquides dans les voies de l'air n'est elle-même, suivant moi, qu'un effet ; c'est par une sécrétion exagérée que les poumons tendent à se débarrasser de l'énorme congestion passive dont ils sont le siége aux dernières heures de la vie dans les maladies aiguës, et le liquide ainsi surabondamment sécrété ne s'accumule que par suite de la perte de la sensibilité réflexe qui, à l'état de santé, en permettait l'expulsion. Ainsi, c'est l'asphyxie même qui produit ce liquide, et non ce liquide qui produit l'asphyxie. Car, bien évidemment, chez les chiens étranglés ce n'est pas le liquide accumulé dans les conduits aériens qui a causé l'asphyxie, mais le lien constricteur; et c'est la congestion pulmonaire résultant de la strangulation qui a provoqué la sécrétion du liquide, lequel ne s'est accumulé que par impossibilité d'expulsion. Quoi qu'il en soit, ce que Piorry a bien fait voir, c'est le rôle de l'asphyxie dans l'agonie des maladies aiguës.

Je passe maintenant à ma troisième proposition, à savoir, que « la température s'élève d'autant plus, dans l'agonie, que l'organisme est moins dégradé ». J'entends par là qu'il a moins de lésions. La chose est *à fortiori* plus évidente quand il n'y en a pas d'appréciable : ainsi, dans les névroses. Or, c'est dans ces cas-là que Wunderlich a précisément observé ses températures *hyperpyrétiques* dans les dernières heures de la vie et *même après la mort*.

Voici d'abord les faits : Wunderlich a rapporté l'observation d'un tétanique qui mourut au sixième jour de son affection : il y avait roideur des membres inférieurs, du tronc, trismus très-prononcé et tremblement des membres supérieurs. Pendant les cinq premiers jours la température ne fut que de 37°,6 ; mais, aux dernières heures de la vie, elle s'éleva rapidement et d'une façon considérable, de sorte qu'au moment de la mort le thermomètre marquait 44°,9. Ainsi, la température initiale, qui était restée sensiblement celle de l'état normal pendant cinq jours de contractions toniques presque permanentes, a finalement augmenté en quelques heures de l'énorme quantité de 7°,3 !

Ce n'est pas tout : cinquante-cinq minutes *après la mort*, ou, pour mieux dire, après la dernière contraction du cœur, la température s'était encore élevée d'un demi-degré (45°,5), et

---

développements nécessaires, toutes les parties de la chirurgie ; il est obligé ou de les écourter toutes, ou d'en sacrifier complétement quelques-unes. Les maladies des yeux formant le chapitre le plus étendu et celui qui exige le plus de notions spéciales, est certainement un de ceux qu'on peut le mieux détacher de la pathologie chirurgicale, en le réunissant avec avantage à l'enseignement clinique.

Mais, s'il y a avantage à enseigner l'ophthalmologie dans un cours spécial, il est bien plus essentiel de consacrer aux maladies des yeux un service particulier et d'en faire une clinique à part. Il y va ici non-seulement de l'intérêt des élèves, mais encore de celui des malades. Qui ne conçoit que des malades atteints d'ophthalmie pour lesquels la grande clarté est à la fois une cause de souffrance et un obstacle à la guérison, que des opérés de cataractes qui réclament l'obscurité et le plus grand calme autour d'eux, que ces malades, dis-je, se trouvent dans des circonstances peu favorables, lorsqu'on les place dans de grandes salles au milieu d'autres malades, et qu'on les expose ainsi à l'influence nuisible du bruit, de la lumière, des émanations putrides ou gangréneuses? Est-il étonnant que dans ces conditions on arrive à des résultats déplorables, tels que je les ai vus dans les services de Dupuytren, de Boyer, de Roux ? Il faut, pour les maladies des yeux, pour les opérations d'oculistique, un service particulier approprié à cette destination.

Dans l'intérêt de l'instruction cette séparation n'est pas moins essentielle. Qui de vous n'a déjà remarqué combien il était intéressant d'observer en même temps plusieurs malades atteints d'affections diverses du même organe?

Le professeur peut mieux faire ressortir les analogies et les différences ; le diagnostic se grave mieux dans l'esprit des élèves. Si nos malades, si ceux du service des vénériens et des maladies cutanées, étaient disséminés dans les salles de chirurgie, vous arriveriez difficilement à vous faire une idée nette de la variété des affections oculaires, des maladies cutanées et des formes diverses de la syphilis. Enfin, pour bien se familiariser avec ces maladies, il faut en voir beaucoup. Le professeur

elle ne revint à ce qu'elle était au moment de la mort (44°,9) qu'une heure et demie après celle-ci.

(Et vous savez, pour le dire en passant, que la cause mécanique de la mort, à ces hautes températures de 45° et 46° du sang, chez les mammifères, serait l'impossibilité pour les muscles de se contracter. Claude Bernard a démontré, en effet, qu'alors ils deviennent rigides et immobiles, et Kühne a fait voir que cette rigidité était purement physique et due à la coagulation d'une substance spéciale contenue dans le muscle.)

Mais revenons à nos névroses.

Dans une autre observation de tétanos, également suivie de mort, Wunderlich a encore vu la température s'élever de 1°,2 en moins de cinq heures, dans la matinée du huitième jour, qui fut celui de la mort, et augmenter encore de 0°,4 dans le quart d'heure qui suivit la mort.

Dans d'autres cas de névrose assez exceptionnellement graves pour entraîner une terminaison fatale, on a encore noté une brusque et considérable élévation de la température aux approches de la mort. Ainsi, chez une jeune fille de dix-neuf ans ayant des convulsions hystériformes depuis huit semaines, la température s'éleva à 43° au moment de la mort, qui avait été précédée d'une aggravation subite dans l'état général, *sans convulsions plus fortes*. Chez une autre jeune fille, convulsions très-fortes entraînant la mort au bout de six heures; la température s'élève rapidement et atteint 42°,75 au moment de la mort; chez un jeune homme de vingt-neuf ans, *toujours très-bien portant*, attaques subites de convulsions épileptiformes, mort le huitième jour après la cessation des accès, avec une température de 42°,5. Or, je vous prie de remarquer que ces deux observations, empruntées à la thèse du docteur Duclos, se terminent textuellement par cette mention : *autopsie négative* (1).

De mon côté, j'ai moi-même observé un cas de tétanos dans lequel la température était encore restée normale (à 37°,3) le cinquième jour de la névrose, bien que le pouls fût à 120; or, le matin du sixième jour, l'asphyxie commençait à huit heures, et la température s'était élevée de 3° (40°,3), bien que le pouls ne battît que 100. A dix heures, la température s'élève encore de près de 1° (à 41°). A onze heures cinq minutes, moment de la mort en pleine asphyxie, la température s'est encore accrue de 1°, et la malade succombe avec 42° dans l'aisselle (2).

Enfin, j'ai eu l'occasion d'observer un cas de rage où la mort eut lieu par le fait d'une asphyxie rapidement croissante due à de fréquentes et excessives attaques de *contracture du diaphragme*. Or, le matin du jour de la mort, la température était à 39° (de 2° plus élevée que la veille), et une demi-heure après la mort elle était de 40°,8 (de près de 2° plus élevée que le matin). Malheureusement on n'avait pu prendre la température dans les derniers moments de la vie, en raison de l'agitation. Or, chez ce malade, on ne trouva dans tous les organes qu'une congestion plus ou moins vive, surtout prononcée dans les poumons, qui présentaient en outre de l'emphysème sous-pleural et contenaient une grande quantité de cette écume bronchique signalée par Piorry dans l'asphyxie. Des caillots noirs et mous remplissaient les cavités du cœur (1).

(1) Duclos, *Quelques recherches sur l'état de la température dans les maladies* (*Thèses de Paris*, 1864, p. 52).

(2) Observation rapportée dans la *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, de Trousseau; 3e édit., t. II, p. 210.

Maintenant, vous savez que c'est un fait d'observation vulgaire, mentionné par tous les Traités de pathologie externe, à savoir que dans le tétanos la mort a lieu quand la convulsion tonique a envahi le diaphragme, et que le malade succombe alors dans l'asphyxie. Ce n'est pas un fait moins vulgaire que l'absence de lésion appréciable dans ces cas. De sorte que vous pouvez admettre avec moi comme définitivement acquis ces trois faits : 1° dans le tétanos, la *mort* a lieu *par asphyxie;* 2° il n'y a *pas de lésion appréciable;* 3° c'est dans ces cas qu'on a observé *les plus hautes températures* ultimes. Ce qui est la confirmation de ma troisième proposition de tout à l'heure.

Il me reste à vous démontrer que ce dernier fait des *plus hautes* températures observées est précisément la conséquence des deux autres, c'est-à-dire que c'est l'asphyxie qui élève la température, et qu'elle l'élève d'autant plus que l'organisme est plus intact.

Pour cela, il me suffira de démontrer, ce qui est facile : 1° que le sang se refroidit par son passage à travers les poumons; 2° que ce refroidissement du sang ne peut plus s'effectuer ou ne s'effectue qu'imparfaitement dans l'asphyxie.

1° Nous sommes en rapport avec l'air extérieur par deux surfaces, la surface cutanée et la surface pulmonaire, et nous devons nécessairement, physiquement, nous refroidir par ces deux surfaces. Ainsi nous nous refroidissons en partie par les poumons. C'est ce qu'avaient très-bien compris les anciens, qui disaient que la respiration rafraîchissait le sang (2).

C'est l'idée de la combustion respiratoire s'accomplissant dans les poumons qui a fait perdre de vue cette vérité de la déperdition du calorique par les poumons.

(1) Peter, *Réflexions à propos d'un cas de rage. — Comment l'asphyxie élève la température des mourants*, 1868, p. 8; et *Union médicale*, mai 1868, p. 693 et 707.

(2) « Pénétrant avec sa vertu *frigorifique*, dit Galien, l'air rafraîchit le cœur; il en sort entraînant avec lui des particules effervescentes et comme *brûlées* et fuligineuses. » (*De l'utilité des parties*, t. I, p. 381, traduction de Daremberg.) — « La respiration est surtout très-comparable aux torrents d'air et aux soufflets qui allument un brasier... La chaleur est un principe de l'animalité; elle est dirigée, modérée par le moyen de la respiration, qui *rafraîchit* le sang en enlevant les fuliginosités. » (*Analyse médicinale du sang*, Œuvres de Bordeu, t. II, p. 1009; édition de Richerand, 1818.)

de clinique chirurgicale trouverait-il le temps de consacrer deux fois par semaine deux heures, et les autres jours une heure, aux affections oculaires?

Vous voyez donc, messieurs, que l'intérêt de votre instruction, comme celui des malades, réclame la séparation de l'enseignement clinique ophthalmologique de celui des maladies chirurgicales. L'enseignement spécial de certaines parties de la médecine n'implique pas nécessairement l'exercice des spécialités, mais peut y conduire. Je vais donc vous dire quelques mots de cette question qui soulève tant de colères; je puis le faire avec d'autant plus d'impartialité, qu'ayant exercé depuis quarante-cinq ans, à côté de la médecine en général, la spécialité des maladies des yeux, pendant huit années celle des maladies des enfants, alors que j'étais chargé de cette clinique, puis pendant huit autres années celle des maladies vénériennes et cutanées que j'enseignais à la clinique de la Faculté, j'ai été à même d'apprécier les avantages de l'exercice des spécialités. Déjà dans l'ancienne Rome il y a eu des médecins qui ne s'occupaient que des maladies d'un organe. Ces spécialités, qui étaient nombreuses, se sont réduites plus tard; les oculistes cependant se sont maintenus. Malheureusement l'instruction de ces spécialistes était très-incomplète; ils avaient appris auprès d'un autre oculiste la routine propre à celui-ci et un peu d'habitude à faire les opérations; mais ils ignoraient tout le reste de la médecine. L'État, ou plutôt les corporations, leur donnaient des brevets pour exercer leur spécialité. Cet état de choses s'est continué jusqu'à une époque très-récente. J'ai connu un homme qui avait été examiné par un jury médical sur les maladies des yeux seules, et qui avait un diplôme d'*officier de santé-oculiste*, en vertu duquel il parcourait les départements, se faisant précéder par de grandes affiches et des annonces répétées dans les journaux, opérant les cataractes et traitant les maladies des yeux avec peu de désintéressement, de charité, et encore moins de discernement.

Aujourd'hui ces faits ne peuvent plus se reproduire. Pour

Cependant Claude Bernard a démontré que le sang qui sort des poumons est plus froid que celui qui y pénètre; ainsi, en introduisant successivement le même thermomètre dans le ventricule droit par la jugulaire et dans le ventricule gauche par la carotide, il a trouvé que le sang dans la première cavité était plus chaud que celui de la seconde de 1, 2 ou 3 dixièmes de degré (1). Ainsi chaque respiration refroidit le sang.

En prenant le chiffre moyen 0°,2, trouvé par Claude Bernard, chaque respiration fait perdre 2 dixièmes de degré au sang qui sort des poumons, et il est facile de voir que, à raison de trente respirations par minute, la perte de calorique s'élève, pour la masse totale du sang, à 3° pour une heure.

Soit, en effet, la capacité du ventricule droit égale à 1/8 de litre, la masse totale du sang égale à 15 litres, on a les chiffres suivants :

1 respiration enlève	0°,2 à 1/8 litre de sang.	
30 respirations enlèvent	6° à 1/8 litre de sang en 1′	
ou 8 fois *moins*	= 0°,75 à 1 litre de sang en 1′	
ou 15 fois *moins* encore	= 0°,05 à 15 litres de sang en 1′	
et 10 fois *plus*	= 0°,5 à 15 litres de sang en 10′	
et 6 fois *plus* encore	= 3 degrés à 15 litres de sang en 60′	(2).

2° Mais il est bien évident que, dans l'asphyxie, ce conflit entre l'air et le sang, d'où résulte le refroidissement de celui-ci, ne peut plus s'effectuer, et que le sang doit s'échauffer de toute la quantité qu'il ne perd plus. Si donc la surface respiratoire est diminuée de moitié par l'asphyxie, la réfrigération du sang par les poumons sera moitié moindre et, par suite, de 1°,5 seulement; de sorte que finalement la *température* de la masse totale du sang *se sera élevée de* 1°,5 en une heure par le fait de l'asphyxie. On voit à quelle hauteur et avec quelle rapidité cette température générale pourrait s'élever en quelques heures, en supposant que l'activité des organes thermogènes, tels que le foie et la rate, soit restée la même et que les combustions interstitielles aient persisté. Or, c'est ce qui est précisément réalisé quand l'organisme est sain de toutes parts, comme dans les névroses, et en particulier dans le tétanos. On comprend déjà pourquoi les températures *hyperpyrétiques* ont été observées dans ces cas.

(1) Cl. Bernard, *Leçons de physiologie expérimentale*, neuvième leçon, p. 207; 1855.

(2) Un physiologiste américain, le docteur J. S. Lombard, a tenté de réfuter les expériences de Cl. Bernard à l'aide surtout de raisonnements et de calculs. Il invoque d'ailleurs des expériences où l'on n'aurait pas trouvé le sang moins chaud dans le ventricule gauche; ce qui prouve seulement que l'expérimentateur s'est placé dans des conditions différentes de celles de Cl. Bernard.

En second lieu, J. S. Lombard fait observer que l'on aurait tort d'appliquer à l'homme, qui a la peau nue, les conclusions déduites d'expériences faites sur des moutons et des chiens, qui ont la peau couverte de laine ou de poils. Ces animaux devant rayonner bien plus par les poumons et bien moins par la peau que ne le fait l'homme. Mais le physiologiste américain semble oublier que l'homme sauvage comme l'homme civilisé se protége précisément contre ce rayonnement excessif par la peau à l'aide d'un revêtement artificiel.

Enfin, voulant faire des expériences contradictoires à celles de Cl. Bernard, J. S. Lombard fait respirer à un homme de l'air à la température du sang et saturé de vapeur d'eau. Dans ces conditions, dit-il, le sang ne pouvant plus se refroidir par son passage à travers les poumons, la température de la masse totale du sang doit s'élever. Et il cherche cette élévation de température dans l'artère radiale ou plutôt, — il le dit expressément, — dans la *peau* qui recouvre cette artère. Et, comme il ne trouve pas d'élévation appréciable, il en conclut que le sang ne s'est pas échauffé dans ces conditions anomales de la respiration, et qu'il ne peut par conséquent pas se refroidir dans les conditions normales de cette fonction. Mais ce physiologiste a omis un détail fondamental, c'est de prolonger assez longtemps ses expériences pour que la température s'élevât assez pour accuser une élévation appréciable *dans la peau* qui recouvre l'artère radiale.

Cette réfutation, on le voit, n'a rien de bien redoutable pour les déductions de Cl. Bernard.

Dois-je vous dire qu'il n'y a aucune raison de révoquer en doute la persistance de la sécrétion glycosique et biliaire dans les névroses? et dois-je ajouter que, dans le cas de rage observé par moi, et dont je vous ai parlé tout à l'heure, mon malade faisait si bien du sucre et de la bile, et si surabondamment, qu'il vomissait celle-ci et urinait celui-là?

« Quatre heures avant la mort, est-il dit dans l'observation, le malade vomit environ deux verres d'un liquide jaunâtre », lequel n'était autre chose que de la bile; puis, « une heure avant la mort, nouveaux vomissements bilieux». Enfin, à l'autopsie, on trouva la vésicule remplie de bile, le foie congestionné et toutes les parties voisines teintes par la bile surabondante. Ce qui est vrai de la bile est vrai du sucre : la glycose était si bien en surabondance dans le sang que les urines en contenaient. « La liqueur de Barreswill se réduit assez, dit-on encore dans l'observation, pour qu'on puisse croire à la présence du sucre dans cette urine (1)».

Or, si la double fonction hépatique persistait dans ce cas de rage, la production de calorique qui en est la conséquence toute *physique* persistait évidemment au même degré; mais je vous ai déjà surabondamment fait voir que le résultat *physique* nécessaire de l'asphyxie est la diminution — graduelle jusqu'à la cessation — de la réfrigération du sang qui circule à travers les voies de l'hématose; d'où l'enchaînement suivant : 1° persistance de l'apport du calorique dans le sang sus-hépatique; 2° diminution, graduellement croissante, de la perte du calorique par le sang intra-pulmonaire; 3° accumulation graduelle de calorique dans la masse du sang.

Par quelque côté donc qu'on envisage cette question, on arrive toujours à la même conclusion.

Mais les expériences de Brown-Séquard ont démontré directement cet échauffement du sang par l'asphyxie. Dès 1856, ce savant, en asphyxiant des animaux à sang chaud par la ligature de la trachée-artère, a trouvé que la température du rectum et des membres s'élève ordinairement d'une manière

(1) Mémoire cité of *Union médicale*, mai 1868, p. 695. — Cette observation avait été recueillie avec le plus grand soin par M. Rigaud, interne du service. — Dans une autre observation de rage également recueillie à l'hôpital Saint-Louis, la glycosurie est également signalée. (*Gazette des hôpitaux*, 1868.)

---

pratiquer une partie quelconque de notre art, il faut avoir reçu une éducation médicale complète et avoir subi les épreuves qui le constatent (1). Néanmoins, en pratique, il y a toujours des spécialistes : les uns sont oculistes, les autres ne s'occupent que des maladies de l'oreille; il en est qui se vouent au traitement exclusif des affections des voies urinaires ou à celui des maladies du larynx; nous avons enfin des aliénistes et des accoucheurs, car c'est là aussi une spécialité.

C'est contre l'exercice de ces spécialités que s'élèvent certains médecins et surtout certains chirurgiens. Ils prétendent qu'on doit être *encyclopédiste*, comme ils disent; ce qui voudrait dire : connaître également bien toutes les parties de la médecine. C'est demander l'impossible.

Les sciences médicales ont pris un développement tel, qu'aucun médecin ne peut se tenir au courant de toutes les branches. Il en néglige forcément un certain nombre; il en abandonne même quelques-unes lorsqu'il habite une grande ville. Ce ne sont que les médecins de campagne qui, par nécessité, exercent toutes les parties de notre art, parfois, il est vrai, au détriment des malades; cependant, ils ont volontiers recours à des confrères de la ville voisine pour certains cas particuliers qui se rencontrent trop rarement dans la pratique courante, et qu'un spécialiste seul voit en assez grand nombre pour acquérir l'habitude de les traiter.

N'est-il pas naturel qu'un médecin qui voit par centaines des maladies que d'autres n'observent que de loin en loin, n'acquière une grande habitude de les traiter. Le public ne s'y trompe pas; il va vers celui qu'il sait s'occuper de telle ou telle affection. Lorsque j'étais chargé de la clinique des maladies des enfants, on me consultait souvent pour des maladies de cet âge; et lorsque je faisais la clinique des maladies vénériennes, les syphilitiques abondaient dans mon cabinet. Et ce n'est pas seulement le public non médical qui se porte ainsi vers

(1) Seule la profession de dentiste est malheureusement restée entièrement libre, aucune garantie de capacité n'étant exigée de celui qui veut pratiquer l'art dentaire.

manifeste. L'élévation dans le rectum est souvent de 1 à 2° centigrades cinq minutes *après la mort* (1).

Ainsi, il ne saurait y avoir de doute, l'asphyxie élève la température centrale; de sorte que, par une économie de ressorts qu'on retrouve partout dans la matière organisée, l'organe qui fournit à l'être vivant les éléments de sa calorification, le poumon, est en même temps celui où le refroidissement s'effectue ; *l'organe qui provoque la chaleur animale est un de ceux qui la tempèrent* (2).

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

M. *le Président* rappelle à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Combes*, membre de la section de mécanique, décédé à Paris le 11 janvier 1872.

CHIMIE. — M. *Dumas* lit un mémoire sur la combustion du carbone par l'oxygène.

PHYSIQUE. — M. *H. Sainte-Claire-Deville* communique un travail sur la mesure des températures très-élevées et sur la température du soleil.

Réflexions concernant l'hétérogenèse, suggérées par les expériences et les opinions de quelques observateurs contemporains, par M. *A. Trécul*. — Voici les conclusions de ce mémoire :

La solution de l'important problème débattu devant l'Académie consiste à décider les deux points essentiels qui suivent :

1° Que, suivant madame Lüders, partant d'un point établi par Gay-Lussac et par M. Pasteur, une solution organique albuminoïde (du bouillon de bœuf, par exemple), suffisamment chauffée à 160 degrés, est envahie par des Bactéries, quand on la place, avec une matière organisée, non chauffée, dans des vases pourvus à leur embouchure d'un tube recourbé, et disposés dans un bain entretenu à 30 ou 40 degrés, tandis que l'on n'obtient pas de Bactéries dans les vases de contrôle qui ont reçu le même liquide suffisamment chauffé, et pas de matière organisée.

Madame Lüders admettant l'existence de Bactéries ou de germes bactériens tout formés dans toutes les matières organisées, il faut constater :

2° Que, suivant moi, il est facile de reconnaître dans maintes circonstances, à l'aide de la macération, la transformation du latex ou des granules plasmatiques en *Amylobacter* ou *Bactéries amylacées* dans des cellules végétales fermées et à

(1) Voici le résultat résumé de ces expériences :

I. — Ligature de la trachée-artère d'un pigeon ; température du cloaque, 43°,1 avant l'asphyxie.

3′ après, T = 43°,2
3′3″ après, T = 43°,3
5′ après, T = 43°,9

Élévation définitive en 5′ = 0°,8.

II. — Pigeon ; température avant l'asphyxie, 43°,4.

5′ après, T = 44°,7
10′ après, T = 43°,3

Élévation en 5′ = 1°,3.

III. — Chien ; température du rectum avant l'asphyxie, 40°,2.

4′ 3″ après, T = 41°,7
Élévation en 5′ = 1°,5.

IV. — Lapin ; température du rectum avant l'asphyxie, 40°,6.

5′ après, T = 41°,8
Élévation en 5′ = 1°,2.

V. — Cabiei, température du rectum, 35° (la température avait été préalablement abaissée par l'insufflation pulmonaire),

3′,45″ après l'asphyxie, T = 37°.

Élévation en moins de 5′ = 2°.

En général, 6 ou 7 minutes après l'asphyxie, la température commence à s'abaisser. Brown-Séquard a obtenu des résultats analogues dans beaucoup d'autres expériences, et il se demande s'il y a élévation réelle de la température du sang, ou seulement s'il arrive plus de sang dans les organes par relâchement des vaisseaux, après les convulsions qui accompagnent l'asphyxie ; mais il s'abstient de conclure. (*Bulletins de la Société de biologie*, t. III, p. 89, 1856.)

(2) La théorie que je développe dans cette leçon, et qui avait été formulée par moi dès 1868 (*Bullet. de la Soc. des hôpitaux de Paris*, séance du 10 avril 1868, Paris, 1869, et *Union médicale*, 1868, *loc. cit.*), cette théorie de l'élévation de la température générale par diminution ou cessation de la *réfrigération pulmonaire* est si bien de moi qu'on ne la trouve nulle part exposée avant mon travail. Ainsi, dans une intéressante leçon clinique sur la vieillesse, faite en 1866 (*Leçons cliniques sur les maladies des vieillards*, Asselin, 1866, p. 21), M. Charcot, parlant de la chaleur fébrile, se pose la question de savoir « si l'on peut dire qu'il y ait fièvre toutes les fois que la température s'élève. » Et il ajoute aussitôt : « C'est là un point sur lequel il n'est guère possible de se prononcer aujourd'hui. Nous voyons, en effet, la chaleur du corps s'élever dans des cas qui paraissent étrangers à toute réaction pyrétique : dans le tétanos, dans la chorée et dans le choléra, *surtout au moment de l'agonie* ; elle peut alors atteindre 42 ou 43 degrés. *Il y a là sans doute un élément qui nous échappe.* »

Cet élément, c'est pour moi, dans ces cas, la diminution — allant graduellement jusqu'à l'abolition — de la réfrigération pulmonaire.

Si j'en crois la thèse du docteur Decoux (*Quelques considérations sur l'agonie*. Paris, 1870), M. Jaccoud, dans son *Traité de pathologie interne* (1869), aurait adopté cette théorie, mais en y faisant une addition qui me semble être une erreur. « A l'instant de la mort, dit ce pathologiste distingué, deux causes de refroidissement sont brusquement supprimées : la respiration et la *sécrétion cutanée* (1). » J'aurais mauvaise grâce à ne pas reconnaître comme mienne la première partie de la proposition ; mais je n'en saurais admettre la seconde. En effet, la sécrétion cutanée est si peu supprimée dans l'agonie aiguë que le corps du moribond se couvre alors de sueurs profuses, ainsi que je te dis un peu plus loin dans cette leçon, en en donnant la théorie.

---

les hommes spéciaux ; nous avons vu des chirurgiens célèbres, très-opposés aux spécialistes, s'adresser à Civiale et à Leroy d'Étiolles, lorsqu'ils ont été atteints de calculs dans la vessie.

Il est donc avantageux que certains médecins s'occupent spécialement d'une partie de la science ; et lorsqu'il s'agit d'opérations délicates, l'avantage devient considérable. Si les opérations de cataracte se distribuaient également entre tous les docteurs, chacun en aurait une à pratiquer tous les deux ans, peut-être, et aucun n'y excellerait.

Enfin, les plus grands progrès de l'oculistique sont dus à des spécialistes ; sans nier que Richter, Scarpa, Velpeau, aient dit d'excellentes choses sur les maladies des yeux, il faut convenir cependant que, dans le siècle actuel, les grands progrès de cette branche de l'art sont dus à Sichel, Desmarres, Donders, de Graefe, Artl, Jaeger, tous spécialistes.

Je le répète, je ne prêche point *pro domo mea*, puisque j'ai toujours pratiqué la médecine conjointement avec l'oculistique ; je ne fais que rendre justice à ceux qui ont bien mérité de notre science.

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : M. le docteur Voillemier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Jarriand, attaché à la préfecture de police ; Milcent, médecin à Paris ; d'Heurle, ex-chirurgien-major du 111° bataillon ; Sémelaigne, ex-chirurgien-major du 35° bataillon ; Buffet (Adolphe), médecin de la compagnie des chemins de fer de l'Est, à Wiwersviltz (grand-duché de Luxembourg) ; Catliaux, médecin à Saint-Quentin.

---

parois souvent fortement épaissies, comme celles des fibres du liber.

Une discussion s'engage sur ce mémoire entre MM. Balard, Fremy et Blanchard. Ce dernier s'étonne d'entendre contester par M. Fremy que les œufs ou les germes d'une multitude d'organismes inférieurs soient répandus avec les poussières dont l'air ne cesse d'être chargé, surtout pendant la saison chaude. Il mentionne l'expérience suivante, qui lui est propre.

Deux bocaux d'égale dimension, renfermant à peu près la même quantité d'eau et les mêmes débris de plantes aquatiques, avaient été fermés par un couvercle de papier et placés sur un balcon. Le vent emporte l'un des deux couvercles, qu'on ne remplace point; après quelques jours, on examine le contenu des deux vases: dans le vase encore fermé par un morceau de papier, c'est à peine s'il y a quelques infusoires; dans le vase demeuré ouvert, fourmillent des êtres organisés de divers genres. Le rôle de l'abri imparfait n'est-il pas évident, l'effet de la chute des poussières absolument certain? L'expérience est à la portée de toute personne possédant un microscope. »

M. *H. Larrey* fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. *Longet*, le 7 décembre 1871, au nom de l'Académie de médecine.

M. *T. Desmartis* adresse une nouvelle note sur la *contagion de la fièvre puerpérale*, et sur l'emploi des préparations phéniquées comme spécifique contre cette maladie. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. *Nielsen* adresse, de Copenhague, une note concernant un procédé industriel de *conservation du sang* et la préparation de divers aliments, tels que le *chocolat*, dans lesquels le sang peut entrer pour les 25 centièmes. (*Comm. :* MM. Peligot, Bouley.)

M. *Kimball* adresse, de Boston, une lettre relative a un *remède contre le choléra*. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

— M. *Béchamp* envoie une note *sur la cause de la fermentation alcoolique par la levûre de bière*, et sur la formation de la leucine et de la tyrosine dans cette fermentation. — La levûre produit physiologiquement la leucine et la tyrosine, sans que l'on puisse attribuer leur formation à aucun phénomène de putréfaction ou à l'apparition d'un infusoire quelconque. Le rendement en est même si considérable, que c'est là un bon moyen de préparation de ces beaux composés. Ainsi, avec 350 grammes de levûre en pâte, représentant 84 grammes de matière sèche, on obtient plus de 5 grammes de leucine très-pure, et plus de 5 décigrammes de tyrosine superbe.

Tels sont les produits qu'engendre la levûre qui se consomme elle-même, comme par autophagie, et que M. Liebig appellerait des *produits d'altération de levûre*. Ces produits ne sont capables, ni séparément, ni réunis, de faire subir la fermentation alcoolique au sucre de canne. La zymase et les acides sont seuls capables de l'intervertir, et si l'on a le soin de se mettre à l'abri des microzymas et de leur évolution par une filtration soignée et par une addition de créosote ou d'acide phénique à dose non coagulante, le sucre n'éprouve de la part d'aucun d'eux une transformation différente. La fermentation alcoolique n'est donc pas fonction des produits variés que la levûre engendre, mais, comme je l'ai dit ailleurs, elle est fonction de son organisation. Tant que l'on ne tiendra pas compte de la partie organisée de la levûre et des microzymas qui la constituent et qu'elle contient, on ne comprendra rien à la formation de tous ces produits.

—*Des gaz du sang. Expériences sur les circonstances qui en font varier la proportion dans le système artériel.* Note de MM. *Ed. Mathieu* et *V. Urbain*, présentée par M. *Cahours*. — *Influence de la température animale.* Chez les animaux, dont la température propre est soumise à des variations, on obtient un résultat inverse du précédent : le sang artériel contient une proportion d'oxygène plus grande lorsque la température animale s'élève, moins grande lorsqu'elle s'abaisse. En désoxygénant rapidement du sang par un courant d'hydrogène et en déterminant la quantité d'oxygène que ce sang est susceptible d'absorber pendant un temps déterminé, suivant que sa température était plus ou moins élevée, on démontre que le sang refroidi fixe plus d'oxygène que le sang maintenu à la température du corps. Ainsi la propriété fonctionnelle des globules sanguins ne semble pas s'exagérer par une température élevée, ni s'amoindrir par le froid.

La présence d'une quantité plus élevée d'oxygène, dans le sang artériel des animaux dont la température rectale augmente, se lie à des oxydations plus actives. Mais on doit remarquer que l'acide carbonique, dont la formation est le résultat ultime des oxydations organiques, ne se rencontre en proportion anormale dans le sang qu'une heure ou deux après l'élévation artificielle de la température du corps. A ce moment, la réaction acide que présente le tissu musculaire surchauffé a fait place à la réaction alcaline ordinaire.

Lorsque la température animale s'abaisse, les combustions intimes vont en décroissant. Cette diminution serait plus accusée encore si l'on tenait compte de la lenteur de la circulation, comme il serait nécessaire de le faire pour avoir la valeur exacte de ces oxydations. Un fait à signaler, lorsque le refroidissement du corps d'un animal est poussé à l'extrême, c'est la quantité d'acide carbonique qui reste en dissolution dans son sang artériel. Cette quantité s'élève à plus de 60 p. 100. Après la mort dans une atmosphère d'acide carbonique, la proportion n'est guère plus considérable. Aussi l'arrêt des mouvements du cœur par excès d'acide carbonique dans le sang du ventricule gauche devient la cause probable de la mort par refroidissement.

Enfin, la rigidité musculaire du cœur, qui s'observe lorsque la température d'un animal atteint 45 degrés, serait la conséquence des oxydations excessives qui précèdent la mort par la chaleur.

Influence du travail musculaire. — La quantité d'oxygène en circulation dans le sang artériel augmente pendant le travail, mais cette augmentation n'est pas en rapport avec le nombre des respirations. Après un travail soutenu, la respiration devient triple ou quadruple de ce qu'elle est normalement; or le chiffre d'oxygène ne s'élève nullement dans cette proportion. Il faut admettre l'intervention de quelque cause s'opposant à l'absorption trop prononcée de l'oxygène par le sang.

La rapidité de la circulation paraît jouer ce rôle modérateur. Pour étudier d'une manière indépendante l'influence de la respiration et de la circulation sur les gaz du sang artériel, nous avons, disent les auteurs, cherché à déterminer les modifications apportées par la section et l'électrisation des nerfs pneumogastriques.

Le rhythme respiratoire étant seul modifié, on constate que l'artérialisation du sang est plus complète si la respiration devient plus profonde, quoique plus rare, ou si elle devient plus fréquente à égalité d'amplitude. La quantité d'oxygène augmente encore dans le sang artériel lorsque les battements du cœur sont ralentis sans changement dans la fréquence des respirations. Par conséquent, une circulation lente facilite l'hématose, que modère une circulation rapide. Il se produit ainsi un antagonisme entre les effets de la respiration et des pulsations, lorsqu'elles s'accélèrent en même temps.

Influence du sommeil chloroformique. — L'oxygénation du sang artériel pendant l'action du chloroforme sur l'organisme est assez variable. La période d'excitation initiale correspond à un sang artériel plus oxygéné que normalement. L'action prolongée du chloroforme entraîne, au contraire, un ralentissement de la respiration, un abaissement de la température et une diminution dans la quantité d'oxygène fixé par le sang rouge.

La morphine a une action analogue à celle du chloroforme. Pendant la léthargie causée par le froid, on observe la même

diminution. Il est donc probable que le sommeil physiologique consiste, non-seulement dans une anémie cérébrale, mais aussi dans l'envoi au cerveau d'un sang artériel moins oxygéné.

On voit, en outre, que les combustions diminuent notablement à la suite de l'anesthésie prolongée. Après la mort par le chloroforme, le sang du cœur droit est aussi oxygéné qu'à l'état normal; de plus, s'il survient des accidents de suspension de la respiration par irritation des nerfs laryngés supérieurs, le sang artériel reste toujours suffisamment oxygéné. L'asphyxie par défaut d'oxygène ne peut donc pas être invoquée pour expliquer la mort par le chloroforme.

M. *Chantran* envoie une note sur la *fécondation des écrevisses*.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements du Nord, de Vaucluse et de Lot-et-Garonne. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Laboulbène*, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie pathologique. — *b*. Des lettres de M. le docteur *Woillez* et de M. le docteur *Villemin*, qui se présentent comme candidats dans la section de pathologie interne. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Mattei*, qui se présente comme candidat dans la section d'accouchements. — *d*. Une lettre de M. *Armand Coubaux*, qui se présente comme candidat pour la section de médecine vétérinaire. — *e*. Une note de M. le docteur *Pigeon* sur la peste bovine. (*Commission des épidémies.*) — *f*. Un rapport de M. le docteur *Petiteau* sur les vaccinations pratiquées en 1870 dans l'arrondissement des Sables-d'Olonne. (*Commission de vaccine.*) — *g*. Un mémoire de M. le docteur *Rochard*, relatif à un projet de création d'une ambulance sur la Seine. — *h*. Deux exemplaires de l'*Hygiène des écoles*, par le professeur *Virchow*, traduit de l'allemand par M. le docteur *Decaisne*. — Une lettre de M. *Galante*, fabricant d'instruments de chirurgie, déclarant que l'appareil aspirateur construit par M. Mathieu n'est que la reproduction d'un des nombreux appareils qu'il fabrique depuis plusieurs années d'après le système de l'occlusion aspiratrice de M. Jules Guérin, pour tarir les collections de liquides qui exigent l'aspiration continue

M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie un nouveau modèle de brise-pierre, fabriqué par *Colin* sur les indications de M. le docteur *Reliquet*. (Nous publierons une note de M. Reliquet sur ce sujet.)

M. *Vernois* dépose sur le bureau un exemplaire d'une lettre sur l'hygiène professionnelle de la manufacture de Saint-Gobain, par M. le docteur *Warmont*.

M. *Depaul* présente une brochure intitulée : CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DES PARALYSIES PUERPÉRALES, par M. le docteur *A. Charpentier*.

M. *Gavarret* offre en hommage un volume intitulé : MÉMOIRE SUR LE MOUVEMENT ORGANIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LA NUTRITION, par le docteur *Jules-Robert Mayer* (de Heilbronn), traduit de l'allemand par M. *Louis Pérard*.

M. Gavarret accompagne cette présentation des réflexions suivantes :

« En 1842, J. R. Mayer, médecin à Heilbronn, établit, dans son livre sur LES FORCES DE LA NATURE ORGANISÉE, le principe de l'*équivalence du travail et de la chaleur*. Dès 1843, Joule fournit la preuve expérimentale, irréfutable, de l'exactitude de ce grand principe. Plus tard, l'étude des rapports des divers agents du monde inorganique et du travail mécanique a conduit à la loi, aujourd'hui définitivement établie, de l'unité, de l'indestructibilité, de l'invariabilité du principe dynamique, dont ces agents ne sont que des modalités, des transformations équivalentes.

» J. R. Mayer étendant aux sciences biologiques le principe de l'équivalence des forces, dont il avait enrichi les sciences du monde inorganique, publia, en 1845, son mémoire sur le MOUVEMENT ORGANIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LA NUTRITION. — Si le végétal organise la matière minérale empruntée à la terre et à l'atmosphère, c'est qu'il utilise la force vive de la radiation solaire. Il en fait de l'affinité chimique et, sous cette nouvelle forme, il l'emmagasine dans les matériaux organiques, tous combustibles, de ses propres tissus. Ces produits organiques, fabriqués par le végétal, sont des principes alimentaires pour l'animal qui les brûle dans ses capillaires généraux et les ramène à leur forme minérale primitive. Le produit ultime de cette combustion est une quantité de chaleur équivalent à la force vive empruntée par le végétal à la radiation solaire. Cette chaleur ainsi produite devient la source de toute la force dont l'animal peut disposer. »

La séance a été bonne et presque glorieuse pour la pharmacie et la thérapeutique. L'Académie vient d'enregistrer à leur actif deux nouvelles découvertes : l'une, importante et précieuse, celle de la digitaline pure, cristallisée ; l'autre, plus modeste, celle du polymorphisme du bichlorure de mercure.

M. *Personne*, l'auteur de cette dernière, pharmacien de la Pitié, candidat pour la section de pharmacie, a lu une courte et intéressante note, dans laquelle il a fait connaître un procédé qui lui a permis d'obtenir le sublimé corrosif (bichlorure de mercure) à l'état vitreux. L'avantage du produit nouveau est d'être plus soluble dans l'eau que les deux formes cristallines, prismatique et octaédrique, déjà connues. Grâce à cette solubilité plus grande, on pourra désormais administrer le sublimé dans un breuvage moins désagréable que la liqueur de Van Swieten.

— Il arrive trop souvent que la lecture d'un rapport pour les prix devient le signal d'une sorte de désertion générale. M. *Buignet*, rapporteur pour le prix Orfila, et M. *Hérard*, rapporteur pour le prix Barbier, ont eu le don et le rare privilége de retenir leurs collègues et les assistants sur les bancs de l'Académie jusqu'à la fin de la séance.

Le rapport de M. Buignet (1), si correct, si lucide, si bien exposé, si bien lu et surtout si instructif, méritait l'attention à tous égards. Il annonçait à l'Académie et au monde savant la bonne nouvelle d'une découverte, vainement poursuivie depuis plusieurs années, celle du principe actif de la digitale à l'état de pureté absolue. Jusqu'à présent, les diverses préparations imaginées pour l'extraction de la digitaline, toutes calquées sur le procédé primitif d'Homolle et de Quévenne, n'avaient donné que des produits impurs, variables dans leurs formes et infidèles dans leurs effets. Cette imperfection n'est apparue qu'avec trop d'évidence dans les débats d'un procès tristement célèbre, dont le corps médical n'a pas encore perdu le souvenir. Il y avait donc un pressant intérêt, au triple point de vue de la physiologie, de la thérapeutique et de la médecine légale, à trouver un nouveau mode d'extraction qui fournît, avec une rigoureuse précision, la digitaline cristallisée, absolument dépouillée de toute trace d'élément étranger. Les recherches et les efforts de deux années n'avaient pas suffi à cette tâche ; l'Académie a été obligée de mettre, une troisième fois, la question au concours. Cette fois, un concurrent a réussi, c'est l'heureux auteur du mémoire n° 3, dont le nom est encore un secret pour les profanes et ne sera divulgué que le jour de la séance solennelle.

La commission a contrôlé elle-même, et longuement expérimenté le procédé du candidat, et elle a pu en vérifier la supériorité. Le tort des procédés anciens était de chercher la digitaline dans la macération aqueuse, où elle est en très-minime proportion, au lieu de la chercher dans le résidu, où elle abonde. La substitution de la macération alcoolique à la macération aqueuse et l'intervention du chloroforme constituent les principales particularités de la manipulation nouvelle.

M. Buignet met sous les yeux de l'Académie des échantillons de digitaline pure obtenue par ce moyen, échantillons de l'inventeur, et échantillons, plus beaux encore, de la commission. Les chimistes, les pharmaciens et tous les membres compétents de l'assemblée s'approchent de la tribune, contemplent ces magnifiques cristaux, à paillettes soyeuses, nacrées, semblables à ceux du sulfate de quinine, et chacun admire la vive coloration vert-émeraude que donne cette pure digitaline traitée par l'acide chlorhydrique.

La perfection chimique du produit est confirmée et corroborée par ses propriétés physiologiques et par ses qualités thé-

(1) Voyez le *Bulletin de l'Académie* du 30 janvier.

rapeutiques. M. Vulpian a constaté la constance et la sûreté de ses effets sur le cœur des grenouilles; M. Marrotte l'a soumis au contrôle de l'expérience clinique. La digitaline pure possède une promptitude et une intensité d'action très-supérieures à celle de la digitaline d'Homolle et de Quévenne. 3 milligrammes administrés en vingt-quatre heures amènent des phénomènes de saturation et d'intolérance. 1 milligramme par jour est mal supporté par la plupart des malades. On ne doit guère dépasser la dose quotidienne de 1/2 milligramme.

La nouvelle digitaline est donc un agent toxique d'une redoutable énergie. Il faut apporter dans son administration une extrême prudence.

Après la lecture de ce beau rapport, M. *Devergie* demande des remercîments pour M. Buignet; mais le rapporteur s'y dérobe modestement en disant qu'il n'a fait que son devoir, et qu'il a trouvé, d'ailleurs, de zélés collaborateurs dans les autres membres de la Commission.

La commission du prix Barbier avait à examiner trois mémoires. M. *Hérard*, rapporteur (1), a fait prompte justice du mémoire n° 1, qui attribue la production du choléra à l'influence malfaisante d'un champignon microscopique, et qui s'imagine avoir trouvé le remède « infaillible » du trousse-galant dans l'emploi de la glace et dans l'administration de l'ozone *intrus* et *extra*.

M. le rapporteur a été plus indulgent pour le mémoire n° 3, qui traite aussi du choléra, de ses causes, de sa nature et de sa thérapeutique, à propos d'une épidémie cholérique observée à Condé et dans les environs. Suivant l'auteur, le choléra aurait une origine miasmatique : ce serait une fièvre pernicieuse de même essence que les fièvres palustres. A ce compte, le fléau asiatique trouverait son spécifique dans les préparations de quinquina, et notamment dans le tannate de quinine. Cinq cents cas (presque tous de cholérine) attestent, au dire de l'auteur, l'efficacité de ce remède.

M. Hérard et, après lui, M. *Chauffard*, nient la nature miasmatique du choléra et repoussent son assimilation avec les fièvres paludéennes.

Quant aux vertus « préservatives » et « curatives » du tannate de quinine, admises avec une extrême réserve par le rapporteur, elles sont formellement contredites par MM. *Briquet*, *Chauffard*, *Mialhe* et *Boudet*. Ils soutiennent que le tannate de quinine est une substance absolument inerte, malgré les protestations de M. *Bouley*, qui invoque en faveur du médicament les cinq cents observations citées dans le mémoire, et demande qu'on en appelle à de nouvelles expériences cliniques.

La commission paraît avoir accordé ses faveurs au mémoire n° 2, relatif à la staphylorrhaphie sur les enfants de l'âge tendre. C'est une œuvre sérieuse, dit M. le rapporteur, basée sur une sévère analyse des observations antérieures, sur une étude approfondie du sujet, et sur une heureuse pratique personnelle. L'auteur, après avoir signalé les principales causes d'insuccès de cette utile opération, décrit les modifications qu'il a apportées au procédé de Roux, et les précautions minutieuses qu'il convient de prendre en vue de prévenir et de conjurer tout risque d'échec. Il insiste spécialement sur l'utilité de l'emploi du chloroforme et sur la nécessité d'alimenter les enfants avec une sonde œsophagienne, dans le double but de soutenir les forces des petits opérés, et d'empêcher les mouvements brusques du voile du palais pendant la déglutition, mouvements si préjudiciables à la solidité des sutures.

M. *Giraldès* appelle l'attention sur les services rendus à la staphylorrhaphie par l'instrument de Smith, destiné à maintenir la bouche des enfants ouverte et immobile pendant l'opération. Sans cette indispensable précaution, l'usage même du chloroforme serait sans effet.

(1) Voyez le *Bulletin de l'Académie* du 30 janvier.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports et voter les propositions des commissions.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. H. BLOT.

APPAREIL DE GUTTA-PERCHA POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU FÉMUR CHEZ LES NOUVEAU-NÉS. — RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE. — RAPPORT DE LA COMMISSION DU PRIX LABORIE.

M. *Guéniot*. Les fractures de cuisse chez les nouveau-nés, ordinairement produites par les manœuvres de l'accouchement, par les tractions sur la partie supérieure de la cuisse dans le pli de l'aine, ont pour siége ordinaire le tiers supérieur du fémur. La réduction est souvent facile; mais l'appareil contentif est très-difficile à appliquer; au bout de quelques heures, l'appareil a glissé et tout est à recommencer. Comment remédier à un pareil inconvénient? J'avais essayé bien des moyens, mais en vain. Dans un cas, voyant que les deux fragments faisaient un angle antéro-externe, je pensai à appliquer une ceinture résistante autour du bassin, et à faire partir de là quelque chose qui presserait sur l'angle de la fracture.

Le 29 novembre 1871, on apporta dans mon service un enfant de quatre jours, très-faible, issu d'une grossesse trigémellaire, et atteint d'une fracture du fémur droit à son tiers supérieur. Un appareil appliqué en ville sur toute la longueur du membre avait déterminé par sa pression de l'œdème et de la rougeur. Je remplaçai cet appareil par un autre très-léger, fabriqué avec des attelles de carton; mais les mouvements de l'enfant et la brièveté du fragment supérieur rendaient la contention impossible. Vainement je tentai de fixer l'appareil à la racine du membre au moyen de quelques tours de bande, qui s'enroulaient sur le tronc et remontaient en spirale jusque sur les épaules; toujours l'appareil avait glissé le lendemain, et les fragments formaient un angle en avant et en dehors. Dans les cas que j'ai observés jusqu'ici, j'ai toujours constaté cet inconvénient. L'enfant a une grande tendance à fléchir la cuisse sur l'abdomen, comme dans l'attitude qu'il avait avant de naître. C'est pour y remédier que j'ai imaginé l'appareil que je mets sous les yeux de la Société.

Il est formé d'une plaque de gutta-percha que l'on façonne de manière à constituer deux gouttières solidement unies l'une à l'autre. La première, de dimensions proportionnées au volume de l'enfant, est destinée à recouvrir les deux tiers antérieurs de la circonférence du tronc; la seconde, de dimensions moindres et unie angulairement à l'autre au niveau du pli de l'aine, est destinée à entourer les deux tiers supérieurs du membre fracturé dans les trois cinquièmes antéro-externes de sa circonférence. Il comprime ainsi le sommet de l'angle des fragments et maintient la réduction. Le reste du membre est libre, les parties génitales et le siége se trouvant à découvert permettent tous les soins de propreté. Chez l'enfant que vous voyez ici, l'appareil n'a aucune tendance au déplacement; le membre malade n'est le siége d'aucun raccourcissement. Le cal est régulier, solide, et les fonctions du membre sont entièrement recouvrées. Quant à la santé générale, malgré la faiblesse originelle, elle est devenue aussi satisfaisante que possible.

M. *Chassaignac*. Je sais combien il est difficile de contenir les fractures chez les nouveau-nés, quoique la réduction soit facile. Dans une fracture du tiers supérieur du fémur, j'ai employé ce que j'appelle l'immobilisation préalable, à l'aide de petites attelles de carton maintenues par des bandelettes de diachylon, et j'ai placé ensuite un appareil plâtré. L'enduit vernissé est indispensable pour ces appareils, afin d'empêcher l'urine et les déjections de couvrir les pièces de cet appareil.

M. *Demarquay*. Dans un cas analogue, j'ai fait faire une

petite gouttière de Bonnet, où l'enfant était couché; la nourrice promenait l'enfant dans son appareil. La guérison a été complète.

M. *Giraldès*. Souvent on nous apporte des nouveau-nés avec ces fractures consolidées ou non. Comme les enfants se salissent, il faut enlever les appareils souvent; il faut donc un appareil qui ne s'altère point et qu'on puisse nettoyer sans le déranger. M. Guéniot a eu recours à un moyen commode.

M. *Tarnier*. J'ai vu un certain nombre de ces fractures qui avaient pour origine des tractions pendant l'accouchement; mais le déplacement n'était pas considérable. La déformation ultérieure peut être grande, assurément; mais je crois que la position des cuisses du nouveau-né, position de la vie intra-utérine, et l'absence de grand déplacement, sont peut-être la cause principale de la guérison rapide et bonne qu'a observée M. Guéniot.

M. *Marjolin*. Quand la consolidation est abandonnée à la nature seule, on a des cals excessivement vicieux, et plus tard on est consulté pour des déformations qui sont la suite de fractures non soignées. Chez ces enfants, ce qu'on a à combattre c'est la malpropreté résultant des urines ou des matières fécales qui filent sous les appareils; de là des érosions cutanées et un état fébrile qui affaiblit l'enfant. Il ne faut pas craindre de renouveler l'appareil souvent, commencer par huiler la peau, mettre le membre dans la rectitude et prendre un point d'appui sur le tronc. J'emploie des coussins piqués sur le milieu et montant sur le tronc, avec attelles sur les coussins.

M. *Forget*. Il y a dix ans, je fus appelé près d'un enfant né depuis dix jours, ayant une fracture à la partie moyenne de la cuisse. La mobilité était très-grande. J'appliquai quatre attelles et un bandage circulaire; le malade guérit sans difformité.

M. *Le Fort*. Les fractures de cuisse chez les très-jeunes enfants ressemblent aux fractures sous-trochantériennes des adultes et réclament une attelle en T dont la barre transversale prend point d'appui sur le bassin et la barre verticale fixe la cuisse à l'aide de tours de bande circulaires en diachylon appliquées par-dessus un linge de toile recouvrant la peau.

— M. *Demarquay*. J'ai l'honneur de présenter à la Société les pièces provenant d'un malade auquel j'avais pratiqué le cathétérisme de l'œsophage. Il s'agit d'un enfant de quinze ans qui, au mois de mai dernier, avait bu, par mégarde, un verre de solution de potasse qu'il avait vomi. Une dysphagie était apparue et était arrivée à un tel degré que le malade ne pouvait plus boire. Je vis le malade trois mois après l'accident; je passai une sonde ordinaire n° 10, à l'aide de laquelle je pus donner des aliments liquides à l'enfant; puis je procédai à la dilatation. Peu de temps après, l'enfant buvait et mangeait. A quelque temps de là l'enfant revint : il ne pouvait plus avaler. Je cherchai à passer de nouveau les olives dilatatrices; mais je ne pus passer que la plus petite. C'était le 8 septembre. Pendant que je passai l'instrument, le petit garçon souffrit; il but néanmoins et déclara qu'il sentait que les boissons passaient dans l'estomac. Le soir, il eut de la fièvre; je trouvai une pleurésie. Le malade entra dans le service de M. Cazalis, où il est mort le 4 octobre. On voit sur la pièce une perforation de l'œsophage communiquant avec le foyer d'une vaste pleurésie purulente. La communication est large et peut recevoir une grosse sonde. Je crois que dans ce cas il y a eu ramollissement de l'œsophage, de sorte que sous le moindre effort le conduit s'est rompu. Dans des expériences sur des animaux, j'ai constaté ce fait. Dans un rétrécissement cancéreux de l'œsophage, après un cathétérisme, le malade but et eut une quinte de toux : une communication s'était établie entre l'œsophage et les bronches. Depuis que je connais ces cas, je mets toujours la plus grande prudence dans le cathétérisme de l'œsophage.

— M. *de Saint-Germain* lit le rapport de la commission du prix Laborie. Ces conclusions sont : qu'il n'y a pas lieu à décerner le prix, et qu'un encouragement est accordé à M. Cornillon pour son travail sur la constriction uréthrale dans les rétrécissements péniens.

REVUE DES JOURNAUX.

Fièvre pernicieuse suivie de mort, et confondue avec un étranglement herniaire, par J. FAYRER.

L'observation suivante, que nous résumons, est un exemple de la difficulté du diagnostic dans certaines formes des plus graves de fièvre paludéenne. Le chirurgien fut sur le point de faire une opération, mais la rapidité des accidents ne le lui permit pas.

OBSERV. — Le 6 août, dit M. Fayer, je fus appelé par un médecin de Calcutta pour voir un cas supposé de hernie irréductible avec symptômes d'étranglement. Je trouvai le malade, âgé de vingt-huit ans, jeune Anglais vigoureux, d'une belle complexion, souffrant d'une tumeur à l'aine gauche, située au-dessous du ligament de Poupart, douloureuse à la pression et accompagnée d'une sensibilité générale de l'abdomen. Il y avait de la fièvre, le pouls marquant 104, et modérément résistant. Le jour précédent, le 5 août, ce jeune homme était sorti la plus grande partie de la journée et s'était beaucoup fatigué. En sautant de sa voiture, il s'était donné un effort, auquel il attribue la douleur de l'aine. Il rentra chez lui à quatre heures du soir, le temps était chaud, humide et lourd : une véritable journée d'août de Calcutta. Le malade se plaignit d'une douleur rongeante à l'estomac, et l'attribua à la fatigue et à la faim. Il mangea un peu, et, aussitôt après le dîner il éprouva un violent frisson, comme au début d'un fort accès de fièvre intermittente. Il y avait eu une selle composée de matières grisâtres. La soif devint excessive, le malade but de l'eau glacée qui, chaque fois, était rejetée par les vomissements, ces symptômes persistèrent toute la nuit. Pendant ce temps, la la tumeur de l'aine grossissait, devenait plus douloureuse, la douleur s'étendait à tout l'abdomen. Le malade passe la nuit dans l'agitation, les douleurs devenant plus vives, les vomissements, les nausées se multipliant. La fièvre diminua vers le matin. Le médecin, soupçonnant une hernie étranglée, envoya chercher M. Fayrer. A ce moment (dix heures du matin) les vomissements avaient cessé depuis quelques heures, il y avait eu une garde-robe pendant la nuit. M. Fayrer examina la tumeur inguinale et envoya le malade à l'hôpital pour faire surveiller la marche des symptômes. Ce médecin doutait de l'existence de la hernie, mais comme le cas était obscur, il prit le parti de faire transporter le patient. Celui-ci était anxieux, déprimé, et souffrait de vives douleurs dans le ventre et à l'aine. Il se trouva d'abord mieux à son entrée à l'hôpital, il n'y eut pas d'autre apparition de symptômes d'étranglement; mais à deux heures de l'après-midi, des symptômes analogues à ceux du jour précédent se présentent. A quatre heures, la respiration était haletante, la dépression marchait avec rapidité, la dyspnée devenait intense, la face livide, le pouls imperceptible. Le malade mourut une demi-heure plus tard, ayant conservé l'intelligence jusqu'au dernier moment. On lui avait administré des stimulants et du sulfate de quinine en boisson et en lavements. A l'autopsie, on ne trouva aucune espèce de hernie, les anneaux étaient libres, la tumeur de l'aine était constituée par du tissu cellulaire épaissi autour de ganglions indurés. Il y avait une apoplexie pulmonaire.

(*Medical Times and Gazette*, 30 décembre 1871.)

VARIÉTÉS.

Glanes.

LE CHOLÉRA EN ORIENT.

Le choléra à Constantinople présentait, vers la fin de novembre, les signes d'un accroissement d'intensité; mais depuis cette époque la situation s'est améliorée. Le nombre des morts, qui dans la dernière semaine de novembre s'élevait à 405, n'était plus, à la fin de décembre, que de 288 à 200. On signale l'apparition de l'épidémie au voisinage de Salonique et à Amassia, à quelque distance de Samson. A Médine, il n'y a pas de choléra. A la Mecque, deux ou trois cas se sont présentés. A Jeddah il n'y a pas un seul cas. Le transport autrichien la *Diana* ayant présenté, dans son trajet de Constantinople à Alexandrie, un cas de mort par le choléra, on a décrété une quarantaine de vingt jours. (*The Lancet.*)

LE PROJET DE L'HÔTEL-DIEU JUGÉ EN ANGLETERRE.

Une seule phrase caractérise l'opinion de la rédaction du MEDICAL TIMES AND GAZETTE. Rappelant les réclamations des médecins et des hôpitaux contre la « proposition monstrueuse » de bâtir un vaste hôpital contenant 800 lits au centre de la capitale, le rédacteur explique de la manière suivante l'échec de l'opinion médicale : « Ce fut en vain! Les vues du baron Haussmann sur l'embellissement de la capitale réclamaient un bâtiment imposant dans cet emplacement, et les idées sentimentales de l'empereur décidèrent la construction, pour que ce palais du pauvre pût accompagner, *pari passu*, l'exemple « d'extravagance » donné par l'édification de l'Opéra. »

LA CULTURE DU QUINQUINA ET DE L'IPÉCACUANHA DANS L'INDE.

Depuis plusieurs années, on s'est préoccupé, à tort ou à raison, de l'épuisement, dans les forêts du Pérou et du Brésil, des plants naturels de cinchonas et de l'ipécacuanha : l'arbre et l'herbe devaient manquer à la médecine dans un délai bien plus menaçant que celui qui menacerait de priver l'industrie de la houille. Les Anglais, en gens avisés, dans l'intérêt de l'humanité et aussi dans celui de leurs colonies, ont donné un exemple bon à suivre. Ils ont tenté dans les Indes l'acclimatation des chinchonas et de l'ipécacuanha. Ils se préoccupent de ces essais, et la LANCET nous apprend que l'intendant en chef des plantations de cinchonas, chargé des essais de plantations d'ipécacuanha, informe le gouvernement que les plants d'ipécacuanha ont parfaitement réussi dans le « Burliar Garden. » Il demande un essai plus étendu. Mais le rapport est malheureusement moins favorable à l'égard des cinchonas, car le conservateur des forêts signale au résident du Travancore qu'une proportion considérable de cinchonas périssent du *chancre*. (*The Lancet*, 20 janvier.)

Association des médecins de la Seine.

La GAZETTE DES HÔPITAUX publie les deux lettres suivantes, l'une adressée à M. Le Sourd, et l'autre à M. de Ranse, par M. le docteur Brochin :

A M. le docteur Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

..... Il est d'un usage traditionnel, dans l'Association des médecins de la Seine, de choisir exclusivement les membres du bureau parmi les sociétaires qui, par suite d'une haute position scientifique et d'une grande notoriété, jouissent d'une influence personnelle considérable, soit dans le sein même de l'Association, soit au dehors. En outre, les membres du bureau, ainsi choisis, sont constamment réélus chaque année et conservent généralement leurs fonctions jusqu'à ce que l'état de leur santé ne leur permette plus de les remplir.

Cet usage m'a paru, comme bien d'autres, en contradiction formelle avec la constitution si libérale de notre Association, et avec le droit primordial de tous les sociétaires à partager les mêmes honneurs, comme ils partagent les mêmes charges. Vous avez bien voulu, mon cher confrère, reproduire dans votre journal les quelques considérations que j'ai développées à ce sujet ; je puis donc me dispenser d'y revenir.

J'ajouterai simplement que la démission de M. Barth, que j'ai apprise avant de connaître la délibération de la Commission générale relative aux élections, m'a semblé une occasion très-propice pour rompre avec un usage qui présente de si sérieux inconvénients, et c'est alors que j'ai songé à proposer la candidature de M. Brochin. J'ai fait part à notre honorable confrère de mes idées, je lui ai lu l'article où je venais de les exposer; il les a trouvées justes et il a pensé, comme moi, que leur application ne peut que contribuer à assurer et à accroître la prospérité de notre Association. C'est dans ce sens qu'il a accepté la candidature que je lui offrais, et il est bon de faire remarquer que cette candidature est la première qui se soit produite, que, par conséquent, elle n'est ni le fruit, ni l'expression d'une opposition quelconque.

Quelque temps après, notre dévoué secrétaire général, M. Orfila, m'a honoré d'une visite et m'a adressé une lettre pour rectifier une petite erreur que j'avais commise en attribuant au bureau ce qui appartient à la Commission générale. Il va sans dire que je me suis empressé de faire la rectification ; mais je dois déclarer que, ni dans l'entretien que nous avons eu ensemble, ni dans sa lettre, M. Orfila ne m'a converti à ses idées.

Cette lettre était accompagnée d'une note qui a été adressée en même temps à d'autres journaux de médecine, et qui contenait le *résultat* de la délibération de la Commission générale relative aux élections. M. Gueneau de Mussy y figure comme le candidat proposé par la Commission générale en remplacement de M. Barth.

Il est indispensable, mon cher confrère, de nous arrêter un instant à cette séance de la Commission générale, où la liste de présentation des candidats a été arrêtée.

Suivant une décision prise en 1868 par la Commission générale, sur un rapport de M. Guyon, la délibération relative aux candidatures doit avoir lieu chaque année dans la séance du mois de décembre. Quelques membres de la Commission pouvaient se rappeler cette décision, qui ne figure ni dans les statuts, ni dans les règlements ; mais un grand nombre certainement l'ignorait, surtout parmi les nouveaux-venus. Je ne veux à ce sujet incriminer personne, mais je crois que, désormais, le bureau fera au moins acte de courtoisie en prévenant, dans la lettre de convocation, les membres de la Commission générale de l'ordre du jour relatif aux élections.

J'ai dit plus haut que chaque année on a l'habitude de renouveler le mandat des membres du bureau ; justement, cette année, M. Barth était démissionnaire, il y avait donc une nomination nouvelle à faire, et cette circonstance a dû augmenter le regret, chez certains membres de la Commission, de n'avoir pas été prévenus plus tôt de la vacance qui se produisait, et d'être ainsi obligés, séance tenante, ou de voter pour le candidat présenté par le bureau, ou d'improviser une autre candidature, ce qui est difficile et, dans tous les cas, ne saurait permettre de lutter à armes égales. Aussi, au premier tour de scrutin, les voix se sont partagées entre MM. Gueneau de Mussy, Clerc, Depaul, Legrand du Saulle ; aucun d'eux n'a eu la majorité. Au second tour de scrutin, M. Gueneau de Mussy n'a eu qu'une majorité de deux voix. Il est permis de se demander, dans le cas où les membres de la Commission n'auraient eu le temps de s'entendre sur le choix d'une autre candidature, si le candidat proposé par le bureau aurait été élu.

Quoi qu'il en soit, et quelque faible qu'ait été la majorité obtenue par M. Gueneau de Mussy, il a cessé d'être le candidat du bureau pour devenir celui de la Commission générale : c'est là un point qu'on ne saurait contester, ni même discuter. Mais il eût été peut-être désirable, en présence de cette faible majorité et de l'unanimité qu'on rencontre parfois en pareille circonstance, que le bureau, dans la circulaire adressée aux journaux, au lieu de se borner à donner le résultat du vote, eût fait connaître la délibération tout entière relative à ce vote. Il a oublié sans doute que cette mesure n'est pas de sa part simplement facultative, mais qu'elle est obligatoire en vertu de la décision prise en 1868, à la suite du rapport de M. Guyon, décision rappelée plus haut et qui a été invoquée par le bureau lui-même.

Je ne juge pas ces faits ; je les raconte en simple historien. Ils permettent de comprendre comment la minorité de la Commission générale, qui avait voté pour un candidat autre que celui présenté par le bureau, a pu réserver ses droits et se rallier à la candidature de M. Brochin. Plusieurs membres de cette minorité sont venus à la réunion à laquelle assistaient quelques représentants de la presse médicale. Un de ces derniers ne fait point partie de l'Association, et cependant il a été compris dans un comité chargé de servir d'intermédiaire entre le groupe de sociétaires présents à la réunion de leurs collègues de l'Association, en empruntant la voie des journaux. On a grossi démesurément l'importance de cette circonstance, qui, pour tout esprit impartial, est d'un ordre complétement secondaire.

Une note, émanant de la réunion dont je viens de parler, a été adressée à divers journaux de médecine qui l'on publiée, comme vous l'avez fait vous-même dans le journal que vous dirigez. Cette note, au bas de laquelle on a pu lire ma signature, et dont j'accepte par conséquent la responsabilité pour la part qui me revient, a été l'objet de critiques très-vives. Mais il faut reconnaître que ces critiques ont exclusivement porté sur la forme et n'ont pu atteindre le fond. Il ne m'en coûte nullement, rendant avant tout hommage à la vérité, de reconnaître que cette note, rédigée collectivement, au milieu des conversations particulières, a pu comprendre telle expression que ceux qui ont collaboré n'auraient point laissé passer, si chacun d'eux l'avait écrite isolément dans le silence du cabinet. Elle a pu ainsi trahir leur pensée et faire croire à des intentions qui n'existaient pas dans leur esprit. Elle n'avait, en effet, d'autre but que de porter à la connaissance des membres de l'Association, en même temps que l'adhésion d'un groupe de sociétaires à la candidature de M. Brochin, les circonstances qui ont accompagné le vote de la Commission générale, circonstances que nous venons d'exposer dans toute leur simplicité. Quant à la solidarité qu'on a voulu établir entre la note précédente et des articles qui ont paru ensuite dans divers journaux, il est évident pour tout le monde que cette solidarité ne saurait exister, et que les articles dont il s'agit engagent seulement et exclusivement la responsabilité de ceux qui les ont signalés ou des journaux qui les ont publiés.

En même temps que notre honorable secrétaire général répondait, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, à la note dont il vient d'être parlé, le bureau adressait à tous les membres de la Commission générale une convocation pour une réunion extraordinaire qui a été tenue vendredi dernier.

On m'a fait l'honneur de m'inviter à cette séance, et j'y ai assisté; mais je ne me crois pas le droit de divulguer ce qui s'y est passé. Tout ce que je puis dire, puisque c'est déjà ou ce sera demain de notoriété publique, c'est que la Commission générale a décidé que la lettre de M. Orfila, publiée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, sera adressée à tous les membres de l'Association.....

Il s'agit de savoir si notre constitution, si libérale d'ailleurs, qui ouvre indistinctement les portes de la Commission générale à tous les membres de l'Association, peut, dans la pratique, autoriser des mesures restrictives, et refuser, pour le renouvellement du bureau, *aux suffrages éclairés* d'une assemblée générale, ce qu'elle abandonne, pour le renouvellement de la Commission générale, à l'*aveugle décision* du sort.....

Veuillez agréer, etc.

Dr F. DE RANSE.

Paris, le 21 janvier 1872.

A M. le docteur de Ranse, rédacteur en chef de la GAZETTE MÉDICALE.

Mon cher confrère et ami,

Il se fait depuis quelque temps autour de mon nom beaucoup plus de bruit que je ne l'eusse désiré, et surtout beaucoup plus que ne me semble le comporter l'incident même que vous avez soulevé. Dans le pensée de provoquer une réforme que vous avez jugée utile, non pas dans les statuts de l'Association des médecins de la Seine, que vous tenez à juste titre pour excellents, mais dans quelques usages qui se sont introduits relativement au mode de procéder dans le choix et la présentation des candidats aux diverses fonctions du bureau, vous avez publié une sorte de manifeste dans lequel vous exprimez le vœu que l'Association adopte à l'avenir le principe du renouvellement annuel effectif des présidents et vice-présidents, tel qu'il est mis en pratique par la plupart de nos sociétés savantes, de manière à laisser à un plus grand nombre de sociétaires un libre accès à ces honorables fonctions. Et, dans un sentiment beaucoup trop bienveillant pour moi, tandis que tant d'autres noms pouvaient se présenter à votre esprit, c'est le mien que vous avez choisi pour représenter et personnifier ce principe. Une partie notable de la presse médicale a accueilli avec sympathie votre manifeste et adhéré à la fois au principe et à la candidature que vous cherchiez à faire prévaloir. Mon silence a été considéré, non sans raison, comme une acceptation implicite de l'un et de l'autre.

J'ignorais alors, comme vous-même, que la Commission générale eût déjà fait et proposé son choix. Dès que j'ai connu le candidat proposé, s'il ne se fût agi que de ma personne, je me serais certainement effacé devant un confrère qui a ma plus profonde et ma plus affectueuse estime. Mais j'ai cru que, du moment où mon nom avait été choisi pour représenter un principe auquel j'adhérais, je n'étais plus libre de céder à un sentiment personnel. Je me suis abstenu.

Ce qui s'est passé depuis, l'interprétation qui a été donnée à ma candidature par des hommes graves dont l'opinion fait poids, et dont l'estime et l'amitié me sont chères, m'oblige aujourd'hui à rompre le silence et à dire expressément dans quel esprit et à quelles conditions j'accepte la candidature qui m'est faite.

On a poussé un cri d'alarme, on a vu dans ma candidature un danger pour l'avenir de l'Association, et des amis dont je n'ai assurément aucun motif de suspecter la bonne foi et la sincérité s'en sont inquiétés pour moi-même. J'ai beaucoup cherché et je cherche encore quel est le danger que ma nomination — dans l'hypothèse où elle aurait lieu — pourrait faire courir à l'Association. Je ne me savais pas un foudre de guerre; et je cherche vainement ce qui, dans toute ma carrière, dans ma vie publique comme dans ma vie privée, pourrait faire soupçonner que l'esprit d'ordre, de moralité et de confraternité, qui sont les conditions mêmes et les raisons d'être de l'Association, auraient à souffrir de mon immixtion passagère dans ses affaires.

Mais c'est assez, c'est beaucoup trop parler de ma personne.

Est-ce le principe de la non-rééligibilité indéfinie, du renouvellement fréquent et des candidatures multiples laissant aux membres de l'Association toute liberté de choix entre les candidats proposés, qu'ils le soient par la commission générale ou par l'initiative d'un groupe de sociétaires, qui alarme tant les défenseurs de la tradition et des usages de la compagnie? J'avoue ne pas apercevoir davantage ce danger; et j'ai été beaucoup plus touché, au contraire, des avantages qui me sembleraient résulter à l'avenir de l'adoption de la mesure équitable et libérale que vous proposez. C'est là justement et uniquement ce qui m'a engagé à accepter et ce qui me fait maintenir la candidature que vous avez suscitée.

Cependant, et c'est surtout ce qui m'a fait un devoir de ne pas garder plus longtemps un silence qui laisserait trop facilement le champ libre à des interprétations que je ne puis accepter, s'il m'était sérieusement démontré que ma persistance dans la candidature à la vice-présidence pût devenir un élément de discorde parmi les membres de l'Association et jeter le trouble dans l'harmonie et le fonctionnement d'une institution aussi utile, je déclare que je ne laisserais pas passer les quelques jours qui nous séparent du scrutin sans me démettre et décliner l'honneur que l'on a bien voulu me faire. Je tiens surtout à décliner toute solidarité avec tout ce qui a pu être dit ou écrit à cette occasion, et à protester publiquement et énergiquement ici, si mon caractère et ma carrière tout entière ne protestaient d'avance pour moi contre les attaques aussi déplacées qu'imméritées qui, sous le prétexte de soutenir le principe que représente ma candidature, ont été dirigées contre des hommes dignes de tous les respects et pour qui j'ai toujours professé personnellement la plus grande estime.

Quel que soit du reste le résultat du scrutin, qu'il sanctionne ou non le principe que vous désirez faire triompher, je n'en resterai pas moins, après comme avant, l'un des admirateurs les plus sincères de l'œuvre d'Orfila, et l'un des sociétaires les plus dévoués à sa prospérité.

Agréez, mon cher confrère, etc.

Dr BROCHIN.

— Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de physiologie vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le 1er février, à quatre heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX (3, rue de l'Abbaye, à trois heures et demi précises.) — Ordre du jour de la séance du vendredi 26 janvier 1872 : Discussion du mémoire de M. Isambert sur l'angine scrofuleuse.

— M. le docteur Rabuteau commencera un cours public de toxicologie, le samedi 27 janvier, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique de la Faculté de médecine, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 13 au 19 janvier 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Scarlatine, 2. — Rougeole, 13. — Fièvre typhoïde, 17. — Typhus, 0. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 54. — Dysentérie, 4. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 214. — Affections chroniques, 303 (1). — Affections chirurgicales, 63. — Causes accidentelles, 16. — Total : 752.

(1) Sur ce chiffre de 303 décès, 128 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** Association des médecins de la Seine. — Mal perforant et lèpre automne. — **Cours publics.** Séméiologie : Des températures élevées excessives dans les maladies. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **Revue des journaux.** Fièvre pernicieuse suivie de mort, et confondue avec un étranglement herniaire — **Variétés.** Glanes : Le choléra en Orient. — Le projet de l'Hôtel-Dieu jugé en Angleterre. — La culture du quinquina et de l'ipécacuanha dans l'Inde. — Association des médecins de la Seine. — **Feuilleton.** Avenir des Facultés de médecine. — De l'enseignement des maladies des yeux.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 1er février 1872.

COURS SUPPLÉMENTAIRES DES AGRÉGÉS. — ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — DE LA DIGITALINE CRISTALLISÉE.

L'avenir des Facultés de médecine, et spécialement celui de la Faculté de Paris, préoccupe en ce moment tous les médecins. Les questions de réorganisation ou d'amélioration sont à l'ordre du jour, et parmi celles-ci la position des agrégés dans la Faculté est une des plus étudiées. On sent qu'il y a là bien des forces perdues ou tout au moins inexploitées. Un nombre relativement considérable de jeunes médecins, ayant fait preuve d'aptitudes souvent exceptionnelles, sont en quelque sorte arrêtés en pleine séve de travail, et plus tard voués à l'ingrat labeur des examens avec le dédommagement incertain de quelques remplacements en perspective ; et cela au grand détriment des élèves, qui pourraient sans aucun doute profiter largement d'une bonne volonté qu'on a jusqu'à présent négligée.

Un certain nombre d'agrégés, dans la pensée de s'associer aux réformes qui sont en ce moment à l'étude pour l'enseignement supérieur, ont offert à la Faculté de faire le soir un nombre déterminé de leçons dans un des amphithéâtres disponibles de l'école. Cette offre a été accueillie avec toute la faveur qu'elle méritait par la commission des professeurs nommée à cet effet. Les agrégés devront indiquer préalablement les sujets qu'ils se proposent de traiter.

La Société des agrégés s'est réunie et a reçu communication de l'accueil fait à la proposition de deux de ses membres. Elle s'est aussitôt associée à cette initiative, et, séance tenante, ont eu lieu les inscriptions pour ces cours supplémentaires. — Dans le but d'augmenter le nombre de ces cours, la Société des agrégés en exercice fait appel aux agrégés libres qui désirent s'associer à leurs collègues. Les cours auront lieu à huit heures du soir, et chaque jour. Trois agrégés se réunissent pour faire chacun environ huit leçons par mois.

La première leçon a lieu le mardi 6 février. — Les trois professeurs qui se feront entendre pendant cette première série de cours sont :

M. Brouardel, qui traitera *de la variole et de la vaccine;*

M. Le Dentu, qui a pris pour sujet *les hernies ;*

M. Gautier, qui a choisi la question des aliments et des phénomènes chimiques de la digestion.

Les cours se continueront sans interruption. Ils sont dès à présent assurés jusqu'au mois de juillet.

Il est à peine besoin de faire ressortir les avantages de cette innovation. Les élèves ne peuvent manquer d'accueillir avec une grande faveur ces cours, rendus attrayants par leur variété même. Chaque professeur choisit naturellement un des sujets sur lesquels son attention s'est le plus spécialement portée, et qu'il traite par cela même avec plus de goût et d'expérience. Les recherches les plus récentes et tous les travaux afférents à la matière seront mis à contribution. Le professeur et l'élève profitent presque également de pareilles leçons, qui ont en outre l'avantage d'établir entre eux des rapports plus fréquents.

La commission nommée par la Faculté a évidemment apprécié à ce point de vue la mesure qui lui était proposée et qu'elle a voulu tout aussitôt favoriser dans le sens le plus large. La condition imposée aux agrégés de déposer préalablement leur programme n'a nullement pour but de restreindre leur initiative, mais d'éviter que le même sujet ne soit traité en même temps et par le titulaire et par l'agrégé, et de parer à l'avance à toute difficulté pratique.

Nous ne pouvons donc qu'applaudir à cette innovation. Elle entretiendra l'émulation et l'ardeur des jeunes professeurs et réveillera chez les élèves le goût de la science; nous

FEUILLETON.

Étude historique et critique sur l'art médical en Chine.

Je vais essayer, dans cette étude, de jeter quelques lumières sur l'organisation de la médecine et la pratique médicale chinoises.

D'une manière générale, on peut avancer que toutes les institutions de la Chine sont tombées en désuétude, et le philosophe qui rapproche l'état présent de ce peuple de ce que l'histoire nous le montre il y a quelques siècles à peine s'étonne que l'instant de la chute ne soit pas encore arrivé.

Il n'est pas douteux qu'il y a eu pour ce peuple des périodes de prospérité, de splendeur même.

A ne s'en rapporter qu'à ses historiens, tout allait bien; la plus grande félicité régnait; les lois étaient respectées, la justice était parfaite, l'administration irréprochable, les sciences et les arts florissants. Mais en y regardant d'un peu plus près, il faut bien rabattre un peu des éloges tombés de la plume de ces historiens officiels, que quelques censeurs osaient parfois contredire, s'exposant à expier par l'exil ou la mort ce crime de lèse-majesté; car le monarque était responsable de la situation mauvaise ou prospère de l'Empire qu'il gouvernait en maître souverain et absolu.

La théorie, en un mot, était et est même encore aujourd'hui irréprochable; on se prend à l'admirer : elle reflète les maximes des sages et des philosophes de l'antiquité. Mais depuis longtemps les applications s'en sont séparées; tous les rouages de cette société se sont paralysés, et l'observateur qui étudie, non plus les documents historiques, mais le phénomène dans son évolution actuelle, constate que les symptômes les plus alarmants menacent la nation tout entière.

Après ces quelques réflexions auxquelles nous ne pouvons donner ici plus de développement, abordons le sujet spécial que nous nous proposons de traiter dans ce travail.

Quelque lents que soient les progrès de la science, quel-

serions bien trompés si elle n'obtenait pas dans un prochain avenir tout le succès qu'elle mérite.

— Conformément au conseil que nous nous étions permis de lui donner, M. Brochin s'est désisté de sa candidature à la vice-présidence de l'*Association des médecins de la Seine*. La séance de dimanche dernier s'est passée fort paisiblement, malgré les allusions faites à l'incident dans le rapport de M. Orfila, secrétaire général.

On lit à ce sujet, dans la Gazette des hôpitaux du 30 janvier :

Hier dimanche, à deux heures, a eu lieu, au siége ordinaire dos séances, l'assemblée générale annuelle de l'Association dos médecins de la Seine. La renonciation de M. Brochin à toute candidature a laissé à cette séance sa placidité habituelle, et, malgré quelques voix égarées, la liste de la Commission générale a passé à la presque unanimité.

Ont été nommés : *Président*, M. Nélaton ; *vices-présidents*, MM. Béclard et Gueneau de Mussy ; *vice-président honoraire*, M. Barth ; *trésorier*, M. Genouville.

Les honneurs de la séance ont été pour MM. Barth et Gueneau de Mussy. Chacun se félicitait de la détermination de M. Brochin, qui avait sacrifié toute pensée personnelle à la parfaite harmonie de la Société, les questions soulevées à cette occasion pouvant et devant être résolues avec plus de calme que ne peuvent en comporter les luttes d'une dernière heure.

Aussitôt que le compte rendu de cette séance sera publié, nous nous empresserons de compléter cette appréciation.

L'année dernière, nous rendions compte des recherches intéressantes de MM. Duquesnel et Gréhant sur l'aconitine cristallisée (*Gazette hebdomadaire*, 4 août 1871). Le premier de ces jeunes savants était parvenu à isoler cette base à l'état pur, et ses expériences, faites en collaboration avec M. Gréhant, avaient démontré que cette substance possède une activité plus énergique que celle d'aucun poison solide connu jusqu'alors. Ils ont fait voir qu'il suffisait d'une dose presque infinitésimale d'aconitine, de 1 milligramme par exemple, pour produire la mort chez les mammifères de petite taille, tels que les lapins. Nous avons constaté nous-même que cette même dose était plus que suffisante pour déterminer la mort chez les chiens. Ces mêmes recherches ont en fixé la science sur le mode d'action de l'aconitine, en faisant voir que l'alcaloïde de l'aconit Napel est un poison qu'on pouvait rapprocher du curare.

Aujourd'hui, une nouvelle conquête vient d'être faite : nous possédons la *digitaline cristallisée*.

Afin de mieux faire comprendre l'importance de la découverte récente, destinée à faire époque dans l'histoire de la chimie et de la physiologie, qu'il nous soit permis de rappeler brièvement l'état de la science sur la digitale et la digitaline.

La digitale paraît avoir été décrite pour la première fois par Léonard Fuchs, en 1535. Suivant Murray, ce n'est qu'en 1721 qu'elle fut inscrite dans la Pharmacopée de Londres. Elle fut bannie ensuite, à cause de ses propriétés toxiques, et admise de nouveau en 1788, peu de temps après que Withering (1775) en eut signalé les propriétés hydragogues, qui parurent si remarquables à cette époque qu'on la considéra comme un remède souverain dans l'hydropisie. Cullen, ami de Withering, en démontra bientôt les effets sédatifs sur la circulation, ce qui fit appliquer à cette substance la dénomination d'*opium du cœur*.

Dans notre siècle, l'étude de la digitale a exercé la sagacité des physiologistes et des chimistes. On admettait, depuis la découverte des alcaloïdes organiques par les Derosne, les Sertuerner, les Pelletier, les Caventou, les Robiquet, etc., que les substances végétales toxiques devaient leurs propriétés délétères à des principes insolubles. D'un autre côté, la physiologie et la médecine légale réclamaient des notions exactes sur le principe redoutable dont on admettait l'existence dans la digitale. C'est pourquoi l'Académie de médecine a proposé depuis plusieurs années, pour le concours du prix Orfila, la question d'isoler la digitaline ; de rechercher les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, pourraient servir à démontrer l'existence de la digitaline et celle de la digitale, et de rechercher les symptômes auxquels ces substances peuvent donner lieu.

Parmi ces questions, la plus difficile, nous dirons même la question fondamentale, était l'isolement de la digitaline pure; car, ce point étant résolu, les recherches physiologiques pourraient acquérir désormais le degré de fixité et de certitude désirable. Aussi, nous ne nous occuperons donc que de la digitaline elle-même, considérée comme espèce déterminée.

Dans un mémoire couronné par la Société de pharmacie de Paris, M. Homolle faisait connaître le mode d'extraction d'une substance jaunâtre très-peu soluble dans l'eau, d'une amertume

---

que faible que se montre la proportion entre les faits avancés et les vérités acquises et définitivement consacrées, les générations se lèguent toujours un héritage dont il serait injuste qu'elles méconnussent l'importance. Or, si nous appliquons cette proposition à la science médicale et à l'organisation de cette science chez les Chinois, nous serons conduit à montrer la nullité presque absolue des travaux auxquels elle a donné lieu, partant l'inutilité des recherches de l'historien qui compulse les matériaux que les traductions des sinologues et des commentateurs ont mis à la disposition et à la portée de la critique consciencieuse et éclairée.

D'autre part, si difficile que soit l'accès de la société chinoise, si pénible, si semée d'obstacles, de préjugés à vaincre, de mauvais vouloirs à calmer, que soit l'information, les médecins européens ont cependant pu arriver, depuis plusieurs années, à se mêler assez à la vie de ce peuple pour se convaincre que, au point de vue pratique, rien de sérieux ne saurait être proposé à la science européenne.

Comment expliquer que l'illusion, à ce point de vue, se soit propagée si longtemps en Europe?

Pour le faire comprendre, il nous faut entrer dans quelques développements historiques.

Du Halde, dans la préface (p. 32) de son remarquable ouvrage, avait déclaré les Chinois très-habiles en fait de médecine.

Vers 1750, le célèbre Bordeu, faisait un Traité sur le pouls, aurait, au dire du P. Grosier qui écrivait aussi un excellent ouvrage sur la Chine, pris pour bases de sa théorie celles des Chinois sur ce sujet.

Cette assertion du P. Grosier est évidemment fort controuvable. La vérité est que, jusqu'à Bordeu, on avait négligé de porter une attention suffisante sur les diverses espèces de pouls. Ce médecin, sachant quel soin les Chinois apportent à l'inspection de ce phénomène, entreprit de présenter une classification rationnelle basée sur les relations qui existent entre les maladies et les changements qu'elles impriment à la

extrême et possédant les propriétés physiologiques et toxiques de la digitale, mais à un degré beaucoup plus élevé. C'était la digitaline telle que nous la connaissons depuis cette époque. Mais cette substance n'était pas un principe nettement défini; jamais on n'avait pu l'obtenir cristallisée ni en donner une formule exacte. Parmi ses caractères distinctifs, on ne pouvait guère citer que sa grande amertume et la propriété qu'elle possède de développer une couleur verte au contact de l'acide chlorhydrique. D'ailleurs on avait retiré de la digitale un grand nombre d'autres substances, tels que la digitalose, le digitalin, la digitalide, la digitalicrine, la digitalosine, la digitalirétine, la paradigitalirétine, substance dont l'existence pouvait être considérée comme problématique. A cette liste on peut ajouter encore les acides digitalique, digitaléique antirhinique, du sucre, puis les principes immédiats qu'on retrouve communément dans les végétaux. Cette multiplicité de corps était la meilleure preuve de notre ignorance sur une question que les recherches de divers chimistes, tels que Walz, Kosmann, n'ont guère contribué à élucider; ainsi le premier a fini par avancer que le corps qu'il avait appelé d'abord du nom de digitalosine serait mieux désigné sous le nom de digitaline; ou admit ensuite que la digitaline était un glycoside se transformant en digitalétine et en glycose (Walz), en digitalirétine et en glycose (Kosmann), sous l'influence des acides étendus.

On voit que dans ce chaos tout était à refaire. Tous les auteurs des recherches postérieures à celles de M. Homolle avaient suivi son procédé d'extraction, lequel consiste à épuiser la digitale par l'eau, à précipiter par le sous-acétate de plomb divers corps étrangers, puis à traiter le liquide filtré par le tannin qui précipitait à son tour une substance dont on séparait, à l'aide des dissolvants (alcool, éther), soit la digitaline, soit les autres principes dont nous avons donné l'énumération. Puisque la science n'avançait pas, il fallait modifier ce procédé d'extraction. C'est ce qu'a fait l'auteur de la découverte récente de la digitaline pure.

C'est dans le produit de la macération aqueuse de la digitale qu'on avait jusqu'ici recherché la digitaline, et l'on rejetait comme inutile et complétement épuisé le résidu provenant de ce traitement. Or, c'est précisément ce résidu qui renferme la presque totalité du principe actif cristallisable uni à un autre principe très-amer également, mais qui ne cristallise pas. Ainsi, le macéré aqueux renfermerait principalement, suivant l'auteur, un produit amorphe très-soluble dans l'eau auquel il donne le nom de digitaléine, tandis que la digitaline se trouverait surtout dans le résidu qu'on perdait jusqu'ici.

S'appuyant sur cette donnée, l'auteur, non encore officiellement connu (voy. *Gaz. hebd.*, n° 4, p. 60), substitue le traitement alcoolique au traitement aqueux. Mais il est un autre fait sur lequel il s'appuie également et que M. Buignet, le rapporteur de la Commission, a tenu à mettre en relief. Lorsque plusieurs principes sont contenus dans un même suc, dans une même humeur, ils peuvent se maintenir dans un état de *dissolution réciproque*, suivant l'expression de M. Robin, lorsque ces liquides se trouvent dans un certain état de concentration déterminé. Vient-on à ajouter de l'eau à ces liquides, on provoque aussitôt la précipitation de divers principes insolubles ou peu solubles dans l'eau. Or, le même effet se produit dans le cas de la digitale. Si l'on ajoute trois fois son volume d'eau au liquide concentré qui représente le produit d'évaporation du traitement alcoolique, et qui contient, en dissolution, non-seulement les principes solubles dans l'eau, tels que la digitaléine, mais d'autres principes tels que la digitaline et la digitine, qui sont insolubles par eux-mêmes, on détermine la précipitation de ces derniers.

On obtient alors un dépôt poisseux contenant deux principes cristallisables, la digitaline et la digitine. On traite ce dépôt par l'alcool bouillant qui dissout ces deux principes et les abandonne, par le repos et le refroidissement, sous l'aspect de cristaux qui se forment surtout à la surface du liquide et contre les parois du vase qui le contient. Il ne reste plus qu'à séparer la digitaline et la digitine. Or, la digitaline est soluble dans le chloroforme : on traite donc le mélange cristallin par le chloroforme qui ne dissout que la digitaline, puis, la solution étant évaporée, laisse déposer la digitaline qu'on fait cristalliser de nouveau dans l'alcool.

Ce procédé d'extraction est remarquable par sa simplicité autant que par le résultat auquel il conduit. On voit qu'il est fondé sur la simple action des dissolvants, qu'il ne comporte aucune de ces opérations qui dénaturent parfois les produits qu'on veut obtenir.

Il restait à étudier la digitaline cristallisée sur l'homme et sur les animaux. M. Marrotte s'est assuré, ainsi que M. Gubler, que la nouvelle substance possède toutes les propriétés de la digitale, mais qu'elle est beaucoup plus active que la digi-

circulation. Or, comment admettre que les Chinois puissent se servir de cette base, puisqu'ils n'ont pas la moindre idée du phénomène lui-même?

Ils croient que chaque partie du corps révèle un pouls particulier. Ils ne font aucune différence entre les artères et les veines: ils ne soupçonnent pas la métamorphose subie par le sang dans les poumons. Ils tâtent le pouls à chaque poignet, non pas à titre de contrôle, mais parce qu'ils le croient différent et destiné à leur fournir des indications spéciales. Ils en trouvent trois à chaque bras; ils disent que le sang oscille dans les vaisseaux; ils indiquent le poignet à consulter dans les maladies du cœur; dans celles du foie, le même poignet, mais un peu plus haut, au niveau de l'articulation : dans les affections gastriques, c'est au poignet droit qu'il faut s'adresser; dans celle des poumons, à l'articulation suivante du même côté; dans celle des reins, à la main droite pour le rein droit, à la main gauche pour le gauche. Le pouls diffère, disent-ils, suivant les sexes, etc., etc...., Nous pourrions poursuivre longtemps cette déjà trop fastidieuse énumération qui démontre si clairement l'absurdité de leurs théories, et nous, qui avons pu être témoin de ces procédés diagnostiques, nous avouons qu'ils ont suffi à nous fixer sur la valeur des praticiens chinois. On a prétendu que, par une sorte d'instinct propre, de sagacité spéciale à la race, ils arrivaient à diagnostiquer toutes les maladies, et, dans un ouvrage tout récemment publié en France, cette thèse est soutenue avec une chaleur de conviction que l'auteur, étranger d'ailleurs à la science médicale, eût mieux fait de mettre au service d'une autre cause.

Nous avons vu un médecin réputé fort habile nous dire que, quand le pouls est vite à la main gauche, la femme porte dans son sein un enfant mâle, tandis qu'elle aura une fille si le pouls est vite à la main droite ! Et quand nous lui demandions s'il avait expérimenté ce fait lui-même, il nous répondait qu'il était convaincu et qu'il n'en pouvait être autrement puisque ses livres lui avaient enseigné la chose.

Je citerai encore un autre exemple de cette incroyable cré-

taline de MM. Homolle et Quevenne, laquelle était cependant considérée elle-même comme cent fois plus active que la digitale. Ce n'est plus par un milligramme, mais par un demi, un quart de milligramme qu'il faut débuter, lorsqu'on veut administrer la digitaline à l'homme. M. Vulpian a reconnu, de son côté, que la digitaline cristallisée exerçait une action énergique sur le cœur des grenouilles, sous la peau desquelles il avait injecté une solution alcoolique de cette substance.

Nous devons à l'obligeance de M. Vulpian d'avoir pu examiner nous-même un échantillon de digitaline pure. Cet alcaloïde se présente sous l'aspect d'une substance blanche qui, au premier abord, pourrait être prise pour la brucine ordinaire livrée par le commerce et qui, placée sous le microscope, se présente sous l'aspect de cristaux lamellaires et prismatiques. Il nous a semblé que ces cristaux appartenaient au système du prisme oblique à base rhombe, mais nous gardons toutes nos réserves à ce sujet; il nous aurait fallu un examen plus approfondi. La science sera d'ailleurs bientôt fixée sur cette question, quand les travaux de l'habile chimiste auquel nous devons la découverte de la digitaline cristallisée seront livrés à la publicité. Nous voudrions qu'il nous fût permis de faire connaître le nom de ce savant laborieux avant que l'Académie le cite avec les éloges qu'il mérite.

Telles sont les premières notions qu'il nous est possible de donner sur des recherches qui feront époque dans l'histoire de la science. Ce qui nous réjouit, c'est que ce soit un Français qui ait éclairé une question que la science allemande n'avait fait qu'obscurcir. Après l'aconitine pure, nous avons la digitaline pure que l'on avait vainement cherchée depuis nombre d'années. Nous avions toujours pensé que la digitaline vulgaire, ce principe mal défini, qu'on regardait comme un glycoside, serait un jour isolé et nettement défini. Il est d'autres substances, telle que la delphine, par exemple, qui seront sans doute obtenues également à l'état cristallin. A l'œuvre donc, et montrons que la science française est toujours ce qu'elle a été, c'est-à-dire la fécondité et la splendeur.

Dr Rabuteau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

Durée du choléra asiatique en Europe et en Amérique, ou persistance des causes productrices des épidémies cholériques hors de l'Inde, par J. D. Tholozan, médecin principal d'armée, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris et de la Société épidémiologique de Londres.

(Suite. — Voyez les numéros 42, 44, 45 et 47, année 1871.)

IV. — Durée du choléra asiatique en Europe, du commencement de la seconde jusqu'à la fin de la troisième épidémie, et persistance dans nos pays de foyers cholériques, tantôt nombreux, tantôt isolés, de 1847 a 1861.

A. Hirsch, l'auteur de la Pathologie historique et géographique, dit que, dans l'automne 1837, la première pandémie cholérique termina ses ravages, et que, pendant les onze années suivantes, on ne trouve pas la moindre trace de choléra en Europe, en Amérique, en Afrique. Il ajoute ensuite : « Ce fait donne une réponse nette et décidée à la question de l'origine du choléra dans ces pays. Ce fut seulement en 1848 que la maladie, venue de nouveau sur les confins de l'Europe, en fit le tour encore plus rapidement que la première fois. D'année en année elle prit un terrain plus vaste, et même aujourd'hui (1858 ou 1860), elle se retrouve poursuivant ses ravages tantôt ici, tantôt là, et elle paraît avoir pris le caractère des maladies telles que la peste, la variole et d'autres affections, qui, longtemps contenues dans les étroites limites de leur patrie, se répandent au dehors pendant un temps plus long ou plus court, et jouent le rôle de maladies universelles (1). » Cela montre bien qu'à l'époque où le professeur de Berlin écrivait ces lignes, on pensait que le choléra asiatique avait une tendance à se naturaliser sur le continent européen et dans le nouveau monde.

Griesinger, après avoir écrit : « à partir de 1838, l'Europe fut pendant dix années à l'abri du choléra », remarque que « les épidémies dont la marche à travers l'Europe commença en 1848 ne furent pas aussi rapides (je suppose qu'il a voulu dire *courtes*) que celles de 1832. La maladie se déplaça plus qu'autrefois de son point de départ des grandes Indes, elle s'installa çà et là. Le contagium se développa de nouveau et donna lieu à une nouvelle production d'épidémies (2). »

Si l'écrivain remarquable que nous venons de citer est plus réservé que le précédent, cela tient sans doute à ce que le Traité des maladies infectieuses a été écrit à une date plus récente que la Pathologie historique et géographique. A cette

(1) Vol. 1, p. 123. Cet ouvrage allemand a été imprimé en 1860. La préface est datée de 1858.
(2) *Loc. cit.*, p. 308 et 309.

---

dulité : le médecin d'une canonnière anglaise perdit un des matelots de son équipage atteint de typhus; il pria son collègue qui exerçait depuis quelques années à Canton de l'assister dans l'autopsie qu'il désirait faire. Celui-ci s'empressa d'inviter deux *praticiens chinois* à cette autopsie qu'il supposait pouvoir les intéresser. Ils acceptèrent par politesse, bien qu'à vrai dire ils eussent préféré qu'on les laissât chez eux.

L'autopsie eut lieu : les deux médecins anglais mirent un soin extrême à montrer à leurs chers invités les rapports des divers organes, puis, quand ils eurent terminé, peruadés que ces braves Chinois n'en avaient jamais tant vu de leur vie, ils leur demandèrent s'ils étaient satisfaits et s'ils ne désiraient pas être éclairés sur quelques points restés obscurs dans leur esprit : « Nous sommes, dirent-ils, confondus de tant de complaisance de votre part; mais nous devons vous avouer que tout ce que nous venons de voir est en désaccord complet avec ce que nous enseignent nos livres. »

Les deux médecins anglais s'inclinèrent, et, après les salutations d'usage, restèrent comme stupéfaits, ne sachant que déplorer le plus de la naïveté ridicule de leurs collègues chinois, ou de leur orgueil insensé.

Revenons à notre théorie du pouls, mais pour dire qu'elle n'a pas la moindre apparence de valeur physiologique, et que lorsqu'on la voit pratiquée par un médecin chinois, on n'assiste qu'à une scène grotesque.

Eh bien, des centaines de volumes ont été écrits sans que les auteurs aient jamais songé à contrôler les observations antérieures. Chacun a ajouté les siennes à celles de ses devanciers, et c'est ainsi, disent les Chinois, que la fameuse théorie a vu son trésor se grossir depuis tant de siècles, qu'il est devenu désormais l'inépuisable source d'une science parfaite.

Chose singulière ! Le spectacle que leur offre le sacrifice des animaux de boucherie ne leur donne pas même les notions les plus élémentaires des rapports généraux des organes ! Et c'est ainsi que tous les ans on continue à éditer, dans tout l'Empire, les mêmes livres d'anatomie qu'il y a mille et deux mille ans.

époque, on avait vu le choléra de 1848 se terminer complétement en Espagne en 1860, et dans le nord de l'Europe de 1860 à 1863, après avoir donné lieu, dans ce continent, à deux épidémies générales, et avoir duré, sans interruption possible à déterminer, de la fin de 1847 à la fin de 1859, avec des manifestations épidémiques, et jusqu'en 1863, si l'on tient compte des cas sporadiques consécutifs. Cela fait, pour la série des manifestations épidémiques seules, une durée de douze années complètes, et si l'on y adjoint les cas sporadiques, une durée de seize années (1).

Comment se passèrent ces événements? Les personnes étrangères aux études épidémiologiques pourraient croire que la maladie se répandit avec quelque uniformité en Europe pendant cette série d'années. Cela aurait été un fait bien étrange et tout à fait contraire au mode de distribution des maladies épidémiques. La règle ici c'est qu'il n'y en a pas; c'est l'inégalité et l'irrégularité dans la répartition, dans la durée, dans l'intensité, dans les progrès, dans le mode de début et de terminaison.

En raisonnant d'après les faits qui se passèrent sous ses yeux dans l'Allemagne du Nord, de 1848 à 1860, Hirsch croyait sans doute émettre une vérité acquise en laissant entendre que le choléra pourrait bien devenir une maladie permanente en Europe, telle que la variole; s'il eût écrit quelques années plus tard, il aurait sans doute reconnu le contraire de son assertion primitive. Cette assertion elle-même, quoique émise avec une certaine réserve, n'était-elle pas un peu prématurée? J'oserais le dire, en rappelant que, déjà, dans la première marée cholérique, le phénomène avait duré de 1830 à 1837, et s'était ensuite effacé. Pourquoi, en 1860, après avoir duré quelques années de plus, n'aurait-il pas pu disparaître de la même manière? Il me semble clair que le professeur allemand n'était pas tout à fait autorisé par les faits à porter le jugement que nous avons rappelé en commençant ce chapitre. Cela doit servir de leçon à ceux qui sont tentés de faire des prédictions ou de forger des lois relativement aux apparitions et aux disparitions du choléra. Nous ferons voir, dans le cours de ce travail, des exemples trop nombreux de la bizarrerie des allures de cette maladie, pour qu'il ne soit pas démontré à tout esprit sérieux qu'en se bornant à l'étude des faits et en cherchant seulement à les rassembler et à les caractériser, on fait plus pour l'étiologie qu'en se livrant à des essais hasardés de théorie et de généralisation.

Afin d'apporter la plus grande clarté dans l'étude des données dont nous nous occupons dans ce chapitre, nous traiterons à part de celles qui se rapportent aux épidémies de 1847-1850 et de 1852-1856, dans les localités où ces épidémies eurent une fin nette et bien marquée; ensuite nous parlerons de celles qui représentent une sorte d'état stationnaire, et l'on peut dire endémo-épidémique du choléra dans certaines parties de l'Europe pendant les années de 1847 à 1860.

1° *Faits relatifs à l'épidémie de* 1847-1850. — La marche du choléra de 1847-1848-1849-1850, caractérisée par les dates successives d'invasion dans les localités suivantes, est bien connue, et je n'ai qu'à citer ici à ce sujet des données déjà enregistrées dans la science. Je le ferai donc de la manière la plus succincte : dans l'année 1847 le choléra paraît en mai à Astrakhan, en juillet à Odessa, Taganrok, Kertch, puis à Charchow et à Kiew, en septembre à Moscou, en octobre à Constantinople; en novembre dans la Podolie au sud, et dans les environs de Riga au nord. — En 1848, on retrouve le choléra en Russie, depuis les bords de la mer Noire jusqu'à ceux de la Baltique, d'une part, et jusqu'à Varsovie, d'autre part. L'Autriche, l'Allemagne, le Hanovre, la Hollande, la Belgique, sont attaqués cette année; en août Berlin, en septembre Hambourg, en octobre Bergen (Norvége), et différents points de l'Angleterre et de l'Écosse; en novembre Douai, Fécamp. La grande propagation de la maladie et ses explosions les plus intenses ont lieu pendant l'été. — En 1849, le choléra atteint Paris dans le mois de février, et Marseille en août; un grand nombre de départements sont ravagés cette année, pendant laquelle le mal se propage aussi à Nice, à Gênes, à Livourne et même à Naples et à Brindes.

Jusque-là on voit, dans ces années 1848-1849, les faits épidémiques se succéder en Europe à peu près comme dans les années 1831 et 1832. L'invasion est plus complète qu'à cette première époque; une plus grande partie du continent européen est envahie, il est vrai, mais c'est toujours le même mal terrible et rapide dans ses évolutions : la moisson de la mort terminée dans un délai relativement court, il disparaît de la plupart des localités. Cette disparition s'observa presque partout en Europe dans l'hiver de 1849 à 1850. On crut être délivré de la maladie, et on le fut, en effet, pendant deux ou trois années, dans un grand nombre de points. Est-ce à dire que le choléra asiatique disparut complétement de l'Europe pendant l'année 1850? Certainement non; on le retrouve à l'état sporadique dans bon nombre de localités, et nous indiquerons tout à l'heure les foyers où il persista à l'état épidémique. Ici nous ne devons nous occuper que des contrées où la maladie cessa complétement ses ravages en 1851 et 1852, et ne les recommença qu'en 1853. Cela s'observa dans le plus grand nombre des localités de l'Europe, et cela donne évidemment, dans presque toutes ces contrées, une durée assez limitée à l'épidémie de 1847-1850, durée que l'on ne peut évaluer cependant, pour les pays d'une certaine étendue, à moins de quinze à dix-huit mois. En Angleterre, le choléra

(1) Dans l'ouvrage intéressant que Rud. Gunther a publié sur l'épidémie cholérique de Zwickau en 1866, analysé dans le *Deutsche Vierteljahrsschrift*, 1869, il est dit que l'épidémie de 1848 dura jusqu'en 1860, et qu'en ces treize années il y eut trois recrudescences, une en 1849, l'autre en 1852, la troisième en 1855.

Que sont devenues ces planches qui, dit-on, ont été faites d'après les dissections des cadavres de suppliciés sur l'ordre de certains empereurs?

Suivant le P. Grosier, le docteur Sue, professeur à l'École de Paris, s'adressa à un missionnaire de Pékin pour avoir des renseignements sur la chirurgie chinoise; il formula diverses questions auxquelles le Père répondit, après avoir consulté les docteurs en renom du Céleste-Empire. Or, rien dans ses réponses ne vaut la peine d'être rapporté. La remarque la plus importante est celle-ci : « La pierre est inconnue chez les Chinois ainsi que la gravelle, et cela, ajoute le Père, grâce à l'usage du thé. » Mais il n'y a qu'un malheur à cette assertion, c'est qu'elle est complétement fausse : la preuve, c'est que chaque année, dans la ville de Canton, un chirurgien anglais des plus distingués, dont le nom nous échappe, mais que nous avons vu opérer, pratique en moyenne de soixante à soixante-dix opérations de taille ou lithotritie : certainement on consomme là tout autant de thé qu'ailleurs.

En 1813, un médecin sinologue, M. Lepage, publia un livre intitulé : Recherches sur la médecine des Chinois. Dans ses Mélanges asiatiques (t. I, p. 243), M. Abel de Rémusat fait l'éloge de ce livre, qu'il déclare supérieur à ceux de Boym, de Kaempfer, de du Halde, de Dujardin sur le même sujet. M. Lepage constate le peu de progrès faits par les Chinois, ce qu'il attribue à leur isolement; puis il ajoute, comme s'il regrettait un jugement trop sévère, que, bien qu'inférieures aux nôtres, les connaissances anatomiques de ce peuple suffisent cependant pour donner une idée de la disposition générale des parties. Du reste, termine-t-il, son ignorance n'est pas aussi grande que celle des Grecs.

Nous ne perdrons pas notre temps à commenter de pareils jugements; mais nous ne saurions passer sous silence un fait qui prouve jusqu'à quel point les idées préconçues peuvent créer et propager l'erreur.

En 1848, la chambre de commerce de Saint-Étienne publia un travail ayant pour titre : Description méthodique des pro-

dura sous sa forme épidémique depuis le 1er octobre 1848 (Edimbourg), jusque dans l'été 1850, époque où se termina sans doute la petite manifestation observée en Irlande au printemps 1850 (1). Cela fait une durée d'au moins vingt mois pour la Grande-Bretagne. En France, l'épidémie, commencée le 15 octobre 1848, dura jusqu'en mars 1850 (2); ce qui donne une durée de dix-huit mois. En Russie, le choléra épidémique se manifesta dans les années 1847, 1848, 1849 et peut-être 1850, ce qui ferait une durée de trois années complètes en comptant 1850. Puis la maladie disparut en 1851, pour se montrer de nouveau en 1852.

Il y a pourtant un temps de repos dans cette année 1851, si ce n'est dans quelques districts de la Bohême, de la Silésie, de la Pologne. Résulte-t-il de là que le poison cholérique avait totalement disparu, ou que les germes de la maladie existaient à l'état latent et sans produire d'effet, dans la plupart des localités de l'Europe? Question difficile, je dirais même impossible à résoudre avec toute la certitude voulue, mais à propos de laquelle on peut cependant arriver, comme nous le verrons plus tard, à une solution fort probable.

2. *Faits relatifs à l'épidémie de 1852-1856.* — Les départements du sud-est de la France furent atteints en automne 1853, ainsi qu'un district du Piémont, situé au sud de Turin. A Paris, le choléra parut en novembre; les premiers cas de Londres datent de la fin d'août; la grande épidémie de Newcastle, de la fin de l'été. L'année 1854 généralise la maladie en Angleterre, en France, au Piémont. En 1855, le choléra continue à se manifester en France et dans la Grande-Bretagne, cette fois, non plus sur toute la surface du pays, mais dans des points isolés. En 1856, ces foyers disséminés disparaissent. Cela donne, pour la durée du choléra épidémique, en France et en Angleterre, deux ans et demi ou au moins deux ans et trois mois.

En Italie, le choléra débute, cette fois, dans l'été 1854, par Nice et Turin au nord; Rome, Naples, Palerme au sud; Milan et Venise vers l'est. L'année 1855, un choléra très-intense se montre de nouveau dans la Vénitie et la Lombardie. Il est épidémique sans grande intensité à Naples. En 1856, le fléau, qui avait déjà sévi si cruellement à Messine en 1854, se montre de nouveau dans cette ville et non sans une intensité marquée. Cela donne, pour l'Italie et la Sicile, une durée de deux ans et quelques mois. Que si l'on veut faire entrer dans cette évaluation l'épidémie observée en Piémont, dans le district de Raconigi (3), dans l'automne 1853, cela donnerait une durée de trois ans à l'épidémie cholérique qui se montra en Italie à cette époque.

Les faits que nous venons de citer, auxquels on pourrait en ajouter beaucoup d'autres analogues, sont pour ainsi dire les faits réguliers; ils sont le plus souvent observés en Europe. On y voit la maladie, après une expansion et un développement plus ou moins grands, disparaître peu à peu, mais d'une manière sûre, des pays envahis. Si elle y laisse des traces, ces vestiges sont tellement légers qu'ils ne reproduisent plus le fléau primitif. C'est sur des exemples semblables qu'on a raisonné pour dire que le choléra épidémique ou asiatique est une maladie qui ne se reproduit pas dans nos pays, et qu'il faut toujours une importation nouvelle pour produire une nouvelle épidémie. J'ai démontré ailleurs, avec tout le cortége de preuves voulu, que sur quatre grandes épidémies cholériques qui ont envahi l'Europe, il y en a une qui est évidemment d'origine européenne. Dans le travail actuel, je fais voir qu'indépendamment de ce grand fait, il y en a une multitude d'autres qui ont été observés en Europe et en Amérique, et qui montrent que dans ces pays comme dans ceux d'Asie, le choléra peut renaître de ses cendres pour produire, non plus une épidémie générale, ce qui est un fait rare même dans l'Inde, mais pour donner lieu à des épidémies locales et régionales. — En parlant de l'épidémie de 1832-1837 dans l'Allemagne du Nord, nous avons déjà fait voir des phénomènes analogues; ici nous allons les trouver plus marqués, plus saillants, plus nombreux.

3. *Persistance du choléra asiatique en Espagne, en Portugal, au Maroc, de 1853 à 1860.* Passons maintenant à l'Espagne, au Portugal, et à la côte d'Afrique, si voisine du continent européen vers ces latitudes qu'elle ne forme qu'un même climat avec la péninsule Ibérique.

Nous voyons déjà, dans l'automne 1853, le choléra épidémique dans l'Algarve, province la plus méridionale du Portugal (Milroy). Était-ce une explosion spontanée, ou bien cette maladie avait-elle une filiation avec celle qui se montra à Cuba à une date un peu antérieure (automne 1852), ou celle qui apparut dans le nord de l'Europe dans l'été de 1853? Ce fait de l'Algarve me semble appartenir à la même catégorie que le suivant: « Sur la côte de Barbarie, le choléra se montra en 1853 dans quelques localités, telles que Tripoli (1) ». Il indique non pas un transport spécial de la maladie, mais plutôt une révivification des foyers de l'épidémie antérieure.

On a voulu expliquer la propagation du choléra dans la péninsule Espagnole en 1854 par le fait d'une importation d'Amérique au port de Vigo. « Il ne faut pas oublier, dit M. Fauvel (2), que l'épidémie qui en 1854 ravagea l'Espagne

(1) W. Farr, *Report on cholera in England 1848-1849*, p. VII et VIII, et Milroy, *Geographical Distribution of cholera.*

(2) Briquet, *Rapport sur les épidémies*, p. 197 et 198. — Voyez aussi Blondel, *Rapport sur les épidémies de 1848, 1849 et 1850.*

(3) Ou Racconiggi, à 44 kilomètres au nord-est de Coni, 10 000 habitants.

(1) Milroy, *loc. cit.*, p. 450.

(2) *Le choléra*, étiologie et prophylaxie, p. 74.

---

duits recueillis dans un Voyage en Chine, par M. Hedd, délégué du ministère de l'agriculture : au § 956, page 953, on trouve la description de quatre planches d'anatomie, et l'auteur du travail conclut en disant que, malgré leurs imperfections, les planches démontrent que les Chinois connaissent parfaitement l'anatomie!

Or, voici ce qui était arrivé : une traduction en chinois d'un atlas d'anatomie avait été faite par un médecin anglais résidant à Canton, et qui avait pris le meilleur et le plus récent atlas publié à Londres!

L'estimable délégué de la chambre de commerce de Saint-Étienne avait été, en un mot, victime d'une erreur quelque peu mystifiante. Mais combien de lecteurs, sous les yeux desquels est tombé son travail, sont restés convaincus que les Chinois en savent plus long que Harvey, Morgagni, Vésale, etc.

Quant à M. Lepage, s'il est si indulgent sur la valeur anatomique des livres chinois, il est plus sévère pour les théories médicales qu'il déclare obscures ou ridicules.

Quant à la chirurgie, il en porte un jugement sans réplique : « Elle est, dit-il, nulle. »

Pour les questions d'hygiène et de thérapeutique, il ne se prononce pas; il est, selon lui, impossible de reconnaître leurs médicaments, faute de nomenclature correspondante. Nous montrerons plus loin que, aujourd'hui, nous en savons, sous ce rapport, beaucoup plus qu'on n'en pouvait connaître de son temps.

On trouve au Journal de la Société Royale asiatique (décembre 1864, art. V, n° 1), le sentiment du docteur Henderson, qui a pratiqué plus de trente années en Chine : « Les » Chinois, dit-il, ne sont pas plus ignorants en médecine que » dans les autres sciences ; ils n'y entendent absolument rien. »

C'est aussi notre sentiment; mais nous avons ici une remarque à faire : Dans les sciences physiques et chimiques, ils ne savent rien et ne font pas de difficulté à le confesser, en faisant toutefois cette réserve qu'ils ne les croient pas utiles, si ce n'est dans les limites de leurs applications pratiques;

et ramena l'épidémie dans une partie de l'Europe, y fut introduite en novembre 1853, à Vigo, par un navire venu de la Havane. » J'ai démontré, dans un précédent mémoire, le peu de fondement de cette hypothèse, qui a contre elle toute l'histoire chronologique et géographique de l'épidémie de 1852-1856 en Europe (1). Je ne connaissais pas à cette époque les faits si importants de la présence du choléra épidémique dans l'Algarve en automne 1853 et sur la côte de Barbarie, et à Tripoli particulièrement, du mois d'avril au mois de novembre 1853. Le premier de ces faits démontre dans tous les cas que l'introduction du choléra à Vigo en novembre 1853 ne peut avoir l'importance qu'on a voulu lui donner pour la généralisation de la maladie en Espagne et sur le littoral méditerranéen en 1854. L'introduction du choléra à Vigo par un navire venu de la Havane, est sans doute une donnée à relever, mais cette donnée perd de sa valeur en épidémiologie, en face de la présence de la maladie à une date antérieure dans une province du Portugal limitrophe de l'Espagne.

Mais laissons là les explications pour voir la suite des faits, En 1854 le choléra est sur la côte du Maroc opposée à l'Espagne. Au printemps de cette année, le choléra se développe aux environs de Vigo et dans d'autres parties de la Galice. Entre les mois de juin et d'octobre, toute l'Espagne est prise, ainsi qu'un grand nombre de localités du Portugal. Au printemps de 1855, l'Estramadure est atteinte de nouveau. Lisbonne, épargnée par l'épidémie l'année précédente, est envahie en octobre. En Espagne, la maladie existait en février et en mars dans l'Aragon. Madrid fut le siége d'une recrudescence épidémique dans les mois d'avril et de mai. Différents points de la province du Douro furent atteints en mai et en juin. — En 1856, un grand nombre de districts de l'Espagne et du Portugal furent de nouveau ravagés par la maladie (2). En été, Cadix et Séville, déjà atteints en 1854, souffrirent cruellement. A Lisbonne aussi la maladie se renouvela et dura du mois de juillet au mois d'octobre. Cette année on trouve encore le choléra sur toute la côte du nord de l'Afrique, depuis Alexandrie jusqu'à l'ouest de Tanger. On cite particulièrement Tripoli, Tunis, Bengazi, Mesurata (3), Mogador et Saffi sur l'Atlantique.

Ces faits attestent la gravité de l'épidémie cholérique de 1853-1856 en Espagne, et en même temps ils définissent nettement sa durée d'au moins trois années complètes, et de quatre années si l'on compte chronologiquement de 1853 à 1856. — Il ne faut pas croire cependant que les années qui suivirent celle de 1856 aient été indemnes de choléra en Espagne ou en Portugal. Milroy, dans ses Epidemiological memoranda, dit qu'en 1857 le choléra parut à Lisbonne, et qu'il y fut remplacé par la fièvre jaune (1). Que se passa-t-il dans ces pays en 1858? Nous n'avons pas de données à ce sujet. La maladie avait-elle totalement disparu, ou existait-elle par cas isolés? Nous ne pouvons rien dire de positif là-dessus. Ce que nous savons seulement, c'est qu'après cette dernière date du choléra à Lisbonne en 1857, nous sommes obligés de passer à l'année 1859. En 1858 on était délivré, ou bien on se croyait délivré du choléra en Espagne, il en fut de même au commencement de 1859; mais bientôt, dans le courant d'octobre 1859, le fléau se montra sous forme épidémique, presque simultanément dans les provinces d'Alicante et de Murcie, et en Algérie dans la province d'Oran, au camp du Kyss (2). Pendant l'été 1859, dit le docteur Babington (3), le choléra élut domicile dans quelques-uns des ports de l'Espagne. Au commencement d'août on parle de l'existence du choléra dans la ville de Murcie; à la fin de septembre, la maladie y avait presque complétement disparu. Pourtant, cette maladie ne fit pas beaucoup de bruit jusqu'à l'arrivée de l'armée espagnole, l'automne 1859, à San-Roque (4), Algéciras (5), Malaga (6) et autres ports où la maladie régna alors épidémiquement.

En novembre 1859 on soupçonnait que le choléra existait à Valence et à Alicante (7). Griesinger dit qu'en 1859 il y eut des épidémies cholériques en Espagne et au Maroc. Il ajoute qu'en 1860, en Espagne, il y eut de fortes épidémies à Malaga et à Grenade (8). En 1860, le choléra exista encore en Espagne, non-seulement à Malaga et à Grenade, mais à Algéciras, Valence, Tolède. La maladie régnait déjà avec force à Algéciras quand, vers la seconde semaine d'août 1860, le choléra parut à Gibraltar, y régna deux mois consécutifs et donna lieu à 80 décès (9). Il y eut à Gibraltar en 1860, du 15 août au 14 décembre, 68 cas de choléra et 41 décès sur les militaires, et 126 cas, dont 49 décès, sur la population civile et les convicts. — La population de Gibraltar se composait à cette époque de 6632 militaires et de 18 344 civils.

Tanger, Ceuta, Tétuan, Fez et d'autres villes du Maroc, souffrirent gravement à cette époque, ainsi que pendant toute la durée de la guerre de l'Espagne avec le Maroc (10). On sait que

(1) *Origine nouvelle du choléra asiatique.* Paris, 1871.
(2) Milroy, *loc. cit.*, p. 454.
(3) A 18 kilomètres est de Tripoli. Griesinger, p. 399, dit qu'en 1856 il y eut aussi des épidémies dans l'intérieur de l'Afrique.

(1) *British and for. med. chir. Review*, juillet 1869.
(2) *Gazette médicale de l'Algérie*, 1864, docteur Théron.
(3) *Transact. epidem. Society*, vol. 1, part. II, p. 130 à 138.
(4) San-Roque, près de la baie de Gibraltar, 7000 habitants.
(5) Algéciras, sur le détroit de Gibraltar, 5000 habitants.
(6) Malaga, sur la Méditerranée, à l'embouchure du Guadalmedina, 52 000 habitants.
(7) Valence, sur le Guadalaviar, à 4 kilomètres de son embouchure dans la Méditerranée. — Alicante, port sur la Méditerranée, 25 000 habitants.
(8) Grenade, 80 000 habitants, chef-lieu de la province de ce nom.
(9) Milroy, *Brit. and for. med. chir. Rev.*, janvier 1808 et 1869.
(10) *Gazette médicale de l'Algérie*, 1864 : *Le choléra à Tanger*, par le docteur Castex.

---

mais, en fait de médecine, ils soutiennent que leurs notions sont sérieuses et, pour le prouver, disent qu'elles remontent à la plus haute antiquité : ils ajoutent, ce qui est du reste vrai, que l'édit barbare de Chi-Hoangti (213 ans avant J.-C.), ordonnant l'incendie des bibliothèques de tout l'Empire, fait exception des ouvrages sur la musique, l'agriculture et la médecine, de sorte que la bibliographie médicale n'a point été interrompue dans sa tradition tant de fois séculaire. Voilà sans doute une preuve singulière de l'importance d'une science! Mais si elle affirme la haute antiquité de cette science, il convient de rechercher la valeur réelle des matériaux qu'elle comprend, et la critique peut aujourd'hui s'exercer en toute connaissance de cause.

Essayons une analyse succincte des principaux ouvrages chinois en suivant l'ordre chronologique : Les nommés Shing-Ming et Hwang-ti sont les premiers médecins qui aient composé des écrits authentiques, et la tradition a soigneusement conservé les règles tracées par eux.

Vingt-quatre gros volumes ont été publiés sous forme de commentaires par Wan-Ping, quelques années plus tard.

Puis parurent trente-quatre autres volumes concernant la pratique des maladies internes, et ayant pour auteur ce même Hwang-ti.

Vers le IIe siècle de notre ère, fut publié un livre appelé Nang-King, et contenant la solution de quatre-vingts questions douteuses. Ce livre a donné lieu à au moins dix commentaires différents, imprimés vers le XIVe siècle.

Au IIIe siècle de notre ère, un docteur du nom de Shang-She-hung a donné une nouvelle édition de ce Nang-King. Plus tard, Wang-Shuh-ho a publié sur le pouls dix énormes livres qui ont été souvent réédités, et sont encore aujourd'hui le traité le plus célèbre sur la matière.

Au Xe siècle, parut un petit opuscule sur les affections des yeux.

Plus tard, sous la dynastie des Song, on imprima un traité sur la matière médicale où l'on énumère les principales

les forces dont se composa l'expédition espagnole au Maroc se réunirent en 1859 à Malaga, San-Roque, Algésiras, avant leur embarcation pour l'Afrique. Au Maroc, en 1859 et 1860, le choléra causa plus de décès parmi les Espagnols et les Marocains que le feu de l'ennemi. Les morts de l'armée espagnole s'élevèrent à 15 000 ou 20 000 hommes, dont les trois quarts furent dus surtout au choléra. A Ceuta et à Tétuan la maladie fut surtout grave.

Il n'est pas démontré que les Espagnols aient apporté cette épidémie au Maroc, car vers la même époque une colonne expéditionnaire française, qui agissait isolément sur la frontière du Maroc, fut plus que décimée par le fléau, de la fin d'octobre au commencement de novembre 1859. M. Williams, dans son Rapport sur les épidémies de l'année 1860-1861, dit qu'au printemps 1861 tous les ports de l'Espagne furent déclarés indemnes de choléra (1). En 1861, en effet, on ne parle pas du choléra en Espagne. Didiot affirme que le choléra, après s'être déclaré *spontanément* sous forme épidémique dans le courant d'octobre 1859, en Espagne et dans la province d'Oran, s'éteignit à Fez, Tétuan, Tanger en 1860 (2). Cela laisse à supposer que le choléra ne se prolongea pas dans l'empire du Maroc en 1861 ni en 1862. Pour avoir la durée véritable du choléra en Espagne, en Portugal et dans les rivages voisins du Maroc, il faudrait donc compter, non plus, comme nous l'avons fait ci-dessus, de 1853 à 1856, mais de 1853 à 1860, soit une série de huit années dans lesquelles s'intercale l'année non épidémique de 1858.

Voilà ce qu'indique l'histoire contemporaine du choléra et ce que semblent ignorer jusqu'ici la plupart des écrivains spéciaux. Est-ce là un de ces petits faits qui peuvent passer impunément inaperçus? Non, c'est un fait assez rare dans les épidémies cholériques d'Europe; par conséquent il mérite d'être relevé et d'être étudié avec détail pour être comparé aux faits analogues qui se sont passés soit en Europe, soit dans l'Inde. Ce n'est que par le rapprochement et la comparaison des faits semblables, exactement observés, que les principes de la science épidémiologique pourront être posés et que des règles générales pourront être déduites pour caractériser la marche, la durée et les modes d'évolution du choléra et des maladies semblables. Sans ces études préalables, on s'expose à tirer des conclusions inexactes, ou pour le moins imparfaites. Ces conclusions, comme nous le faisons voir dans tout ce travail, donnant une idée fausse des faits qu'elles devraient interpréter, introduisent dans la science des erreurs qu'il faut plus de temps pour détruire que pour établir la vérité même.

(1) *Transactions Epid. Soc.*, vol. 1, part. III, page 272; c'est par erreur qu'on a mis à ce rapport la date 1861-1862 au lieu de 1860-1861.

(2) *Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*, février 1866, p. 111. Il est difficile de dire si véritablement le choléra est né spontanément en Espagne et en Algérie dans cette année 1859. Les faits que nous venons de citer tendent à prouver que cette épidémie se relie à celle de 1853-1857. On voit assez souvent le choléra sauter une année pour se montrer l'année suivante. Le même fait s'est passé au Canada en 1833 et dans un assez bon nombre de localités d'Asie, d'Europe, d'Amérique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Sur les températures élevées excessives.

A Monsieur le docteur Dechambre,

Mon cher ami,

Dans son travail sur les températures élevées excessives (*Gazette hebdomadaire* du 26 janvier dernier), M. le docteur Peter attribue l'élévation de température qui est parfois observée pendant l'agonie et après la mort à la diminution et à la cessation de la réfrigération pulmonaire. Qu'il convienne à l'auteur de conserver et de soutenir une explication jugée insuffisante depuis 1867 au moins, c'est affaire d'opinion, et je n'ai rien à y voir. Mais, dans une note de ce travail, je lis ceci: « Si j'en crois la thèse du docteur Decoux, M. Jaccoud, dans son Traité de pathologie (1869), aurait adopté cette théorie, etc. ». Non certes, je n'aurais eu garde de le faire, et cette assertion est une erreur que je ne puis laisser passer. La citation de seconde main dont M. Peter a jugé bon de se contenter est incomplète, et partant fautive. Voici ce que j'ai écrit, tome I, page 84 de ma *Pathologie :* « Ce phénomène (ascension thermique *post mortem*) est généralement attribué aux influences suivantes : à l'instant de la mort, deux causes de refroidissement sont subitement supprimées, savoir la respiration et la sécrétion cutanée, et rien ne prouve que les processus chimiques producteurs de la chaleur soient interrompus au même moment; d'un autre côté, les modifications que subit le tissu musculaire après la mort sont une source de chaleur qui peut momentanément compenser le refroidissement cadavérique. »

Cette théorie mixte, qui invoque à la fois et la suppression de certaines causes de refroidissement et une hypergenèse thermique, est la théorie courante sur le sujet, du moins parmi les médecins complétement renseignés, et c'est justement pour ce motif que je ne l'ai rapportée à aucun auteur en particulier; en fait, c'est la théorie de Wunderlich, de Thomas, de Huppert, et elle descend en droite ligne de la distinction formelle établie par tous les pyrétologistes, notamment par Traube, par Wachsmuth, par Billroth et Fick, entre les conditions qui réchauffent en augmentant la production de chaleur, et les conditions qui réchauffent en restreignant la perte de calorique. — L'interprétation pathogénique complexe que j'ai présentée n'est donc pas celle de M. Peter, et il n'est point autorisé à dire que j'ai adopté sa théorie.

---

prescriptions. Peu de temps après parut un Traité des fièvres.

Au XIIIe siècle, une dissertation sur les maladies des femmes et à la même époque un ouvrage en douze volumes sur les fièvres.

En 1340, un Traité des maladies générales. En 1360, le médecin Wan-li écrivait une longue dissertation sur les fièvres, c'est-à-dire sur toutes les maladies aiguës, car ces affections, de quelque nature qu'elles soient, quel que soit leur siége, sont toujours des fièvres pour les écrivains chinois.

En 1365, Tse-ti-chi composa un Traité sur les maladies de la peau, qui ne sont pas peu communes chez ce peuple, fort peu soucieux de la propreté du corps. A part les bains, qu'il recommande, tout son livre est un tissu d'absurdités.

Plus tard, Choo-su, prince de la dynastie des Ming, composa une Encyclopédie thérapeutique en 160 fascicules, 770 règles et 22 000 prescriptions.

La fameuse Matière médicale Pun, Tsoun, Kang, Mouh, fut complétée par Li-shi-chin vers le milieu du XVIe siècle. Elle comporte 52 volumes; plus de 800 auteurs y ont contribué, et, sur 1890 remèdes, la préface de l'œuvre annonce qu'il y en a 370 entièrement nouveaux. La base de cet ouvrage est un petit travail écrit par Shing-mung quelques siècles après Jésus-Christ. On trouve une analyse de cette espèce d'herbier insérée dans le Journal de Londres (1860) par M. Daniel Hanbury.

En 1591 parut un Traité sur l'hygiène où l'on indique le moyen de prévenir les maladies et de vivre selon la vertu.

En 1595 se succédèrent plusieurs monographies sur la pathologie des enfants, avec *prescriptions extraites des plus anciens auteurs;* puis un autre ouvrage en sept tomes sur l'acupuncture illustré de planches.

En 1602 fut publiée une assez compendieuse dissertation sur les maladies des femmes, des vieillards et des enfants.

En 1650 furent écrits les premiers ouvrages sur le choléra où l'on discute les diverses méthodes de traitement.

Il n'est pas plus fondé à revendiquer comme sienne la partie de ma théorie (ou plutôt de la théorie commune) qui concerne la cessation de la respiration; car cette théorie mixte, telle que je l'ai reproduite, est exposée dans le traité de Wunderlich, publié en mars 1868; car dans son Mémoire sur les températures agoniques, paru le 18 décembre 1867, Thomas, tout en accordant une certaine influence à la suppression du refroidissement par le poumon, établit que cette influence ne suffit pas pour rendre compte de toutes les particularités et de toutes les variétés du phénomène; car, enfin, Huppert, dans son travail sur la cause de l'élévation thermique post mortem (travail paru le 1er juin 1867), avait dit avant Thomas que la cessation de l'aération pulmonaire n'est qu'un des éléments, et un élément accessoire du problème. Du reste, cette influence de la respiration était déjà alors une notion tellement vulgaire qu'aucun de ces auteurs n'attache un nom propre à cette opinion; et, à vrai dire, il eût été difficile de le faire, puisque, dès le début des études pyrétologiques contemporaines, je le répète, on a distingué entre le réchauffement par accroissement de production thermique, et le réchauffement par diminution de refroidissement.

Veuillez, mon cher ami, excuser la longueur de cette rectification; je ne l'eusse point écrite si mon nom n'eût été étourdiment prononcé et si l'on n'eût fait de mon livre une citation fautive, qu'il était assurément bien facile de donner exacte.

A vous cordialement,

Jaccoud.

Paris, 28 janvier 1872.

Réponse.

Je ne crois pas devoir répondre autre chose que ce qui suit :

1° Dans un article sur l'*Agonie*, publié en 1864, dans le Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, M. Jaccoud montre, d'une part, après bien d'autres, que l'agonie est une asphyxie, et il mentionne, d'autre part, et d'après Wunderlich, les températures élevées qui signalent l'agonie; mais sans saisir la corrélation entre ces deux faits.

2° La théorie que je donne a surtout eu en vue ce phénomène à peu près constant de l'élévation de la température dans l'agonie aiguë, et non ce phénomène, après tout éventuel, de l'élévation après la mort, et j'ai essayé de faire voir comment plus intact est l'organisme, et plus la température s'élève dans l'agonie.

3° Si cette théorie, relative à l'agonie, est insuffisante, on ne voit guère qu'elle puisse devenir suffisante par l'adjonction d'une erreur : la cessation de la sécrétion cutanée; étant d'observation vulgaire, au moins en France, que le corps de mourants se couvre de sueurs. Les bonnes gens de mon pays disent même : « les sueurs de la mort ».

Peter.

30 janvier 1872.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Hétérogénie et ferments. — La discussion continue, sans modifier sensiblement les termes du débat, entre MM. Balard, Fremy et Pasteur.

De l'eau et de l'iodure butylique. — M. *Is. Pierre* communique un mémoire sur la distillation simultanée de ces deux corps.

Rôle des organes respiratoires chez les larves aquatiques. — M. Mounier, après avoir admis la circulation du sang chez les larves aquatiques, s'applique à démontrer : 1° que les trachées n'interviennent pas dans l'acte respiratoire de ces larves, comme on a cru le reconnaître jusqu'à ce jour, mais que la respiration est, de tout point, semblable à celle des autres animaux aquatiques; 2° que les trachées, dont toutes les larves sont pourvues, ont pour but de répandre uniformément une couche d'air sous la peau de la nymphe, afin de rendre tout frottement impossible entre l'insecte et son enveloppe; 3° que les organes respiratoires de la nymphe servent à accumuler une profusion d'air dans l'œsophage et le gésier, et que cet air, expulsé subitement par l'anus, projette mécaniquement l'insecte hors de son tégument compliqué, instantanément et sans lutte. (*Comm. :* MM. Milne Edwards, de Quatrefages, Blanchard, Wurtz.)

Choléra. — M. *Kruyt*, M. *Ledyord*, adressent des communications relatives au choléra. (Renvoi à la Commission du legs Bréant.)

Transformation du Penicillium *en levûre.* — M. *de Seynes* répond à M. Trécul : « Le 26 décembre dernier, M. Trécul annonçait que « des flacons sucrés, ensemencés avec des spores globuleuses vertes du *Penicillium crustaceum*, transformèrent en » huit ou douze jours ces spores en belles cellules de levûre... » Or, je place le *P. crustaceum*, portant des spores, dans des vases contenant des liquides sucrés, recouverts d'une cloche. Les fragments de baguettes de verre posés sur la pellicule du *Penicillium* n'en couvrent guère qu'un dixième et la laissent en contact avec le liquide sucré. Ces conditions me semblent très-analogues à celles que décrit M. Trécul, mais je n'ai pas assez été heureux pour arriver au même résultat que lui. Je

---

En 1684 parurent huit volumes sur la parturition. Or, il faut savoir que jamais les médecins chinois ne font d'accouchements : ceux-ci sont toujours confiés à des matrones.

En 1685, huit volumes sur les maladies des yeux.

En 1686, une monographie décrit les phénomènes de la parturition et indique les soins à donner aux petits enfants.

En 1696, Sung-hu composa un ouvrage en seize parties. Il indique les moyens de se préserver des maladies et de guérir toute espèce de maladie.

En 1698, Ching-li-ting publia un livre sur les propriétés des drogues, et en 1707 on imprima une nouvelle édition de ce livre.

Un peu plus tard, Ki-ken-kwang composa une monographie où il donne le moyen de sauver la vie des suicidés à quelque genre de suicide qu'ils aient eu recours.

En 1740 un grand ouvrage en quatre-vingt-dix fascicules traite du pouls, de la circulation de l'air dans le corps et des règles à suivre dans le traitement des fractures des os. Il y a des planches explicatives et un essai de classification des maladies.

En 1750 parurent plusieurs petits travaux : l'un d'eux, écrit par Chin-kouo-pang, se livre à des considérations générales sur la médecine; un autre, de Li-chun-tse, comprend dix chapitres sur le même sujet.

En 1822, le Hung-yung publia en huit volumes une dissertation sur le chaud et le froid, le sec et l'humide, le plein et le vide, les passages libres et les obstructions, le montant et le descendant, le masculin et le féminin, l'externe et l'interne, etc., etc.

Ainsi, et comme le fait très-judicieusement ressortir le docteur Henderson, ce n'est ni par le nombre ni par la variété des ouvrages sur l'art médical que pèchent les auteurs chinois; mais il faut se décider à reconnaître que tous leurs écrits sont empreints de la plus complète ignorance mêlée aux plus ridicules superstitions. On ne saurait accuser de partialité le savant médecin anglais que nous venons de citer : il a passé

n'ai pas mieux réussi en semant des spores du *Penicillium* dans un liquide sucré contenu dans des tubes de verre bouchés avec du coton. Ici la différence consiste en ceci, c'est que les récipients de M. Trécul sont solidement bouchés et ficelés; je suis tout prêt à étudier les résultats que peut produire ce changement de fermeture. Il n'en ressort pas moins du passage cité ci-dessus que M. Trécul admet la possibilité de se rendre compte de la transformation des *Penicillium* en levûre aussi bien que des levûres en *Penicillium*...

» M. Trécul me fait un reproche en un sens plus grave; et la phrase qu'il me fait l'honneur de citer, en la soulignant, pourrait donner lieu à des interprétations tellement erronées, que je me vois obligé d'insister sur ce point. Ce n'est pas gratuitement que je suis arrivé à une conclusion qui contredit ma première expérience; j'ai pris soin de dire dans ma Note » qu'*en suivant ce fait de plus près, en le comparant à d'*AUTRES » OBSERVATIONS *recueillies précédemment et avec* TOUTES CELLES *que » j'ai pu faire depuis, je me suis assuré qu'il fallait prendre la » succession de ces diverses phases dans l'ordre inverse, c'est-à-dire » qu'il s'agissait de Mycodermes ou de conidies de Mucor progressivement envahis par des Bactéries...* »

Analyse des gaz du sang; comparaison des principaux procédés; nouveaux perfectionnements. Note de MM. *A. Estor* et *C. Saint-Pierre*, présentée par M. Cl. Bernard. (Extrait.) — « I. Nos premières recherches sur les gaz du sang (voy. *Comptes rendus*, 1864 et 1865) ont été faites exclusivement par le procédé de M. Cl. Bernard, c'est-à-dire en déplaçant les gaz du sang par l'oxyde de carbone. Afin d'éviter les transvasements, nous avons employé, dans des expériences ultérieures, un appareil consistant en une *cloche courbe à deux branches* (voy. *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, janvier 1865). Cet appareil a été construit, sur nos indications, par M. Alvergniat: nous l'avons fait connaître dans une précédente communication, il a été présenté à l'Académie, et plusieurs savants en ont adopté l'usage. Il nous semble donc inutile de revenir aujourd'hui sur ce premier perfectionnement.

» Mais la méthode de M. Cl. Bernard n'est-elle pas inférieure, quant à sa valeur, à celle de l'extraction du gaz dans le vide, sans oxyde de carbone? Grâce aux libéralités de l'Académie, nous avons fait construire des appareils qui ont permis de démontrer la concordance des résultats obtenus par ces deux méthodes.

» II. Nous avons adapté la pompe à mercure à une cloche tubulée, dans laquelle nous introduisons à la fois l'oxyde de carbone et le sang. Les avantages de cet appareil sont les suivants: manœuvre très-facile; possibilité de mesurer la quantité de sang employé, avant son introduction dans la cloche; facilité de faire varier à volonté la température, et surtout obstacle absolu à toute entrée de l'air. Dans les expériences faites à l'aide de cet instrument, comparativement avec la cloche courbe et le procédé de M. Cl. Bernard, nous avons obtenu des résultats concordants.

» III. Dans les cas où nous n'avons pas voulu employer l'oxyde de carbone, nous nous sommes servis d'un autre appareil que nous nommons *baromètre à large chambre*, et qui se compose d'un véritable baromètre dont la chambre élargie communique avec une pompe à mercure.

» IV. Dans le mémoire que nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie, se trouvent des planches représentant les appareils et le détail des expériences variées qui autorisent les conclusions suivantes: avec un même sang, ou avec du sang pris dans le même point du torrent circulatoire du chien, on obtient des quantités égales d'oxygène en employant, soit le vide seul (baromètre à large chambre), soit l'oxyde de carbone seul (procédé de M. Cl. Bernard, cloche courbe), soit le vide et l'oxyde de carbone combinés (pompe à mercure modifiée). »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet: *a*. Un rapport de M. le docteur *Gubian* sur le service médical des eaux minérales de La Motte (Isère). (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements des Basses-Pyrénées, du Puy-de-Dôme, de l'Aude, de l'Ain et dans l'arrondissement de Bagnères. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Perrotte* (d'Avranches) sur une épidémie de dysentérie qui a régné en 1871 dans la commune de Pontorson. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit: *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Hervieux*, *Jaccoud* et *Moreau* (de Tours), qui se présentent comme candidats dans la section de pathologie interne. — *b*. Des lettres de MM. les docteurs *Tarnier* et *Guéniot*, qui se présentent comme candidats dans la section d'accouchements.

M. *Gosselin* présente une brochure de M. le docteur *Autun*, sur le traitement de la hernie étranglée par aspiration sous-cutanée.

M. *Chatin* présente un TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'HYGIÈNE, par M. le docteur *George*.

On n'a pas oublié que le tannate de quinine a été assez maltraité, dans la dernière séance, par M. Briquet. M. *Mialhe* a entrepris de plaider la réhabilitation thérapeutique de cet agent. Il accorde que le tannate de quinine est sans action lorsqu'on l'injecte dans les veines, comme l'a fait M. Briquet. Mais cette substance jouit d'un certain degré d'activité quand on l'ingère par la voie gastrique. Suivant M. Mialhe, le tannate de quinine se dédouble au contact des sucs digestifs; l'acide tannique exerce sur les membranes intestinales l'action astringente qui lui est propre, tandis que la quinine, mise en liberté, se combine avec les acides de l'estomac et de l'intestin, et forme des sels solubles qui sont absorbés. Ce sont ces sels quiniques, formés secondairement et résultant de la réaction gastro-intestinale, qui produisent l'action thérapeutique, faible mais incontestable, dont le tannate de quinine est doué. Le tannate ne doit donc être prescrit que dans les cas qui réclament de très-petites doses de sel quinique.

---

toute sa vie en Chine; il a traduit lui-même les monuments les plus célèbres de la bibliographie sinique. Sa critique est donc des plus autorisées, et ce n'est qu'à la fin de sa longue pratique, de ses patientes recherches, de ses difficiles informations, de ses pénibles observations, qu'il s'est décidé à porter un jugement que tout médecin étranger ayant quelque expérience des Chinois ne peut s'empêcher de considérer comme l'expression de la vérité. Les systèmes de ce peuple passent, en effet, à côté des vérités sensibles à tous. Les phénomènes objectifs les plus simples, les plus directs n'arrêtent, pas un instant les observateurs chinois: ils poursuivent l'exposé de leurs théories jusqu'à ce qu'ils soient arrivés aux plus grossières absurdités, et sans qu'un seul instant ils aient été arrêtés par les protestations du bon sens, qu'ils sont d'ailleurs susceptibles de manifester lorsqu'il s'agit de faits et d'idées d'un autre ordre. Le merveilleux les séduit; ils s'imaginent que c'est le seul moyen de séduire également ceux auxquels ils s'adressent.

L'anatomie leur est inconnue: aussi ne cherchent-ils jamais à réduire une fracture; celle-ci guérit comme elle peut, et, si ce n'est l'application d'un moyen de contention invariable, la guérison ou la soudure se produisent sans autre intervention et dans la situation primitive des os fracturés.

Muscles, artères, veines, nerfs, ils confondent tout. Ils ont bien peut-être quelques idées vagues sur les sympathies des organes, mais ils les expriment par des images d'une poésie hors de propos. Quand ils ont dit: « Le cœur est le mari et le poumon est l'épouse », ils ont posé les principes de tout ce qu'ils savent de la physiologie de ces deux organes, et ayant ainsi ouvert le champ à leur imagination, ils vont disserter sur ce thème durant des centaines et même des milliers de pages, entremêlant le tout des maximes de leurs sages et assurés qu'ils ont donné par là la preuve la plus irréfragable de leur vaste mémoire et de leur profonde érudition. Ils appellent l'homme un petit univers et dissertent sur ce sujet à perte de vue, entassant mille inanités; mais leur imagination s'est détendue tout à l'aise.

La même remarque est applicable au citrate, au tartrate et au lactate de quinine : car l'action de ces composés salins est uniquement due à la proportion centésimale de quinine qui entre dans leur constitution. Cette règle ne souffre d'exception, ajoute M. Mialhe, que lorsque l'acide qui est combiné avec la quinine est doué lui-même de propriétés thérapeutiques spéciales. Ainsi le valérianate et l'arséniate de quinine agissent comme si l'on administrait isolément la quinine d'une part et l'acide valérianique ou l'acide arsénique d'autre part.

De cette étude comparative de la valeur thérapeutique des sels quiniques, M. Mialhe conclut que le sulfate de quinine est de tous le plus actif et le plus efficace ; il rappelle, en outre, que ce sel, pour agir avec plus d'énergie, doit être employé, non à l'état de sulfate basique, mais à l'état de sulfate acide.

M. *Caventou* prononce quelques mots qui ne parviennent pas jusqu'à nos oreilles; mais nous avons mille raisons de croire qu'ils ne sont pas hostiles au sulfate de quinine.

M. *Chauffard* se défend très-vivement d'avoir prétendu que le tannate de quinine soit absolument inerte ; il a simplement dit que ce remède était très-inférieur au sulfate de quinine.

M. *Jules Guérin* prend fait et cause pour le valérianate de quinine, auquel il attribue, dans certaines circonstances, plus de puissance qu'au sulfate lui-même.

M. *Piorry* ne partage pas l'admiration de ses collègues pour le sulfate de quinine. Selon lui, les meilleures préparations fébrifuges sont celles qui font diminuer le plus promptement la rate, à savoir l'alcoolé de quinine et l'extrait alcoolique de berberis... « Ces substances, dont on s'opiniâtre à ne pas vouloir se servir, produisent, en quarante secondes, une diminution considérable de l'organe splénique.... Si l'on ne me croit pas, s'écrie avec feu M. Piorry, je demande qu'une commission soit nommée, séance tenante, pour vérifier mes expériences et pour contrôler le résultat d'une pratique de vingt années. »

M. le *Président*, ne voulant pas faire une pareille offense à M. Piorry, donne la parole à M. *Giraldès*, qui met sous les yeux de l'Académie l'instrument de Thomas Syme, dont il a parlé dans la dernière séance, et destiné à maintenir ouverte et immobile la bouche des enfants, pendant l'opération de la staphylorrhaphie.

Tout le monde connaît les belles expériences de Claude Bernard concernant l'influence des nerfs sur la circulation. Un de ses élèves, M. le docteur *Armand Moreau*, candidat pour la section d'anatomie et de physiologie, est venu lire une note sur de nouvelles expériences propres à compléter celles du maître.

Ayant opéré à plusieurs reprises l'énervation de l'artère auriculaire, au point où cette artère croise le nerf facial, M. Moreau a constaté l'absence des phénomènes de congestion qui se montrent lorsqu'on coupe le filet cervical sympathique. Il a attendu plusieurs jours sans voir la vascularisation se produire d'une manière bien appréciable. Reprenant alors l'expérience, il a pratiqué la section du nerf auriculaire cervical, tantôt quelques minutes, tantôt plusieurs jours après la première opération. Aussitôt cette section de l'auriculaire faite, apparaît dans l'oreille un réseau sanguin très-remarquable. Cette vascularisation est due, suivant M. Armand Moreau, à la double influence de l'énervation de l'artère et de la section de l'auriculaire.

Les oreilles d'un « lapin blanc », consigné à la bibliothèque, sont là pour convaincre, au besoin, les incrédules et pour témoigner du succès de l'expérience.

M. le docteur *Liégey* (de Rambervillers), médecin à Choisy-le-Roy, a lu, le 8 novembre dernier, une note dont le but principal était de montrer que la guerre de 1870-71 avait augmenté la tendance de la constitution médicale de la France à s'uniformiser « dans le sens de l'asthénie, du typhoïdisme, de la perniciosité et de la périodicité ».

Deux faits récents, qui ont causé en Angleterre une impression profonde, la maladie du prince de Galles et la mort de lord Chestelfied, tous deux frappés de la même affection au château de Scarboroug, ont conduit M. Liégey à penser que le processus épidémique qu'il a signalé en France tendait à se propager dans d'autres contrées de l'Europe, notamment dans les îles Britanniques. Cette constitution morbide serait dominée et caractérisée « par un élément pernicieux à formes multiples, la méningite encéphalo-rachidienne, représentant, à côté de l'ordre des fièvres paludéennes, un ordre plus grand encore de fièvres qui se comportent à la manière des premières, bien que n'ayant pas besoin des effluves maremmatiques pour se produire.» M. Liégey rapporte la cause première de cette endémo- épidémie à une influence électro-magnétique qui, d'après lui, serait aussi l'origine de la maladie des plantes et des épizooties typhiques si semblables, de nos jours, aux épidémies.

M. Liégey a soulevé là une grande question de pathogénie générale, à laquelle vient se rattacher l'étude à peine ébauchée de l'influence des milieux cosmiques sur la santé de l'homme. Ce ne serait certes pas trop de toutes les lumières et de tout le zèle de la commission des épidémies pour tenter la solution d'un si grave et si important problème.

L'Académie a écouté avec un intérêt tout patriotique une notice historique de M. le docteur *Mattei*, sur la Faculté de médecine de Strasbourg, envisagée surtout au point de vue de l'obstétrique.

Dès le XVIe siècle l'étude des accouchements a été en grand honneur à Strasbourg. C'est dans cette ville qu'a paru, en 1513, le premier traité d'accouchements, sorti des presses de Gutem-

---

Tout corps, disent-ils, se compose de cinq éléments : le feu, l'eau, le métal, le bois, la terre.

Ces cinq éléments correspondent aux : cinq plantes, cinq sens, cinq métaux, cinq viscères.

La maladie n'est autre qu'un dérangement, une dysharmonie de ces éléments.

Les idées procèdent de l'estomac.

Il y a trois âmes; la principale réside dans le foie.

Les petits nouveau-nés n'ont pas encore d'âme, et la très-indulgente législation établie par le code contre l'infanticide se ressent beaucoup de cette curieuse hypothèse spiritualiste. Mais ils ne déterminent pas l'époque à laquelle apparaissent les trois âmes; ils se contentent de dire qu'elles viennent peu à peu, successivement et d'autant plus vite que l'enfant est appelé à une plus haute destinée. Ils ne sont pas très-certains que la femme possède ces trois âmes; les uns inclinent à le nier, d'autres s'abstiennent d'opiner.

La vésicule biliaire est le siége du courage; en langage chinois on ne dit pas : «Cet homme, ou ce cheval, a peur», on dit : « Sa bile est petite.»

Si la vésicule fait ascension dans les régions supérieures, comme ils croient le fait possible, ils rapportent ce mouvement à un violent chagrin.

Les petits intestins se joignent au cœur, les grands aux poumons. Ils ont en tout, petits et grands, seize circonvolutions.

E. Martin,
Médecin de la légation de France à Pékin.

(La suite à un prochain numéro.)

berg. M. Mattei montre à l'Académie ce livre rare, de Rœsslin, plus connu sous le nom d'Eucharius Rhodion, véritable curiosité bibliographique, illustré de figures naïves à la manière de cette époque.

C'est encore à Strasbourg que fut fondée, en 1738, par Fried, la première école pratique d'accouchements, remplacée, au commencement de ce siècle, par la chaire d'obstétrique de la Faculté de médecine. M. Mattei expose le dénombrement des travaux les plus importants publiés sur l'art obstétrical, par les professeurs et les élèves de l'École de Strasbourg, et il signale les maîtres nombreux qui ont illustré cette partie de l'enseignement depuis Rœderer et Lobstain jusqu'à M. Stoltz.

Chemin faisant, M. Mattei n'a pas manqué de dire leur fait au roi de Prusse et à M. de Bismarck, et de revendiquer, au nom de la science, cette capitale de l'Alsace, si française par l'esprit, par le cœur et par la tradition.

Un léger murmure s'étant fait entendre en ce moment, on s'est demandé s'il y avait des Prussiens à l'Académie.

La séance s'est terminée par une très-importante communication de M. le docteur *Houzé de l'Aulnoit*, professeur à l'École de médecine de Lille. Il s'agit d'une des plus utiles applications de la découverte de la régénération des os par le périoste. M. Houzé de l'Aulnoit, attribuant, non sans raison, la majeure partie des accidents qui suivent les amputations à l'habitude que l'on a de rabattre directement le lambeau charnu sur la surface de section de l'os, et de mettre ainsi en rapport des tissus de différente nature, propose de recouvrir préalablement la plaie osseuse avec un lambeau de périoste, de manière à placer en présence deux tissus similaires, et à rendre ainsi plus rapide et plus sûr le travail de réparation. Ce procédé a été expérimenté plusieurs fois avec succès. Son auteur le regarde comme le meilleur préservatif contre les complications du traumatisme chirurgical : suppurations prolongées, ostéite, ostéo-myélite, gangrène, pourriture d'hôpital, infection purulente, etc.

Les faits exposés devant l'Académie par M. Houzé de l'Aulnoit, nous paraissent mériter toute l'attention des chirurgiens.

MM. Briquet, Hardy, Chassaignac, Legoran, Regnault et Huzard sont nommés membres de la commission des associés et correspondants nationaux.

A cinq heures l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Vulpian* sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

A. Linas.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BLOT.

NÉCROLOGIE. — EXOSTOSE DES FOSSES NASALES. — RAPPORT SUR LE PRIX DUVAL.

Le professeur Friedrich Jaeger, membre associé étranger de la Société de chirurgie, est mort le 25 décembre 1871, à l'âge de quatre-vingt-huit ans. En 1812, il se fixa à Vienne et s'adonna à l'étude de l'ophthalmologie. Son enseignement était très-suivi ; parmi ses nombreux élèves, il faut citer Sichel père, qui fut longtemps son assistant.

— M. *Dolbeau* lit un rapport sur une observation d'exostose des fosses nasales, du docteur Pamard. Le rapport est renvoyé au comité de publication.

— M. *Tillaux* lit un rapport sur les travaux des candidats pour le prix Duval. La commission propose de décerner le prix à M. Vaslin, pour sa thèse intitulée : Étude sur les plaies par armes a feu.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

(Séance annuelle.)

— M. *Blot*, président empêché, envoie son discours, dont le secrétaire général donne lecture.

— M. *Panas*, secrétaire, lit le compte rendu des travaux de la Société pour l'année 1870.

— M. *Trélat*, secrétaire général, donne lecture du compte rendu des travaux pour l'année 1871.

— M. *Tarnier*, secrétaire, prononce l'éloge de M. Danyau.

— M. *Desprès* lit le rapport sur les prix.

— *Prix Laborie*. Madame Laborie, veuve du docteur Laborie, membre et ancien président de la Société de Chirurgie, a fait don à cette société d'une rente annuelle de 1200 francs affectée à la fondation d'un prix annuel sous le nom de *prix Édouard Laborie*. Ce prix est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante. Dans le cas où le prix ne serait pas donné, il serait réparti l'année suivante entre les meilleurs travaux après le n° 1.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de concours pris parmi les points de chirurgie dont Laborie s'est le plus occupé. Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours du prix Laborie. Les mémoires, écrits en français, en anglais, en latin ou en allemand, devront être envoyés à la Société avant le 1er novembre ds chaque année.

Cette année, la Société n'a pas donné le prix Laborie, mais elle accorde un encouragement de 300 francs à M. Cornillon, interne des hôpitaux, pour son mémoire intitulé : De la constriction de la portion musculeuse de l'urèthre dans les rétrécissements péniens.

— *Prix Duval*. Par suite d'une donation de Duval, la Société de chirurgie a fondé, à titre d'encouragement, un prix de 100 francs en livres, pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital. Sont admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'interne dans les hôpitaux civils ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. Les thèses soutenues depuis le 1er janvier d'une année jusqu'au 31 décembre de la même année, sont seules admises au concours. Deux exemplaires des thèses doivent être adressés à la Société avant le 15 janvier.

Le prix Duval, pour l'année 1870, est décerné à M. le docteur Ollivier, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa Thèse sur les tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face. Le prix Duval, pour l'année 1871, est accordé à M. le docteur Vaslin, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa Thèse sur les plaies par armes à feu.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires, par E. J. Woillez, médecin de l'hôpital Lariboisière. — In-8, 366 pages. — Delahaye, 1872.

Ce livre, comme l'annonce l'auteur, est le résumé de quinze années de pratique hospitalière, un ouvrage de clinique, conçu un peu en dehors des idées récemment importées. Ces idées n'y sont pas systématiquement écartées, mais réduites à ce que l'on croit être leur juste valeur. On y restitue à l'observation, à la médecine clinique, des droits méconnus au profit de l'importance exclusive accordée à l'histologie, à la physio-

logie expérimentale. Ce serait en quelque sorte un ouvrage de clinique française si l'on pouvait admettre que la vraie clinique n'eût pas de règles indépendantes de tout esprit de système et de nationalité.

M. Woillez établit dans l'étude des maladies aiguës des organes respiratoires deux grandes divisions : les maladies aiguës spontanées et les maladies aiguës accidentelles.

Les premières se caractériseraient par « une sorte de transformation successive de phénomènes morbides dont l'expression est variée et plus ou moins complexe ».

Ces maladies aiguës spontanées sont : la congestion pulmonaire, la bronchite, la pneumonie et la pleurésie.

Sous le nom nouveau d'hémo-bronchites, d'hémo-pneumonies, de broncho-pneumonies et de pneumo-pleurésies, viennent se rattacher aux maladies aiguës spontanées fondamentales les maladies hybrides et de transition habituellement décrites sous les dénominations de bronchites suffocantes, broncho-pneumonies, etc.

Les maladies aiguës accidentelles traitées dans la seconde partie ne forment plus un ensemble aussi bien caractérisé que les maladies aiguës spontanées. Ce sont : les complications aiguës de l'emphysème, l'apoplexie des poumons, etc.

D'après l'importance accordée par M. Woillez à la congestion ou hypérémie pulmonaire, on ne s'étonnera pas du long chapitre qu'il lui consacre au début de son ouvrage. La congestion est pour lui la base fondamentale, la trame de toutes les maladies aiguës des voies respiratoires. Après avoir tracé son histoire, il l'étudie à deux points de vue : 1° comme maladie particulière ; 2° comme état pathologique combiné avec d'autres maladies.

La congestion pulmonaire simple, idiopathique, est une affection fréquente, souvent primitive. C'est une fluxion sanguine aiguë, avec fièvre au début, à invasion brusque, à terminaison rapide. Précédée ou non de prodromes, elle débute par de la douleur thoracique et de la fièvre ; la dyspnée est variable ; le pouls et l'expectoration peuvent faire défaut. Les signes capitaux sont donnés par la mensuration, la percussion et l'auscultation.

La mensuration permet de constater une ampliation constante de la poitrine se manifestant au moment de la congestion et disparaissant avec elle. Il n'est pas besoin pour la pratiquer du cyrtomètre dont l'emploi peut présenter pour une main novice quelques difficultés. Le ruban métrique fournit des données suffisamment exactes.

Les signes tirés de l'auscultation sont très-variables. D'après M. Woillez, l'engorgement sanguin du poumon, lésion anatomique constante de la maladie, se traduirait par des signes d'auscultation souvent très-différents. Il signale, en effet, sept modifications du bruit respiratoire, qui peut être : 1° affaibli ; 2° exagéré ; 3° granuleux ou vide ; 4° sifflant ou ronflant ; 5° soufflant ; 6° à expiration prolongée ; 7° accompagné de râles humides. La voix et les vibrations sont rarement modifiées. Il y a là, on le voit, une certaine confusion de signes d'auscultation imputables à une même lésion. Ces signes seraient donc insuffisants s'ils n'étaient corroborés par le rapprochement de ceux que fournissent les autres procédés d'exploration. Les résultats de la percussion sont souvent négatifs ; la résonnance étant habituellement normale. Chez quelques sujets on trouve de la submatité, chez d'autres un son tympanique.

En présence de symptômes si variables, si peu pathognomoniques, on conçoit que la congestion ait été bien souvent méconnue. Ses manifestations offrent une diversité embarrassante, et les résultats constants de la mensuration acquerraient, en pareil cas, une importance capitale.

La congestion figure à titre secondaire dans un grand nombre d'affections. Il n'est guère de maladie fébrile qui n'en soit accompagnée à son début. Elle joue un grand rôle dans les fièvres éruptives, rôle que l'on élargirait encore si l'on considérait, avec M. Woillez, que beaucoup d'accidents thoraciques attribués à la bronchite, à certaines formes de pneumonie, sont imputables à la congestion seule. Il en serait ainsi, même dans la rougeole, où sur dix malades examinés par l'auteur trois seulement eurent une véritable bronchite. Il est vrai que la toux, les râles sonores, sibilants ou ronflants, les crachats muco-purulents nummulaires, ne suffisent pas à M. Woillez pour admettre l'existence d'une bronchite et peuvent, suivant l'auteur, relever d'une simple congestion.

On voit par ce rapide aperçu du chapitre consacré par M. Woillez à la congestion, la part considérable qu'il a faite à cet état morbide, soit dans les maladies des voies respiratoires, soit dans les maladies aiguës fébriles, quelles qu'elles soient, et qu'il la considère encore comme constituant souvent une entité morbide isolée, idiopathique, généralement méconnue en raison de l'absence de signes pathognomoniques et de l'ignorance où l'on était de la valeur des données empruntées à la mensuration. Ces données, rapprochées des autres signes que nous avons énumérés, permettraient, dans tous les cas, d'établir le diagnostic.

Les indications thérapeutiques sont connues et l'on y satisfait généralement par un vomitif et quelques ventouses. Les résultats en sont presque toujours rapides. C'est même là un des caractères de la maladie.

La connaissance plus exacte de l'hypérémie doit modifier et simplifier en même temps l'étude clinique de la bronchite et des autres maladies aiguës des voies respiratoires. L'inflammation de la muqueuse bronchique est toujours accompagnée de congestion pulmonaire. Il en résulte nécessairement une certaine difficulté à faire la part des symptômes respectifs des deux maladies. Ce qui caractériserait spécialement la bronchite ce serait : la persistance et le siége du râle sous-crépitant à la base des deux poumons en arrière et la nature muco-purulente des crachats. Les râles secs et sonores, accompagnés d'expectoration transparente et aérée, considérés depuis Laennec comme caractérisant la première période de la bronchite, sont le fait de l'hypérémie, qui peut exister d'abord sans inflammation de la muqueuse bronchique. La bronchite se compose toujours anatomiquement de trois éléments combinés : l'inflammation, l'hypérémie et les exsudats catarrheux. L'hypérémie peut exister sans la bronchite ; mais celle-ci n'existe jamais sans l'hypérémie.

M. Woillez rejette la division scholastique de la bronchite des grosses bronches et de la bronchite des petites bronches. La bronchite dite capillaire ne serait qu'une affection mixte, une hémo-bronchites et les accidents d'asphyxie qu'elle détermine doivent être rapportés à la prédominance excessive de l'hypérémie, plutôt qu'à l'inflammation proprement dite envahissant les dernières ramifications bronchiques.

L'anatomie pathologique de la bronchite est traitée avec soin. La thérapeutique ne présente rien de particulier. L'auteur y rappelle les bons effets de la médication astringente dans la bronchite capillaire, effets signalés par lui dans le Bulletin de thérapeutique de 1862. En pareil cas, la médication par l'alcool, dont l'auteur ne s'est point occupé en particulier, compte de brillants succès qu'il aurait pu signaler.

Dans le chapitre important qu'il consacre à la pneumonie, M. Woillez cherche également à mettre en relief la part importante qui revient à l'hypérémie pulmonaire. Les symptômes généraux et locaux de la maladie sont successivement passés en revue. Les signes physiques sont longuement exposés. Parmi ces signes, quelques-uns sont à peu près constants. D'autres se rencontrent dans des conditions particulières que l'auteur s'attache surtout à préciser. Tel est le son tympanique que M. Woillez explique tantôt par le refoulement du poumon, tantôt par une simple hypérémie. Cette dernière explication s'appliquerait aux cas dans lesquels le tympanisme s'observe au niveau même de la lésion pneumonique. Il signale également le bruit de *pot fêlé* qui coïncide toujours avec une exagération tympanique du son.

A propos de l'anatomie pathologique du poumon enflammé,

M. Woillez aborde la discussion des différentes théories de l'inflammation données par Virchow, Schiff, Billroth. Il combat la localisation absolue de l'inflammation à l'intérieur de l'alvéole. Pour lui, l'inflammation est toujours interstitielle en même temps qu'intra-alvéolaire.

Dans la partie du diagnostic, M. Woillez revient au rôle trop méconnu de l'hypérémie. Pour lui, la période d'engouement est uniquement caractérisée par les signes habituels de cette hypérémie. L'hépatisation a des caractères spéciaux qui *seuls* rendent l'existence de la pneumonie franche irrécusable. La congestion initiale de la pneumonie ne diffère nullement par ses signes de la congestion idiopathique précédemment décrite. On voit que sur ce point ses idées s'éloignent sensiblement de celles qui sont aujourd'hui encore généralement acceptées. La congestion doit être étudiée, non-seulement dans la partie non hépatisée du poumon malade, mais encore dans le poumon réputé sain. Cette étude permettrait d'expliquer plusieurs points encore obscurs de séméiologie.

Tout ce qui se rapporte à la marche de la pneumonie et au traitement si discuté de cette maladie a été l'objet de recherches cliniques d'un grand intérêt. Les conclusions générales sont : 1° que toutes les médications employées sont utiles dans une certaine mesure ; 2° qu'aucune d'elles ne peut enrayer absolument la marche naturelle de la pneumonie : 3° que la résolution de la maladie tendant à se faire naturellement du septième au neuvième jour dans la grande majorité des cas, c'est vers cette époque qu'il faut redoubler de vigilance pour le traitement qui présente alors le plus de chances de succès.

Pleurésie. — C'est à l'étude de cette maladie qu'est consacré le chapitre le plus important de l'ouvrage. Ceux qui connaissent les travaux antérieurs de l'auteur ne s'en étonneront pas. Nul ne pouvait traiter ce point de pathologie avec plus d'expérience et d'autorité. La description repose sur l'étude comparée de quatre-vingt-deux cas de pleurésie franche. Nous n'avons à relever, dans cette description, que les points sur lesquels nous avons noté quelque idée nouvelle. A ce titre, nous signalons l'examen critique des conditions dans lesquelles se produit le phénomène désigné par Skoda sous le nom de *son tympanique*, phénomène que Avenbrugger avait déjà noté. M. Woillez, par une distinction peut-être un peu subtile, décrit cinq variétés de résonnance sous-claviculaire : 1° un son d'intensité exagérée avec tonalité aiguë; 2° le son tympanique avec tonalité grave; 3° une sonorité plus aiguë sans exagération d'intensité; 4° une simple exagération d'intensité du son; 5° un son ample exagéré et plus aigu que celui du côté opposé.

Un point peu étudié de la pleurésie est celui qui concerne l'auscultation du poumon sain. Laennec y constatait une respiration puérile dite supplémentaire, qu'il attribuait à une plus grande énergie fonctionnelle. M. Woillez l'explique, soit par l'augmentation de volume de l'organe sain, soit par la compression qu'il subit dans une cavité dont les dimensions sont notablement réduites.

Dans l'étude de la pleurésie, M. Woillez accorde, on le sait, une importance capitale à la mensuration. Il a montré, par l'emploi du cyrtomètre, les modifications que subissait dans sa forme la cage thoracique chez le pleurétique. L'auteur a, dans ses dernières recherches, laissé de côté le cyrtomètre pour s'en tenir aux données fournies par le simple ruban métrique mesurant le contour total du thorax. Il a eu la très-heureuse idée de porter les chiffres de ses mensurations sur un tableau quadrillé, analogue à celui dont on se sert pour inscrire les températures. On obtient ainsi des courbes qui indiquent d'une manière saisissante la marche des pleurésies. Cet exemple sera certainement suivi et appliqué avec succès à l'enseignement clinique.

Le chapitre du diagnostic est traité avec un soin particulier. Toutes les difficultés y sont signalées, les causes d'erreur indiquées et démontrées par des observations du plus grand intérêt. L'auteur reconnaît qu'aujourd'hui encore il est impossible de diagnostiquer la nature de l'épanchement. Tout se borne ici à des probabilités maintes fois démenties par les résultats de la ponction ou par l'examen nécroscopique.

Les indications thérapeutiques se résument sous trois chefs: 1° combattre l'élément inflammatoire principalement au début; 2° combattre la tendance du liquide épanché à augmenter en activant autant que possible sa résorption; 3° avoir recours aux moyens chirurgicaux pour évacuer le liquide dans les cas de mort imminente, ou quand ce liquide est rebelle à l'absorption d'une manière inquiétante.

On voit que M. Woillez considère le traitement chirurgical comme un moyen extrême destiné à suppléer à l'insuffisance reconnue des procédés médicaux. Cette manière de voir dépend évidemment du peu d'importance qu'il attache aux nouveaux procédés de thoracocentèse proposés depuis quelques années. Les appareils d'aspiration du docteur Dieulafoy permettent, en effet, de débarrasser la plèvre du liquide qu'elle contient avec une facilité et une promptitude qu'aucun moyen médical ne saurait revendiquer. Nous avons fait, pour notre part, avec les aiguilles aspiratrices, une trentaine de ponctions. Les résultats que nous avons obtenus sont tels, que nous n'hésitons plus à recourir à ce mode de traitement dès que la poitrine contient une quantité notable de liquide. La douleur est insignifiante et peut être supprimée, si on le désire. Pour vider rapidement la poitrine, on a mis l'aiguille en communication avec un corps de pompe d'une capacité de 350 grammes environ, et qui se remplit en quelques minutes. Nous n'avons jamais vu l'aiguille déterminer le moindre accident. Rien de plus facile, d'ailleurs, que d'en abaisser légèrement la pointe, de manière à la rendre presque parallèle à la paroi thoracique, si l'on craignait de piquer le poumon à la fin de l'opération. Cet accident, que nous redoutions beaucoup au début de notre pratique, ne s'est jamais produit, ou, tout au moins, ne s'est révélé par aucun signe appréciable. Chez des sujets jeunes, vigoureux, une seule ponction peut suffire, et nous avons vu des malades en état de quitter l'hôpital huit jours après qu'ils s'y étaient présentés avec des épanchements très-abondants. Si l'épanchement se reproduit, une nouvelle piqûre est pratiquée. Le plus souvent le liquide se reproduit en quantité beaucoup moindre et se résorbe de lui-même. On évite ainsi au patient tous les ennuis et les inconvénients d'un traitement par les purgatifs et les vésicatoires.

Lorsque M. Woillez voudra expérimenter sur un certain nombre de malades ce moyen avec lequel il est évidemment peu familiarisé, nous ne doutons pas qu'il ne lui accorde bientôt toute la valeur qu'il mérite et ne reconnaisse, dans l'immense majorité des cas, sa supériorité sur les autres traitements habituellement employés.

Cette réserve faite, nous ne pouvons assez remarquer le soin avec lequel est traitée la question de la thoracocentèse, celle de ses indications et contre-indications. On trouvera également tous les détails relatifs à l'empyème et à la cure si difficile et si longue des épanchements purulents. C'est un chapitre complet où tous les travaux qui ont paru sur la matière sont analysés et contrôlés. On chercherait vainement ailleurs un exposé aussi complet de tout ce qui se rapporte au traitement de la pleurésie.

En dehors des quatre affections qu'il considère comme typiques : la congestion, la bronchite, la pneumonie et la pleurésie, M. Woillez décrit sous le nom de maladies aiguës, mixtes ou hybrides : la bronchite capillaire ou sous le nom d'hémo-bronchite, les hémo et broncho-pneumonies et les pneumo-pleurésies. Dans les hémo-bronchites et dans les hémo-pneumonies, la physionomie particulière de la maladie serait due à la prédominance des phénomènes hypérémiques. Le second groupe résulte de la fusion ou de la succession de deux autres maladies typiques. Nous avouons que ces distinctions ne nous paraissent jeter aucun jour nouveau sur l'interprétation des faits cliniques. En ce qui concerne les hémo-bronchites en particulier, la part faite à la congestion nous semble

très-exagérée, et l'influence prépondérante accordée à l'hypérémie dans la bronchite capillaire ne nous rend pas compte des phénomènes d'asphyxie rapide qui en font le danger, au même titre que l'oblitération des dernières ramifications bronchiques. Il y a là un obstacle si évident à l'hématose, l'asphyxie s'explique d'une façon si naturelle, qu'on ne conçoit pas la nécessité d'en chercher ailleurs le mécanisme.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des maladies aiguës accidentelles et primitivement aiguës.

Sous ce titre, dont la clarté laisse à désirer, nous passons en revue les complications aiguës de l'emphysème, hypérémie et bronchite; l'apoplexie pulmonaire, les oblitérations sanguines de l'artère pulmonaire, les infarctus des poumons, la gangrène pulmonaire, les corps étrangers des bronches, les perforations pulmonaires et le pneumothorax.

Ces différents sujets sont traités assez sommairement, quoique l'auteur reconnaisse le grand intérêt que présentent quelques-uns d'entre eux.

En arrivant à la fin de ces études sur les maladies aiguës du poumon, on se demande pourquoi on a laissé de côté cette forme particulière de tuberculisation, bien distincte de la phthisie galopante et à laquelle on a réservé le nom de phthisie aiguë. Nous comprenons que M. Woillez n'ait pas voulu aborder la grande question de la tuberculisation pulmonaire; mais il est difficile de ne pas chercher, dans un traité consacré aux maladies aiguës du poumon, la description d'une affection caractérisée par sa marche si vive, le mouvement fébrile qui l'accompagne, et le développement si rapide de ses produits.

VARIÉTÉS.

Glanes.

On lit dans la Gazette médicale de Strasbourg : L'établissement d'une université allemande à Strasbourg paraît définitivement décidé; d'après la Gazette de Cologne, une partie du personnel enseignant serait déjà désignée, et les cours commenceraient à Pâques prochain.

De l'existence des métaux dans certains aliments. — L'analyse chimique a fait découvrir dans le froment, le riz, le seigle, l'orge, le thé, des quantités assez notables de plomb, de cuivre ou d'arsenic; d'après M. Sarzeau, on pourrait évaluer à 34 061 kilogrammes la quantité de cuivre contenue dans le froment consommé en une année en France. On sait d'ailleurs que des traces de cuivre ont été retrouvées dans le sang par Millon, qui a également retrouvé du plomb et du manganèse dans cette humeur.

Unions consanguines. — Ce passage, emprunté à la Revue scientifique, est tiré d'une leçon de M. de Quatrefages, sur les races métisses :

Parmi les médecins et les physiologistes, il en est qui condamnent d'une manière absolue les unions entre proches parents; d'autres soutiennent l'innocuité, dans certains cas, de ces mêmes unions.

Au premier rang des adversaires des mariages entre parents, il faut placer le docteur Boudin. Ce statisticien éminent, fort des chiffres recueillis aux sources officielles, les déclare éminemment dangereux, et leur attribue une part très-considérable dans le développement des maladies suivantes : surdi-mutité, affections diverses de la vue, bec-de-lièvre, aliénation mentale, idiotie, épilepsie, stérilité,.... etc.

Aux objections absolues de M. Boudin, on a répondu en citant des exemples d'où il résulte que la consanguinité n'a pas eu, à beaucoup près, d'aussi funestes résultats.

M. Bourgeois a fait, à ce point de vue, l'histoire de sa propre famille, montant à 416 membres issus d'une union consanguine au troisième degré, comptant 91 alliances fécondes en cent soixante ans et 16 alliances consanguines superposées. Des détails donnés par M. Bourgeois, il résulte d'ailleurs que, dans toute sa parenté, les santés ont été aussi bonnes, les vies aussi longues que partout ailleurs.

De son côté, M. Voisin a étudié avec grand soin la petite population du bourg de Batz en Bretagne, population qui, à raison de son isolement, de la répugnance avec laquelle elle se mêle aux étrangers, a été amenée à ne se marier guère qu'entre parents, et souvent entre parents très-proches. Les conclusions de ce travail concordent entièrement avec celles du mémoire précédent.

A ces faits, qu'il n'a pas niés, M. Boudin a répondu que la consanguinité n'était pas toujours et fatalement nuisible. S'il en était ainsi, on ne discuterait pas. Il en appelle à la statistique et aux chiffres dont les moyennes mettent en relief le fait qu'il veut prouver. Mais on a attaqué ces chiffres eux-mêmes. Peut-être, en effet, quelques nombres ont-ils été acceptés par l'auteur un peu à la légère. Toutefois, cette objection m'a paru ne pas avoir l'importance qu'on a voulu lui attribuer.

Un reproche plus grave adressé avec raison à M. Boudin et à la plupart des auteurs qui ont soutenu des doctrines analogues, est de ne pas avoir tenu compte de l'état sanitaire des parents. M. Périer insiste sur ce point, et il a raison. Il est évident, en effet, que les conditions seront très-différentes quant aux produits du mariage, selon que les consanguins unis seront vigoureux et bien portants ou faibles et cacochymes. Avec M. Bouchardat, il faut donc distinguer soigneusement dans l'étude de ces questions la consanguinité saine de la consanguinité maladive. Cette dernière est reconnue par tous les auteurs comme essentiellement dangereuse. Mais la première est-elle donc sans inconvénients? M. Périer l'affirme, tandis que, pour M. Boudin, le danger, pour être moindre, n'en subsiste pas moins.

Pour savoir à quoi nous en tenir au sujet d'une question si débattue, revenons aux principes qui nous ont guidés tant de fois, et rappelons-nous les lois de l'hérédité. La tendance générale de ce phénomène est de transmettre en entier la nature des deux parents; le produit est une résultante. Si les parents ont des caractères semblables, ces caractères s'accusent de plus en plus dans les enfants. Par conséquent, si les parents possèdent cet équilibre complet des fonctions qui constitue la santé aussi parfaite que possible pour un milieu donné, la consanguinité tendra à maintenir, à fortifier cet état de choses. En pareil cas, elle pourra être non-seulement innocente, mais même utile.

Mais cet équilibre, cette harmonie de l'organisme avec le milieu, sont bien rares. Pour peu qu'il y ait perturbation dans le même sens chez parents, cette perturbation s'aggravera chez les fils. Or, chez les consanguins, les ruptures d'équilibre sont fréquemment de même nature. Voilà pourquoi, dans la plupart des cas, les unions de cette nature doivent être dangereuses.

Ce qui se passe chez les animaux confirme de tout point cette conclusion. M. Boudin a cité plusieurs exemples d'où il résulte que la consanguinité, expérimentée à diverses reprises, a eu constamment des résultats fâcheux. M. Périer et d'autres écrivains ont opposé à ces faits les méthodes d'élevage qui ont si bien réussi entre les mains de Bakewel et des frères Collins. Vous savez que cette méthode, appelée *in and in* en Angleterre, consiste à marier le père lui-même avec ses produits. Mais les résultats qu'elle donne, quelque utiles qu'ils soient au point de vue agricole, sont la confirmation éclatante de la justesse de nos conclusions.

Nos races animales, dites perfectionnées, sont, en réalité, des monstruosités. Dans un but d'utilité spéciale, nous exagérons un caractère presque toujours aux dépens de tous les autres. Nous faisons ainsi des animaux tout en chair, tout en graisse, etc.; nous amoindrissons une partie du corps pour en développer une autre. Mais je vous le demande, quel artiste, voulant peindre l'idéal du taureau ou du sanglier, prendra pour modèle le durham ou le leicester? Voilà les résultats de la méthode *in and in*.

Mais, si cette méthode est excellente pour obtenir les races exceptionnelles, elle ne vaut rien pour les maintenir. Tous les éleveurs savent que les animaux trop perfectionnés perdent la faculté de se reproduire et deviennent de plus en plus délicats. Aussi, J. Webb, le célèbre successeur des inventeurs de la méthode, a-t-il renoncé aux unions consanguines. La race une fois créée, il la partage en un certain nombre de familles qu'il marie entre elles, évitant ainsi une trop grande proximité de sang.

Rappelez-vous toujours les lois générales de l'hérédité; songez qu'elles dominent l'être entier et non pas seulement son organisme physique; n'oubliez pas que l'homme, pour toutes les questions de cette nature, est soumis aux mêmes règles que les animaux, et vous arriverez avec moi à la pensée que les unions consanguines doivent être évitées, que le croisement des familles est au moins un acte de prudence.

Association générale des médecins de France.

M. le Président de l'Association vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les Présidents des Sociétés locales :

Paris, le 6 janvier 1872.

Monsieur le Président et très-honoré Confrère,

Depuis le jour où parut le décret du 27 octobre 1870, qui dispose que les présidents de Sociétés de secours mutuels seront désormais élus par les Sociétaires, j'ai considéré comme expiré le mandat que je tenais cependant du libre choix des présidents et délégués des Sociétés locales

composant l'Association générale des médecins de France. Et si je n'avais été à cette époque enfermé dans Paris assiégé, je vous aurais sans retard fait connaître ma détermination d'appeler l'Assemblée générale de notre Œuvre à régler les formes suivant lesquelles aurait lieu à l'avenir l'élection du Président de l'Association, en donnant satisfaction au décret précité.

Vous savez, monsieur le Président, comment la réunion de l'Assemblée a été différée jusqu'au 29 octobre; vous vous rappelez aussi que la première question mise à l'ordre du jour a été celle dont j'ai le devoir de vous entretenir aujourd'hui.

Après une discussion approfondie, l'Assemblée, à une grande majorité, et, vous me permettrez de le dire, d'accord avec mon propre sentiment hautement et formellement exprimé, a décidé que le Président de l'Association générale serait élu par le suffrage universel de tous les Sociétaires, présents à une réunion spéciale convoquée à cet effet; et que cette élection serait faite avant la prochaine Assemblée générale qui doit se tenir le 7 avril prochain. C'est dans cette assemblée, en effet, qu'auront lieu le recensement général des votes et l'installation du nouveau Président. Vous avez bien voulu, par un concert unanime, me maintenir jusque là dans les fonctions que je n'avais pu, comme je l'aurais souhaité, résigner plus tôt.

Le Conseil général, qui a mission d'assurer l'exécution des votes de l'Assemblée générale, m'a chargé de vous transmettre les résolutions qui lui ont paru le plus propres à garantir la mise en pratique simple, loyale et sûre du suffrage universel appliqué à l'élection du Président de l'Association générale.

J'ai, en conséquence, l'honneur de vous inviter à vouloir bien vous conformer aux règles suivantes, dont vous apprécierez facilement les motifs et la convenance.

Il importe, avant tout, que l'élection ait lieu dans toutes les Sociétés locales de France le même jour, afin d'éviter toute pression qui résulterait d'une connaissance anticipée des votes. Le conseil a fixé pour cette *élection la date du 10 mars prochain*, qui, je l'espère, vous agréera. Vous êtes donc prié de faire, pour ce jour, une convocation de tous les membres de la Société que vous présidez, en spécifiant l'objet particulier de la réunion, et en rappelant aux Sociétaires que *ceux-là seuls qui assisteront à la séance seront admis à prendre part au vote.*

Vous serez assez bon, monsieur le Président, pour me transmettre *sans délai*, non-seulement le résultat des votes, c'est-à-dire le chiffre des voix obtenues par chacun des candidats, mais *le procès-verbal détaillé de la séance* qui y aura été consacrée.

L'Assemblée générale du 29 octobre s'était montrée, si vous vous en souvenez, préoccupée de l'avantage qu'il pourrait y avoir à ne pas laisser les suffrages de nos nombreux associés se disperser sur un trop grand nombre de noms divers; et elle avait décidé qu'une liste de candidats pourrait être soumise aux électeurs des Sociétés locales. Mais comme le Conseil général, dont je m'étais fait moi-même en cette circonstance l'interprète convaincu, avait formellement répudié, sinon l'honneur, du moins la responsabilité de la liste à adresser, il a été convenu que celle-ci serait formée de tous les noms qui seraient désignés par chacun de MM. les Présidents en même temps que par le Conseil; et que cette liste serait mise dans l'ordre alphabétique sous les yeux de nos confrères au moment de l'élection.

Cette désignation, monsieur le Président, n'implique en aucune façon un vote préalable, mais une simple entente de votre Commission administrative, ou même votre seule initiative. L'important est que vous vouliez bien prendre la peine de m'en donner avis d'ici au 15 *février, délai de rigueur*, afin que je puisse vous transmettre, en temps utile, la liste complète des candidatures qui se seront produites et qui, sans enchaîner, en quoi que ce soit, les Sociétaires qui prendront part à l'élection du 10 mars, pourront du moins être offertes à leurs suffrages.

En recommandant d'une manière instante, monsieur le Président et très-honoré confrère, ces diverses prescriptions à votre zèle éclairé pour les intérêts de l'Association, je n'ajoute qu'un mot qui est en même temps dans ma pensée l'expression d'une ferme conviction et d'une sincère espérance, c'est que le suffrage universel introduit dans l'élection du Président de l'Association des médecins de France, n'est qu'un premier pas dans la réforme libérale de nos Statuts; et que le nouvel élu y puisera une grande force pour assurer le développement et la prospérité de cette Œuvre à laquelle vous avez bien voulu donner votre concours puissant et dévoué.

Veuillez agréer, monsieur le Président et très-honoré confrère, la nouvelle assurance de ma haute considération et de mes sentiments d'affectueuse confraternité.

Le Président, A. Tardieu.

— Le dimanche 21 juin, la *Société centrale* a tenu sa première assemblée générale, sous la présidence de M. Tardieu.

L'ordre du jour annonçait la *discussion* et l'*approbation* des nouveaux statuts, la nomination des membres du bureau et de la commission administrative proposés par le conseil général.

La séance ouverte par un rapport du secrétaire, M. Le Roy de Méricourt, et une allocution du président, on allait procéder à la discussion des statuts, quand M. de Ranse fit observer qu'il y aurait avantage à ne considérer cette séance que comme préparatoire et à remettre à une séance ultérieure *l'approbation* des statuts en discussion. Cette proposition a été repoussée à une majorité considérable. On a donc procédé à la discussion des statuts.

Le vote pour le bureau et la commission administrative a donné les résultats suivants :

Bureau. — Président, M. Horteloup père ; — vice-président, M. Lustreman ; — secrétaire, M. Piogey ; — vice-secrétaire, M. René Blache ; — trésorier, M. Baun.

Commission administrative. — MM. Axenfeld, Baret, Barthez, Blachez, Bossu, Brochin, Bucquoy, Cabanellas, Caffe, Campbell, Chauffard, Collineau, Contour, Costilhes, Cusco, Davesne, Desnos, Dolbeau, Forget, Godelier, Guéneau de Mussy, Guyon (F.), Horteloup (P.), Le Roy de Méricourt, Millard, Moreau (de Tours), Perrin (E.-R.), de Ranse, Richelot, Ségalas (Émile).

L'impression laissée par cette séance est que l'Association générale commence à s'animer d'un souffle libéral. Nous serons heureux de constater ce mouvement en publiant les statuts annoncés.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Congrès médical de Lyon. — La commission organisatrice du Congrès médical qui aura probablement lieu à Lyon, au mois de septembre prochain, se trouve ainsi composée, à la suite des élections faites par les divers corps constitués :

MM. J. Bonnet, Bourland, Desgranges, Garnier, Gauthier (de Villefranche), Matagrin (de Tarare), Paul Rougier, Terver (d'Ecully), délégués par l'Association des médecins du Rhône ;

MM. Bouchacourt, Chatin, Diday, Girin, Rollet, délégués par la Société de médecine de Lyon ;

MM. Dron, Icard, Laroyenne, P. Meynet, Soulier, délégués par la Société des sciences médicales ;

MM. Ollier, Perroud, délégués par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux ;

MM. Glénard, Valette, délégués par l'École de médecine ;

MM. Peuch, Saint-Cyr, délégués par l'École vétérinaire ;

MM. Arthaud, Ferrand, délégués par le Conseil d'hygiène et de salubrité ;

MM. Maury, Vidal, délégués par la Société de pharmacie ;

MM. Pétrequin, Teissier, délégués par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts ;

MM. Poncet, Pioch, délégués par le Comité médical du Dispensaire général ;

M. Rodet, délégué par la Société protectrice de l'enfance ;

M. Lavirotte, délégué par la Société d'agriculture ;

M. Marmy, médecin en chef de l'hôpital militaire.

— M. Prunier est nommé préparateur du cours de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Jungfleisch, dont la démission est acceptée.

— M. le professeur *Bouisson* a déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale une proposition dont l'urgence a été déclarée, tendant à ouvrir une souscription volontaire de tous les citoyens français pour la libération du territoire. M. Bouisson souscrit pour 10 000 francs.

Société d'anthropologie. — La Société d'anthropologie vient de procéder au renouvellement de son bureau pour 1872. Ont été élus : président, M. Lagneau ; vice-président, MM. Giraldès et Bertillon ; secrétaire général, M. Broca ; secrétaire adjoint, M. de Ranse ; secrétaires annuels, MM. Rat et Hamy ; trésorier, M. Leguay ; conservateur des collections, M. Topinard ; archiviste-bibliothécaire, M. Dureau.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 8 février 1872.

L'EUCALYPTUS GLOBULUS. — *Académie de médecine :* LE TANNATE DE QUININE : M. VULPIAN.

L'Eucalyptus globulus (1).

Il est temps peut-être de résumer, à l'intention des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, les expériences faites et les vues proposées sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques d'une plante qui a fait le sujet de plusieurs travaux récents, et dont la spéculation commence à s'emparer. Il s'agit de l'*Eucalyptus globulus.*

La découverte de ce magnifique végétal, qui appartient à la famille des Myrtacées, date de 1792. Elle est due à la Billardière, lors du voyage d'exploration fait pour retrouver les traces du naufrage de la Pérouse. L'Eucalyptus est originaire du continent australien et de la terre de Van Diemen. C'est un des géants du règne végétal; on en a mesuré qui atteignaient 100 mètres de hauteur sur 28 mètres de circonférence. Sa croissance rapide, les qualités de son bois, la possibilité de son acclimatation dans nos provinces méridionales et dans nos colonies donnent à la culture de cet arbre un intérêt économique de premier ordre. Nous n'avons à nous occuper ici que de ses propriétés médicinales.

Les propriétés antipyrétiques de l'Eucalyptus, qui paraissent avoir été connues de temps immémorial par les Australiens, ont été signalées pour la première fois il y a une quarantaine d'années. M. de Salvy (*Bulletin du comice agricole de Toulon*, 1871) nous apprend qu'à cette époque une partie de l'équipage de la corvette *la Favorite*, décimée par une fièvre pernicieuse, dut la vie à l'infusion des feuilles d'Eucalyptus.

En Espagne, ainsi que nous l'apprend le docteur Tristany (*El Compilador medico*, 1865), la plante est connue sous le nom d'*arbre à la fièvre.*

M. le professeur Gubler, au travail duquel nous empruntons ces détails, commença dans les premiers mois de 1866 des recherches cliniques sur l'emploi de l'Eucalyptus, à l'occasion de la présentation faite à l'Académie de médecine par M. Ramel, auquel on doit rapporter l'introduction en Europe du nouveau médicament. Des observations furent prises à partir de 1866, sous la direction de M. Gubler, et en 1869 il en communiqua les résultats à la Société de thérapeutique, signalant spécialement l'élimination de l'eucalyptol par les voies respiratoires et les indications qui en découlaient.

M. Gimbert (1870) a envisagé la question au triple point de vue de l'utilité industrielle, des propriétés physiologiques et des effets thérapeutiques de l'Eucalyptus.

Les propriétés physiques et chimiques du médicament ont été surtout étudiées par MM. Cloez, Miergues, Ad. Sicard, et l'on trouvera, à cet égard, d'amples renseignements dans le travail de M. Gubler.

Il résulte de ces recherches que les propriétés de l'Eucalyptus sont dues particulièrement à une essence, ou plutôt à une sorte de camphre liquide pour lequel on propose le nom d'*eucalyptol.* Dix gouttes de cette essence n'exercent aucune action fâcheuse sur un chien; 2 grammes d'extrait aqueux excitent l'appétit ; la même dose d'extrait alcoolique ou éthéré, beaucoup plus actif, donne une agitation très-marquée (Cloez).

M. Gimbert a repris ces expériences sur une plus large échelle. D'après lui, l'essence d'Eucalyptus appliquée à l'extérieur est un excitant léger, un substitutif, et peut être utilisée dans le pansement des plaies.

Les effets qui suivent l'administration de l'essence à l'intérieur varient nécessairement suivant la dose employée. A dose

(1) *L'Eucalyptus globulus.* Son importance en agriculture, en hygiène et en médecine, par le docteur Gimbert (de Cannes); 1870. — Son emploi thérapeutique : Leçons faites par le professeur Gubler, et publiées dans le *Bulletin thérapeutique* août 1871).

FEUILLETON.

Étude historique et critique sur l'art médical en Chine.

(Suite. — Voyez le numéro 5.)

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur ces grotesques élucubrations : nous avons choisi les plus saillantes, celles qui font comme la base fondamentale de la science médicale sinique.

Si l'on se propose de se livrer à un travail d'érudition pure, à un rassemblement mécanique de matériaux, il peut, sans doute, en résulter quelques services : la chronologie, l'histoire, la philosophie, la morale, y trouveront quelque chose à glaner. L'esprit de méthode, de classification, en un mot la conception scientifique, sont autant de problèmes posés sur cette race, et qui peuvent être éclairés par ces recherches.

L'histoire comparée apprend que l'art médical, si informe qu'il fût, existait cependant à une époque où celui des nations civilisées de l'Europe était plus uniforme encore, car il faut ne pas l'oublier, notre pharmacopée d'il y a cent ans fourmille encore d'absurdités aussi grossières que celles des Chinois, et elle eût pu, sans trop déroger, donner le fiel d'un homme courageux comme breuvage et remède contre la couardise. Mais elle se garderait de le faire aujourd'hui, tandis que les Chinois continuent à se servir de ce singulier moyen.

Qu'on cesse donc de prétendre que la médecine chinoise est une source précieuse d'où peuvent jaillir des découvertes utiles à l'humanité. C'est vraiment pousser trop loin cette manie d'admiration qui a engendré tant d'erreurs sur la Chine, manie malheureusement quelquefois exploitée par de prétendus sinologues.

Quant à nous, qui ne sommes point versé dans la connaissance de la langue chinoise, nous mettons notre plus grand soin à choisir les critiques autorisés et nous en faisons la base

élevée (25 à 40 gouttes pour un lapin), la respiration est notablement ralentie. On a pu constater un abaissement de cinquante inspirations. De même pour la chaleur animale. La tension artérielle est constamment diminuée.

Chez l'homme, les doses modérées, de 10 à 40 gouttes, produisaient un état de bien-être et de calme remarquables. A fortes doses (80 à 100 gouttes), l'essence détermine de l'excitation, de la céphalalgie et consécutivement une fatigue extrême.

Les deux voies d'élimination principales sont le rein et les poumons. M. Gimbert note, comme fait très-important, une augmentation dans la proportion d'urée contenue dans les urines. Cette proportion est ordinairement doublée.

Dans les expériences avec des doses toxiques, la mort surviendrait par suspension du pouvoir réflexe de la moelle.

Les expériences cliniques de M. le professeur Gubler méritent une attention particulière. A doses fortes (2 à 4 grammes et au delà), l'eucalyptol produit de l'irritation dans l'arrière-gorge et une supersécrétion de la muqueuse buccale. L'estomac est irrité, et il y a souvent de la diarrhée. On observe de la céphalalgie, une excitation générale, de la fréquence du pouls, de la chaleur, une diminution marquée de la tension vasculaire; en un mot, une véritable fièvre.

Les mouvements respiratoires sont accélérés. L'haleine exhale parfois, d'une manière très-prononcée, l'odeur de l'essence. Les urines ont peu d'odeur; leur quantité est augmentée.

Les principales voies d'élimination sont l'appareil respiratoire, probablement les glandes sudoripares, et, sur un dernier plan, l'appareil uro-poétique.

Il ne faudrait pas apprécier l'influence de l'Eucalyptus sur l'organisme en se basant uniquement sur les effets de l'essence. La présence du tannin, des substances amères, et peut-être d'un principe immédiat encore inconnu, doit donner à l'emploi des feuilles un mode d'action tout particulier. Elle explique probablement les résultats obtenus dans le traitement des fièvres palustres, résultats que l'action isolée de l'eucalyptol ne saurait faire prévoir.

Si l'on en croit les rapports des médecins très-distingués qui ont employé l'Eucalyptus, son action dans les fièvres intermittentes est souveraine. Le travail de M. le docteur R. Carlotti (d'Ajaccio), travail très-scientifique, très-consciencieux, ne peut laisser de doutes sur les faits observés; et c'est surtout dans les cas rebelles à l'action de la quinine que l'Eucalyptus s'est montré efficace.

M. Gubler n'a pas expérimenté sur un assez grand nombre de malades atteints de fièvre palustre pour se prononcer définitivement sur l'action antipyrétique de l'Eucalyptus, action qu'il préjuge cependant très-active, en raison des principes contenus dans la plante; l'essence devant stimuler l'économie et atténuer la période de froid, le tannin modérant l'expansion des capillaires ainsi que le phénomène critique de la sudation. Peut-être, en outre, l'essence aurait-elle le privilége d'atteindre directement et de neutraliser le miasme palustre.

L'action topique de l'Eucalyptus peut être utilisée pour le pansement des plaies de mauvaise nature. M. Gubler se loue beaucoup de l'usage de la décoction de feuilles dans les affections catarrhales muqueuses.

Mais c'est surtout dans les maladies des voies respiratoires que les diverses préparations d'Eucalyptus paraissent devoir être préconisées.

De même que les différents baumes ou essences, l'Eucalyptus convient uniquement dans les catarrhes subaigus ou chroniques à sécrétion muco-puriforme. On sait que les médicaments de ce genre agissent directement sur la muqueuse, qui les élimine de préférence. Or, l'Eucalyptus s'élimine surtout par les voies respiratoires, et son action est beaucoup plus efficace sur la muqueuse broncho-pulmonaire que sur la muqueuse urinaire dans les affections de laquelle on a cependant beaucoup vanté son action. Aussi, les bronchites simples arrivées à la période de coction, les bronchites chroniques avec ou sans emphysème, sont-elles heureusement modifiées par l'Eucalyptus, qui peut également rendre des services dans la tuberculisation, en modérant à la fois la sécrétion muco-purulente et les sueurs.

A ce propos une remarque se présente. On connaît depuis longtemps le mode d'action des balsamiques, et l'on sait que cette action s'exerce par voie de contact, probablement en diminuant l'hypérémie de la muqueuse et conséquemment l'exsudation albuminoïde. Que la partie active du médicament soit entraînée spécialement par l'air expiré ou qu'elle le soit par les produits de la sécrétion urinaire, l'explication reste toujours applicable. Selon M. Gubler, il est possible de prévoir jusqu'à un certain point quelle sera la voie d'élimination d'une substance balsamique donnée, si l'on admet que les substances étrangères à l'économie sont expulsées par les émonctoires

---

ou plutôt le point de départ de nos observations, et, lorsque notre expérience personnelle nous fait rencontrer les mêmes jugements à porter, nous n'hésitons pas à trouver plus conformes à la vérité, les vérités elles-mêmes que les phrases admiratives des pseudo-sinologues et pseudo-médecins dont nous parlions tout à l'heure.

Depuis dix ans qu'un grand nombre de médecins étrangers de toutes les nations de l'Europe et de l'Amérique exercent leur art en Chine, ils n'ont rien appris, rien vu, rien surpris dans les faits et gestes des médicastres et empiriques du Céleste-Empire qui vaille la peine d'être proposé à la science européenne. Nous avons nous-même cherché de bonne foi, et avec tout le soin dont nous sommes capable, durant un séjour de plusieurs années à Pékin, nous n'avons pas été plus heureux. Nous avons interrogé nos collègues des autres légations, dont quelques-uns, parlant la langue et tenant des dispensaires depuis longtemps, avaient une expérience plus grande que la nôtre et un contact plus facile avec les médecins chinois : tous nous ont répondu qu'il n'y avait rien de sérieux à apprendre des Chinois.

Nous nous sommes adressé à un des plus renommés praticiens de Pékin, le grand pontife de l'acupuncture, *seule pratique chirurgicale en usage*, et nous lui avons demandé toute la série des instruments qui composent l'arsenal chirurgical chinois : nous possédons donc tous ces instruments et nous avons avec eux la preuve qu'ils sont encore au-dessous de l'enfance de l'art.

Parmi les monuments de la bibliographie médicale sinique, il y a un ouvrage que nous n'avons pas mentionné et qui mérite cependant quelques remarques. Nous voulons parler du Si-yuen-lun qui jouit de la plus grande notoriété en Chine; c'est un traité de jurisprudence médicale écrit en 1247, par Sung-tse, et réimprimé en 1400. On s'en est de tout temps servi, et l'on s'en sert actuellement encore dans les Cours de justice pour les instructions délictueuses et criminelles.

Pendant la période du XVIII[e] siècle, il a été édité sept fois.

des principes normaux dont elles se rapprochent (*Commentaires du Codex*). Les corps volatils s'éliminent par les voies respiratoires ou par la sueur; les sels neutres, les substances salifiables par l'urine. Parmi les corps volatils, ceux qui sont facilement attaqués par l'oxygène et qui se résinifient rapidement prennent de préférence la voie des urines; mais si l'essence est rebelle à l'oxydation, elle s'éliminera à peu près complétement par le poumon. Or, c'est précisément le cas de l'eucalyptol, qui s'évapore à l'air libre sans laisser un résidu plus ou moins abondant, comme le ferait l'essence de térébenthine du Canada et l'essence de copahu.

M. Gubler, parmi toutes les préparations d'Eucalyptus, donne la préférence à la poudre, qu'il administre à la dose de 4 à 16 grammes dans les vingt-quatre heures, sous forme d'opiat ou simplement dans du pain azyme.

Une décoction de 8 à 20 grammes de feuilles, décoction qui doit être faite rapidement, fournit une préparation fort active, qu'on peut utiliser à l'extérieur et à l'intérieur.

L'eucalyptol en capsules est également d'un emploi facile. Chaque capsule contient 15 centigrammes d'essence. On en donne de 6 à 20 par jour.

Ces préparations peuvent suppléer à toutes les autres : eau distillée, macération, extrait aqueux ou alcoolique, teinture ou alcoolat.

M. Ramel a préconisé l'emploi de cigares faits avec les feuilles de la plante. Nous aimerions mieux des fumigations faites en pulvérisant des décoctions un peu chargées, ou de l'essence convenablement dosée. On pourrait créer ainsi dans des chambres de petite dimension une atmosphère médicamenteuse dans laquelle les malades atteints de catarrhe bronchique seraient placés pendant un certain temps.

Quoi qu'il en soit de ces différents modes d'emploi, il est désirable que l'attention des praticiens se fixe sur l'Eucalyptus et en multiplie les applications. Les travaux que nous avons indiqués, et en particulier celui de M. Gubler où se trouve une histoire complète de ce nouvel agent thérapeutique sont de nature à encourager les essais. C'est aux médecins qui exercent dans les pays à fièvres à expérimenter l'action antipyrétique du médicament. Quant aux propriétés anticatarrhales, nul doute qu'elles ne soient bientôt l'objet de nouvelles études dans les différents services hospitaliers.

Académie de médecine : **Le tannate de quinine.**

Le rapport de M. Hérard lu devant l'Académie, au nom de la commission du prix Barbier, a provoqué incidemment, sur la valeur relative des sels quiniques, une courte discussion à laquelle une communication de M. Mialhe a donné une certaine importance. La plupart des membres qui ont pris la parole ont conclu à l'inertie presque complète du tannate de quinine. M. Briquet, en particulier, dont les travaux sur le sulfate de quinine sont si justement appréciés, avait jugé avec beaucoup de sévérité la valeur thérapeutique du tannate. Pour lui, ce sel, fort peu soluble, est incapable d'exercer aucune action thérapeutique et doit être absolument rejeté. On peut, d'après le même auteur, en administrer de 4 à 8 grammes, sans retrouver la quinine dans les urines.

Dans la communication de M. Mialhe, le tannate de quinine est un peu moins sévèrement traité. M. Mialhe le considère comme à peu près insoluble dans l'eau; mais il croit qu'à la faveur du suc gastrique l'absorption peut avoir lieu après décomposition préalable. Si l'urine ne donne rien, c'est que nous ne disposons pas probablement de moyens assez délicats pour y retrouver des quantités très-faibles de quinine.

M. le professeur Vulpian, dans la dernière séance de l'Académie, a combattu ces conclusions, en exposant le résultat des expériences qu'il a instituées dans son service de la Pitié avec le concours de M. Guiochin, interne en pharmacie.

M. Vulpian établit tout d'abord que le tannate de quinine n'est nullement insoluble. 1 partie de ce sel se dissout dans 950 parties d'eau froide. Le sulfate de quinine en exige 740. La solution de tannate présente des reflets bleuâtres plus foncés que la solution de sulfate. Le tannate se dissout facilement dans l'alcool chaud.

Il est facile, après son absorption, de retrouver la quinine dans les urines, en employant les réactifs usités en pareil cas.

Le plus sensible est une solution d'iodure double de mercure et de potassium ainsi préparée :

Eau distillée.............	100	grammes.
Iodure de potassium.......	10	—

faites dissoudre et ajoutez :

Biiodure de mercure en excès.

Filtrez.

Il constitue une arme puissante entre les mains de la justice, parce que le peuple est convaincu qu'aucun crime et notamment aucun empoisonnement, crime le plus fréquent en Chine, ne peut échapper aux investigations de ceux qui savent interpréter et manier cette arme.

Lorsqu'un mandarin, *Si-yuen-luh* en mains, a procédé à l'examen juridique d'un cadavre, il déclare qu'il est suffisamment éclairé sur le genre de mort : qu'aucune des circonstances qui ont précédé, accompagné ou suivi le crime ne lui ont échappé : il affirme, soit la mort naturelle, soit le crime, soit le suicide : cela fait, le coupable, instruit de tout, ne manque jamais de faire l'aveu de sa faute; il sait que c'est inutile, puisqu'il connaît l'infaillible lumière que le *Si-yuen-luh* a versée dans la conscience du juge. D'autre part, la preuve par le *corpus delicti* n'est pas admise dans la législation chinoise. Ainsi le verdict du juge s'appuie sur des bases certaines et il condamne ou acquitte, grâce au précieux secours du *Si-yuen-luh*. — On voit de quelle importance est cet ouvrage.

Les procédés généraux qu'il contient pour la démonstration de l'homicide par les substances vénéneuses ne sont pas d'une chimie très-forte; mais cela importe peu, puisque l'aveu suit l'affirmation de l'expert : le but est rempli, et au dire de plusieurs personnes, il paraîtrait que la justice chinoise n'enregistre pas souvent de fausses sentences. C'est au moins un grave problème à éclairer et ce n'est pas ici le lieu de le discuter.

Retenons seulement ceci : que le Si-yuen-luh n'a qu'une apparence de valeur scientifique, mais qu'il rend pourtant de réels services comme moyen d'intimidation et comme un auxiliaire de la juridiction criminelle, et qu'à ce titre seul il offre un grand intérêt; c'est certainement grâce à lui que la torture chinoise, autrefois si usitée et si barbare, est devenue moins fréquente et s'est fort adoucie. Malheureusement il sert trop souvent d'abri à des magistrats indignes qui, invoquant les prétendues lumières du Si-yuen-luh, prononcent en son nom des arrêts motivés, contre lesquels de pauvres diables ne

Ce réactif a l'inconvénient de précipiter par l'ammoniaque. Il faut donc avoir soin d'éviter cette cause d'erreur.

En constatant préalablement la réaction de l'urine, M. Vulpian a traité par le tannate de quinine cinq malades. Les doses ont varié de 2 à 6 grammes. Les réactions des urines étaient d'autant plus accusées que la quantité du médicament était plus considérable.

A la dose de 2 grammes, le précipité obtenu dans les urines est moins abondant qu'après l'administration de 1gr,50 de sulfate de quinine.

Deux des malades étaient placés dans des conditions défavorables à l'absorption. Ils étaient atteints d'une diarrhée qui s'est d'ailleurs sensiblement modifiée pendant le traitement.

On a noté que les malades n'ont pas accusé les symptômes quiniques habituels : céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, étourdissements, etc.

Il paraît donc ressortir avec évidence de ces expériences que le tannate de quinine est soluble et qu'il est absorbé.

Maintenant, sous quelle forme est-il éliminé? C'est ce que M. Vulpian se propose de rechercher dans une nouvelle série d'expériences.

COURS PUBLICS

Séméiologie.

Des températures élevées excessives dans les maladies, leçon faite à l'hôpital de la Pitié, le 12 août 1869, par M. Michel Peter.

Sommaire. — La température s'élève au début de l'agonie des maladies aiguës. — Comment l'asphyxie intervient dans cette élévation de la température. — Comment la température s'élève d'autant plus que l'individu meurt mieux portant. — Comment un mort peut momentanément présenter plus de chaleur qu'un vivant. — Observations de Wunderlich; expériences de Brown-Séquard et de Brodie.

(Fin. — Voyez le numéro 4.)

Maintenant, il est encore une affection dans laquelle les modifications de la température étaient restées jusqu'ici, en France, à l'état de singularités inexpliquées, et dont la théorie que je vous expose peut donner la solution ; je veux parler du *choléra*.

Vous savez que cette affection est caractérisée par une notable tendance au refroidissement, et que même il est de règle de voir succomber tous les malades dont la température axillaire est tombée au-dessous de 36°.

Cependant, MM. Briquet et Mignot, dans leur savant et consciencieux travail sur le choléra, ont constaté, dès 1849, — c'est-à-dire bien longtemps avant Wunderlich, — non-seulement l'élévation de la température aux derniers moments de la vie du cholérique qui succombe dans la période algide, mais encore l'élévation de la température après la mort; et non-seulement dans le choléra, mais aussi dans quelques autres affections (péritonite, pneumonie, myélite chronique). Malheureusement leurs observations ne sont pas très-nombreuses (14 de choléra et 3 cas des autres affections), et leurs investigations thermométriques n'ont pas été faites à d'assez courts intervalles pendant les derniers instants de la vie et après la mort, pour être aussi démonstratives que celles de l'auteur allemand (1).

Cette élévation de la température après la mort, MM. Briquet et Mignot l'attribuent à la cessation de la déperdition du calorique par transpiration insensible (2).

D'un autre côté, MM. Briquet et Mignot ont constaté que la température générale baissait pendant la période dite de réaction. Et, à ce propos, un médecin de grande intelligence, le docteur Lorain, fait observer que « cet abaissement de la température est un fait incontestable, et que, quelque *contradictoires* que paraissent les termes que nous allons employer, dit-il, ils sont justes : souvent la réaction est *plus froide* que l'algidité (3) ».

Tout cela, vous le verrez bientôt, est loin d'être contradictoire dans la théorie que j'expose; c'est une simple affaire d'hématose en plus ou en moins, et de déperdition ou d'accumulation proportionnelle de calorique.

Enfin, vous savez que la température périphérique, notamment celle des extrémités, peut descendre dans le choléra à 29 et même 23°.

Il y a plus, on a même été jusqu'à prétendre que la température périphérique s'élevait après la mort, que le cadavre des cholériques se réchauffait. Doyère a démontré qu'il y avait là une erreur d'observation; mais il a démontré de plus un fait auquel on était loin de s'attendre : c'est que dans cette maladie, connue surtout par le refroidissement qu'elle entraîne, voire même dans la période où ce refroidissement est tel qu'on l'a nommée période d'*algidité*, la température axillaire s'élève « quelques instants avant la mort ».

Dès 1832, d'ailleurs, Rayer avait constaté que l'air expiré par les cholériques était plus froid et contenait moins d'acide carbonique que l'air expiré dans l'état de santé.

Rappelant ces faits et les mettant en opposition, l'illustre rapporteur de l'Institut, M. Andral, dit textuellement : « *Malgré* la diminution d'activité de la fonction respiratoire dans la période algide du choléra, *malgré* la combustion moindre du carbone, la température ne va pas moins s'accroissant d'une

(1) L'élévation de température n'a jamais dépassé 1 degré dans l'aisselle, tandis qu'au pli de l'aine elle a été plus considérable.

(2) Briquet et Mignot, *Traité pratique et analytique du choléra morbus*. Paris, 1850, p. 379 à 393.

(3) P. Lorain, *Études de médecine clinique*, octobre 1867, p. 74.

---

peuvent protester faute d'influence ou d'argent; car si le Si-yuen-luh a force de loi, il est annuellement révisé par ordre impérial, et doit se trouver dans tous les tribunaux et yamens.

La seule traduction complète qui en ait été faite est due à de Grijs; elle est écrite en langue hollandaise. Il y en a des extraits dans presque toutes les langues européennes.

Dans les Mémoires des Chinois (t. IV, p. 421), on en trouve une analyse, mais fort incomplète : ainsi, le chapitre relatif aux poisons y est passé sous silence. Le traducteur déclare qu'il ne veut pas s'arrêter sur ces matières, de peur d'enseigner à l'Europe des choses qu'elle ne connaît pas, mais qu'elle n'a que trop fini par connaître en dépit de ces respectables scrupules. Cependant, malgré la richesse du catalogue des poisons européens, nous ne sommes pas trop éloignés de penser que les poisons chinois l'emportent encore numériquement. L'homicide consommé avec eux est d'une fréquence considérable, qu'il est évidemment difficile de préciser et dont les annales judiciaires ne peuvent guère donner d'idée, attendu que la plupart restent ignorés et conséquemment impunis. Le Chinois est d'une habileté prodigieuse à se défaire de son ennemi par le poison; le temps n'est rien pour lui, et s'il lui faut des mois, des années même, il ne se hâte pas et agit avec la lenteur qui dissimule le soupçon, mais conduit sûrement au but.

Un de nos plus savants missionnaires, voyageant dans le Moupin, province chinoise du Thibet, s'aperçut que malgré la simplicité des aliments qu'il prenait, sa santé s'altérait. Il ne pouvait soupçonner son domestique chinois qu'il regardait comme un compagnon fidèle et qui était, d'autre part, chrétien. Cependant ses souffrances augmentaient chaque jour; il se décida à se tenir en défiance, et ne mangea plus que des œufs à la coque dont il surveillait lui-même la cuisson.

Rien n'y fit; il continua à souffrir. Enfin, il entreprit une surveillance si minutieuse, qu'il arriva un jour à se convaincre que l'eau qui servait à la cuisson de ses aliments était em-

manière notable; et, alors qu'il ne s'échappe plus par les poumons qu'une quantité d'acide carbonique beaucoup plus faible que celle de l'état physiologique, on voit la température axillaire monter à 40° et plus. Aux approches de la mort, lorsque la circulation s'embarrasse et va s'arrêter, lorsque la fonction respiratoire est presque nulle, la température axillaire augmente à ce point qu'elle s'élève jusqu'à 43°, c'est-à-dire qu'elle atteint alors à un maximum auquel elle ne monte que très-rarement dans les maladies fébriles, pendant le cours desquelles on observe la plus grande production de chaleur (1). »

Je vous prie de remarquer d'abord que le choléra se rapproche ici des névroses convulsives, en présentant comme elles une température ultime *hyperpyrétique* (43°). Je vous prie de remarquer que dans ce cas comme dans celui des névroses convulsives l'organisme est surpris brusquement par la mort dans l'intégrité de son être, puisque à part quelques congestions viscérales, les organes sont absolument sains. Je vous prie de remarquer enfin que le savant dont je vous ai rapporté les paroles a comme à dessein accumulé des termes contradictoires pour faire ressortir l'étrangeté du phénomène « de cette *température qui s'élève* plus haut qu'aucune température fébrile connue, malgré la *combustion moindre du carbone* et l'*élimination de l'acide carbonique qui diminue* ». Eh bien, dans la théorie que je vous soumets, ces termes, au lieu d'être contradictoires, sont de tous points concordants. Si l'air expiré est plus froid qu'à l'état normal, c'est qu'il a *enlevé moins de calorique* aux poumons et par suite à l'organisme; donc, la température centrale doit s'élever d'autant. Si l'air expiré contient moins d'acide carbonique, cela ne prouve pas que la combustion du carbone soit devenue moindre, mais simplement que le cholérique a enlevé à l'air inspiré moins d'oxygène, nécessairement plus froid que l'acide carbonique contenu dans le sang; donc encore la température centrale doit s'élever d'autant. Et tout cela résulte précisément de la « diminution d'activité de la fonction respiratoire », signalée par M. Andral au début même de son exposition.

D'ailleurs, il n'est pas douteux que la mort ait lieu dans ces cas par asphyxie. « La mort est le résultat de l'asphyxie, dit Doyère. L'asphyxie est le phénomène constant dans le choléra (2). » Et un peu plus loin, comme M. Andral, il se demande, sans pouvoir y répondre, « comment, tandis que la température va s'élevant, l'absorption de l'oxygène et l'énergie respiratoire vont suivant une marche précisément inverse? Comment expliquer cet étrange phénomène? Où et sous quelle forme se trouve dans l'organisation en santé cette chaleur que nous voyons apparaître sous forme thermométrique au moment où s'éteignent l'action nerveuse et la contractilité musculaire, comme reparaît la chaleur disparue dans l'évaporation lorsque les vapeurs repassent à l'état liquide en perdant leur tension mécanique? » Ainsi, le savant physicien qui a en quelque sorte fourni toutes les données du problème, c'est-à-dire l'asphyxie terminale et l'élévation ultime de la température, n'a pas su conclure et, au lieu d'y voir, comme moi, une simple accumulation de calorique par absence de réfrigération pulmonaire, il n'est pas loin de ne voir là qu'un fait de calorique latent, qui se dégage d'une façon qu'il ne saurait dire.

(1) *Mém. de l'Acad. des sc.*, t. XLVIII, p. 518; 1859.
(2) Doyère, *Mémoire sur la respiration et la chaleur humaine dans le choléra*. Paris, 1863.

Enfin, il est encore un autre phénomène de l'agonie aiguë qui se comprend parfaitement dans la théorie que je vous expose, c'est celui des *sueurs profuses* qui inondent alors le corps des moribonds. Ces sueurs sont le moyen par lequel l'organisme cherche à *déverser le trop-plein de calorique* qui résulte en lui de la cessation ou de la diminution de la réfrigération pulmonaire.

En résumé, et pour en revenir à l'élévation de la température au début de l'agonie de certaines maladies aiguës, c'est l'*asphyxie commençante* qui y élève la température de la masse totale du sang; et vous comprenez sans peine maintenant le paradoxe de physiologie pathologique qui m'avait préoccupé dès les premiers temps de mes études médicales : à savoir, que la température générale s'élève alors que l'organe de l'hématose est le plus fortement entravé dans son fonctionnement. C'est qu'alors, en effet, il n'y a pas exaltation de la vitalité générale, mais diminution, par entrave, ou cessation d'une des plus importantes fonctions, la respiration; et, par suite, il n'y a pas production plus grande de calorique, mais accumulation du calorique produit, et cette accumulation a lieu parce qu'il y a *moins de calorique perdu*.

Vous comprenez également comment la température doit être la plus haute possible dans les dernières heures des névroses terminées par la mort, puisque dans ces cas l'organisme, étant *absolument sain* de toutes parts, continue à faire du *calorique de partout* et *cesse d'en perdre* par les poumons au moment de la mort, qui a lieu par asphyxie.

Telle est mon explication des températures hyperpyrétiques de Wunderlich dans le tétanos au moment de la mort.

Mais comment la température dans ces cas peut-elle s'élever encore même *après la mort?* Déjà les expériences de Brown-Séquard vous font entrevoir la réponse.

C'est que la mort n'est pas un phénomène simple : *nous ne mourons pas tout entiers du même coup*. Dans la mort même la plus foudroyante, le physiologiste peut voir une série de morts successives.

Le dernier battement du cœur n'est que l'indice grossièrement apparent de la mort; mais tout est loin d'être fini : la désintégration de l'organisme s'opère progressivement, et, pendant quelque temps encore, la mort continue. Le consen-

---

poisonnée et que les œufs eux-mêmes s'imprégnaient du poison.

Notre intention était de donner de ce livre une analyse plus complète que celles qui ont paru jusqu'ici. Dans ce travail, nous nous bornerons à ce simple aperçu et nous ajouterons que la science médico-légale européenne ne saurait s'enrichir d'aucun fait nouveau. Les rares bonnes choses que contient le Si-yuén-lun, sont des vérités acquises depuis longtemps et les inanités qui en constituent le fond principal, ne peuvent guère nous intéresser.

Si nous nous sommes arrêté plus longtemps sur cet ouvrage considéré par les Chinois comme un des plus considérables, notre jugement vient s'appuyer encore sur celui du docteur Henderson, et sur ceux des savants que leurs études autorisent à traiter les questions de cette nature.

Nous ne dirons que quelques mots d'un ouvrage qui a eu et a encore une assez grande vogue parmi les Chinois. Il s'appelle le Cong-fou, et le tome IV des Mémoires des Chinois en donne une analyse avec planches : c'est l'art de guérir les maladies en faisant prendre au corps certaines postures. La théorie de cette médication, les considérations physiologiques sur lesquelles elle s'appuie, sont tellement burlesques, que nous nous dispensons d'y insister. Les bonzes Tao-Sse exploitent très-fructueusement cette pratique dont ils prétendent posséder tous les arcanes.

Que dirons-nous de l'acupuncture? Les Chinois, comme on le sait, en usent fréquemment, presque même à tout propos : c'est vraiment leur panacée nationale, et comme nous le montrerons plus loin, la base de l'enseignement médical officiel.

En effet, elle suppose la connaissance parfaite des 360 parties du corps où l'on peut enfoncer l'aiguille. Le livre sur la médecine des Chinois, publié à Paris il y a quelques années, et ayant pour auteur un de nos consuls les plus honorables, consacre cent pages à la description de cette pratique, qu'il fait précéder de la théorie pour arriver à la description des divers points d'élection et à la nomenclature des maladies dont la guérison est liée à la connaissance exacte de chacun

sus est fini à toujours, mais l'être n'a pas cessé pour chacun des organes, encore moins pour chacun des éléments histologiques de ceux-ci. Ainsi le cœur est mort en tant que partie intégrante d'un tout; il est mort pour sa fonction, qu'il n'est pas encore absolument mort pour lui-même; il a cessé de battre et de lancer du sang; néanmoins arrachez-le de la poitrine, et, sous l'influence de l'air, ses contractions rhythmiques recommenceront; l'organe, l'*instrument* était mort, la fibre musculaire ne l'était pas.

Mais, avant même cette mort du cœur pour sa fonction, certains organes étaient morts pour la leur : ainsi les glandes lacrymales et salivaires, les glandules de l'œsophage et de l'estomac cessent de fonctionner dans les derniers temps de la vie apparente, et quelquefois un jour ou deux avant la mort du cœur, d'où la sécheresse des yeux des mourants (1) et l'aspect vitreux des cornées, la dessiccation des membranes muqueuses (et par suite la difficulté de la déglutition, le bruit sourd des liquides tombant dans l'œsophage, le changement du timbre de la voix, etc.). Tous ces organes étaient donc déjà morts, que le cœur et les poumons vivaient encore. Puis, ceux-ci étant morts à leur tour, certains éléments organiques leur ont *survécu*, au moins pendant quelques moments : les échanges moléculaires d'où résulte la chaleur peuvent donc encore s'accomplir dans la profondeur des tissus, et en particulier dans le tissu musculaire : or, comme il y a alors cessation des mouvements respiratoires, et par suite cessation de la réfrigération pulmonaire, la température générale peut encore s'élever pendant ces quelques minutes qui suivent la mort apparente du cœur et des poumons.

J'ai pris, comme type le plus saisissant de l'être *surpris par la mort* dans la plénitude de sa vie, l'animal que l'on étrangle, ou, ce qui est tout un, l'être humain qu'une névrose étrangle par son diaphragme; l'individu qui succombe ainsi rapidement à une névrose succombe avec l'intégrité de tous ses organes *moins un*, — l'organe respiratoire, qui se congestionne, — et l'intégrité au moins à peu près complète, pendant cette courte durée, de toutes ses fonctions *moins une*, la fonction respiratoire. De sorte que les poumons cessent de fonctionner alors que les autres organes thermogènes, et en particulier les reins et le foie, fonctionnent encore et, fonctionnant, produisent de la chaleur (2).

Mais les phénomènes ne sont pas sans analogie chez l'individu qui succombe à une maladie aiguë; alors aussi les sources de la calorification sont loin d'être taries au moment où va cesser son existence. Aussi faut-il distinguer avec soin la mort lente de la mort rapide, et, dans la mort lente, celle de l'individu cachectique qui meurt par la déchéance progressive et *parallèle* de tous ses organes, comme dans la phthisie pulmonaire chronique, par exemple, en opposition à la phthisie aiguë. Dans le premier cas, presque aucun organe ne vaut plus rien : le foie est graisseux ou amyloïde, les reins sont amyloïdes ou infiltrés dans leurs canalicules sécréteurs; et le malade qui meurt ainsi meurt presque autant par son foie et ses reins, — sans parler du reste du tube digestif, — que par ses poumons ulcérés. Au contraire, dans la mort rapide et tout accidentelle, comme par l'asphyxie que j'ai en vue, l'être succombe *bien portant* et, je le répète à dessein, *dans la plénitude de sa santé;* l'agonie est aiguë. Quoi d'étonnant alors à ce que le foie et les reins, d'où le sang veineux sort plus chaud que n'y était entré le sang artériel (1), quoi d'étonnant, dis-je, à ce que le foie et les reins, dans cet organisme, ainsi *surpris* par la mort, continuent de produire du calorique? calorique qui doit s'accumuler, puisque les poumons ne le dépensent plus. Et quoi d'étonnant enfin à ce que certaines autres sources de chaleur, — les contractions fibrillaires des muscles, par exemple, — persistent encore à en fournir même pendant quelques minutes après le dernier battement cardiaque, tous les organes n'étant pas morts du même coup, par cela que les poumons ont cessé de respirer et le cœur de battre?

Avant la théorie que je vous expose, Leyden, de Berlin, avait essayé d'expliquer ces températures hyperpyrétiques et *post mortem* par le fait des convulsions toniques. En effet, disait-il, puisqu'il résulte des expériences de J. Béclard que la contraction musculaire produit un double résultat, un mouvement et de la chaleur, quand le mouvement est minimum, la chaleur doit être maxima. Or, ces conditions sont réalisées dans le tétanos et généralement dans les convulsions toniques, où la contraction musculaire est excessive et le mouvement nul. Dans ce cas, la conséquence dernière doit donc être une élévation de la température.

A cette explication séduisante mais spécieuse, qui a été reprise en France par quelques auteurs, je réponds (et Wunderlich, avant moi, l'avait fait déjà) que si c'était la convulsion tonique qui élevât la température générale, on verrait celle-ci monter progressivement et pendant toute la durée de la névrose; or, on observe tout le contraire, la température reste stationnaire aux alentours du chiffre de la santé, 37°, pendant des jours et des semaines, puis, brusquement et invariablement, le dernier jour de la vie, quelques heures seulement avant la mort, et alors que parfois les convulsions sont devenues moins violentes ou ont même cessé, voici la température qui s'élève. C'est donc autre chose que la contraction musculaire qui produit cette élévation.

(1) On voit que ce n'est pas par fermeté de caractère ni grandeur d'âme que les moribonds donnent leurs dernières instructions « sans verser de larmes », mais parce qu'il leur serait impossible d'en verser : leurs glandes lacrymales n'en font plus.

(2) Cl. Bernard a démontré que le sang s'échauffe en traversant le rein et le foie, ce qui ne peut être dû qu'à la sécrétion même qui s'opère dans ces organes. (*Op. cit.*, p. 201.)

(1) Cl. Bernard, *op. cit.*

---

de ces points : le tout est terminé par des planches dites anatomiques. Nous ne pouvons qu'admirer la robuste patience dont l'auteur a fait preuve en reproduisant de telles absurdités qu'il est sans nul doute persuadé ne pouvoir être d'aucune utilité sérieuse à la science européenne; mais cet honorable consul a préféré ne porter aucun jugement sur la valeur de cette pratique, se contentant d'avoir fourni une simple exposition didactique. Avant lui, M. Abel de Rémusat s'était occupé de cette méthode chinoise et avait exprimé ce jugement, qu'elle ne repose que sur le plus grossier empirisme. Il faut espérer qu'il ne sera plus jamais question de l'acupuncture telle que la conçoivent et la pratiquent les médecins chinois, car la chirurgie européenne la connaît et s'en sert, mais avec discernement : on sait qu'elle ne donne guère que de fort minces résultats, et qu'elle est de plus en plus abandonnée pour des moyens plus efficaces.

« Sortie d'un oubli presque complet, elle est retombée dans un discrédit profond. » Tel est le jugement porté par un homme compétent et qu'on trouve au tome I, p. 171, de la Médecine opératoire de Sédillot.

Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas pathologiques où l'acupuncture fut employée.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans environ, traité par le médecin chinois pour une maladie du ventre, soi-disant : l'aiguille fut enfoncée à la partie antérieure du poignet. La douleur du ventre ne disparut pas et nous n'en étions pas surpris, car le véritable diagnostic était une tumeur cancéreuse de l'estomac. Mais voilà qu'au bout de trois mois du traitement par l'aiguille survint chez le malheureux une tumeur anévrysmale de l'artère radiale!

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un enfant de quatre ans qui, suivant le médecin, était atteint de refroidissement des entrailles, et auquel on pratiqua l'acupuncture au bas des reins. Le soi-disant refroidissement guérit, mais l'enfant devint paraplégique, sans qu'on soupçonnât ce qui s'était passé et ce que le lecteur devine aisément.

On a encore invoqué l'influence du système nerveux dans la production de ces températures élevées. Déjà Wunderlich avait dit qu'elles annonçaient le commencement d'une paralysie générale; le docteur Ladé, dans un très-bon travail, pense qu'elles sont produites par une paralysie des centres nerveux, et il rappelle l'élévation de la température dans les parties dont les nerfs vaso-moteurs ont été coupés. A propos de ses expériences que j'ai citées, Brown-Séquard s'était aussi demandé si la température élevée observée *post mortem* chez les animaux asphyxiés ne tiendrait pas à la paralysie des vaso-moteurs des régions du rectum ou du cloaque, et à une accumulation du sang en ces points.

Mais faire intervenir ici le système nerveux et sa paralysie, c'est, au plus, n'invoquer qu'une cause très-éloignée et laisser de côté la cause prochaine. On ne comprend guère, en effet, quelle relation existe entre le système nerveux et le calorique. Pour produire ce dernier, il faut des transformations chimiques, — et, dans l'espèce, des combustions, c'est-à-dire : 1° l'oxydation du carbone contenu dans l'organisme, d'où l'acide carbonique exhalé par l'expiration ; 2° des combinaisons chimiques plus complexes accomplies dans le foie et le rein, d'où résultent la bile et l'urine, d'une part, et l'élévation de la température du sang hépatique et rénal d'autre part. Le système nerveux ne fait donc pas de chaleur et ne peut pas en faire, tout au plus pourrait-il exciter les organes à fabriquer du calorique; mais le mécanisme serait encore à trouver, bien qu'on eût découvert l'intervention du système nerveux dans la production de la chaleur. Or, on est loin d'avoir découvert cette intervention.

On cite, il est vrai, de divers côtés la fameuse expérience de Cl. Bernard sur la section du grand sympathique pour prouver cette intervention.

Mais ce qui tend à démontrer que l'élévation de la température dans ce cas tient plutôt à une accumulation passive du sang dans la région qu'à des combustions devenues localement plus actives, c'est que chez le lapin ainsi opéré l'oreille dont la température s'est élevée après la section, étant plongée, comme l'oreille saine, dans un manchon de glace, résiste moins à la réfrigération et se mortifie.

Enfin, il est une expérience célèbre de Brodie, que ce savant avait faite pour démontrer l'influence du système nerveux sur la production de la chaleur animale, et qui prouve justement contre lui et en ma faveur.

Le plan de l'expérience était de supprimer le cerveau et de voir ce que deviendrait la température si l'on parvenait à entretenir artificiellement la vie.

Pour cela, Brodie décapitait un animal, liait les vaisseaux du cou pour prévenir l'hémorrhagie, et, par l'insufflation, rétablissait du même coup la respiration et la circulation. Or, dans ces expériences Brodie voyait la température s'abaisser très-rapidement, de manière à tomber de 37°,78 à 25°,56 dans un premier cas en trois heures et demie ; de 37°,78 à 29°,44 en une heure quarante minutes dans un second cas, et de 37°,22 à 29°,44 en une heure vingt-cinq minutes dans un troisième cas (1). Et pendant tout ce temps le sang artériel restait rutilant.

Ainsi, en trois heures et demie, le refroidissement total a été de 12°,22 ; en une heure quarante minutes, de 8°,34 ; et en une heure vingt-cinq minutes de 7°,78, ce qui prouve au moins deux choses, d'abord que le refroidissement a lieu après décapitation malgré l'insufflation (dans ma manière de voir, c'est *à cause* de l'insufflation qu'il faut dire), et, en second lieu, que le refroidissement est de beaucoup plus rapide dans la première heure que dans les suivantes.

Le résultat étant d'ailleurs le même, si au lieu de décapiter l'animal on supprimait l'action cérébrale par l'inoculation du woorara ou par l'empoisonnement à l'aide de l'huile essentielle d'amandes amères, Brodie en concluait à l'influence évidente, directe ou indirecte, du cerveau sur la production de la chaleur.

Mais il est facile de voir que Brodie dans ses expériences n'a réalisé que trois choses : 1° une *introduction d'air froid* dans les voies aériennes par l'insufflation; 2° une *élimination d'acide carbonique ;* 3° un *refroidissement croissant.*

Maintenant, raisonnons un peu.

Si l'air introduit ainsi dans les voies aériennes fournissait à des combustions actuelles et nouvelles, la température ne devrait pas s'abaisser; puisqu'elle s'abaisse, c'est qu'il n'y a pas de combustion. Cependant il y a élimination d'acide carbonique. D'où vient cet acide? Du sang, évidemment. Par quel mécanisme? Par un échange purement physique, et en vertu des lois de Magnus, entre le sang qui continue d'arriver artificiellement dans les poumons et l'air introduit tout aussi artificiellement; celui-ci cédant de son oxygène et celui-là de son acide carbonique, depuis longtemps formé par des combustions antérieures à la décapitation.

Mais la vie n'a rien à voir à cela; dans les expériences de Brodie, il n'y a de réalisé que la partie *physique* de l'acte respiratoire; la partie *chimique*, celle qui s'effectue dans les profondeurs de l'organisme, a cessé de s'accomplir; le sang a beau se charger ainsi artificiellement de l'oxygène introduit par le soufflet, les molécules organiques ont cessé pour toujours de répondre à l'incitation et refusent désormais la combinaison offerte. Il n'y a plus de chimie vivante, parce qu'il n'y a plus de vie.

Aussi l'animal se refroidit-il, et plus vite que s'il n'y avait pas d'insufflation. A cela je vois deux raisons : l'apport continuel d'un air froid qui enlève incessamment au sang de son

(1) Benjamin Brodie, *Transactions philosophiques* pour 1811. (Cité par Gavarret, *De la chaleur produite par les êtres vivants*, 1855, p. 150.)

Je me dispense de relater le troisième cas, dans lequel l'aiguille commit un méfait analogue à ceux que je viens d'exposer.

« J'ai vu », dit le docteur Henderson dans un travail que nous avons cité déjà, « des gastrites aiguës et des hépatites » mortelles survenues consécutivement à des aiguilles enfoncées dans les régions pour affections supposées des organes » correspondants. Ils emploient l'acupuncture dans tous les » cas. »

Les Chinois recourent souvent au moxa, et cela d'après les règles du plus grossier empirisme.

Pour les maux d'estomac, ils l'appliquent aux épaules; dans les maladies de la poitrine ils brûlent le dos; dans les odontalgies, ils brûlent le pouce; dans l'affection vénérienne, ils la parsèment tout le long de l'épine dorsale.

Ils usent fréquemment du massage, qui est une spécialité dévolue aux barbiers, et dont ceux-ci tirent du reste un bon parti dans les névralgies de la tête.

On voit souvent au cou des Chinois toute une série d'ecchymoses linéaires, dues à des pincements pratiqués avec le pouce et l'index. C'est, disent-ils, souverain dans les affections de la gorge.

Je ne puis omettre de parler d'une question plus sérieuse : celle de la variole.

Selon toute probabilité, c'est la Chine qui a donné cette maladie à l'Europe, et c'est l'Europe qui lui a donné en retour le vaccin.

Les anciens missionnaires, dans les Lettres édifiantes notamment, parlent très-souvent de cette maladie, qui exerçait et exerce encore de grands ravages dans tout l'extrême Orient. Ils avaient vu que les Chinois se servaient de la poussière des pustules desséchées et l'inoculaient sous la muqueuse nasale, et quelquefois sous l'épiderme de la partie inférieure du pouce. Ils nous apprennent que, suivant leur habitude de mêler le grotesque au sérieux, ils inoculaient la narine gauche pour les filles et la droite pour les garçons. Cette pratique de

calorique, et la cessation des combustions interstitielles et des sécrétions qui produisaient de nouveau calorique ; et c'est en cela qu'on peut dire vraiment et seulement que le système nerveux préside à la calorification.

L'animal est donc mort et bien mort. En vain son thorax se soulève et son cœur se contracte ; aucune fonction ne s'accomplit plus, pas même celles qui semblent s'accomplir encore. Brodie, par son insufflation, n'a réalisé que l'apparence, le masque, j'ai presque dit la caricature de la vie.

On aurait donc bien tort de croire que, dans ce cas, la respiration et la circulation continuent comme à l'état normal; elles continuent dans un cadavre. On aurait plus tort encore d'en inférer que, parce que le cerveau ayant été enlevé la température s'abaisse, malgré la persistance apparente de la respiration, le système nerveux a une influence sur les phénomènes de calorification; il n'a d'influence que sur la vie. Le cerveau enlevé, la tête coupée, l'animal est mort; et voilà comment et pourquoi il ne fait plus de chaleur; les combustions interstitielles ont cessé de s'accomplir, bien que le sang continue d'affluer, parce qu'en effet les molécules agissantes sont rendues inertes par cessation d'innervation : le consensus est détruit.

Ce qui prouve bien qu'il y a *mort* dans la décapitation *brusque* de Brodie, malgré son insufflation artificielle, c'est que des animaux mutilés *lentement*, auxquels on est arrivé à enlever ainsi les deux hémisphères cérébraux, continuent à vivre et à produire du calorique; c'est que dans ce dernier cas la vie était restée compatible avec la mutilation.

En dernière analyse, cette leçon nous conduit à ces conclusions d'apparence paradoxale :

1° La chaleur, — ce signe le plus certain de la vie dans l'animalité, — devient par son excès même l'indice le plus certain de la mort;

2° Les températures excessives avant-courrières de la mort forment, des névroses convulsives au choléra, et de celui-ci aux autres maladies aiguës, une progression décroissante dont la raison est l'état d'intégrité plus ou moins complète de l'organisme du mourant ;

3° Le poumon, organe indirect de la calorification dans l'animal, — étant la surface d'absorption de l'oxygène, — est un agent direct de réfrigération, de sorte que, supprimée sa fonction, la température s'élève dans des proportions incompatibles avec la vie.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine opératoire.

Nouvelles dispositions données aux becs du brise-pierre, présentées à l'Académie de médecine de Paris, le 23 janvier 1872, par M. le docteur Reliquet.

Dans mon Traité des Opérations des voies urinaires, après avoir décrit le procédé d'extraction des graviers engagés dans les yeux de la sonde évacuatrice, que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie dans sa séance du 12 septembre 1871, je dis, page 808 : « Ce procédé permet de se servir à toutes les séances, sauf à la dernière que j'appelle séance d'exploration, du porte-à-faux qui concasse la pierre et ses fragments, plutôt qu'il ne broie, avec lequel on agit beaucoup parce que ses becs ne s'engorgent pas, et que chaque prise de la pierre ou des fragments est suivie de l'action complète de l'instrument. »

Mais la prise des fragments de pierre est souvent difficile avec le porte-à-faux : son bec femelle étant étroit et ses bords étant très-hauts. De plus, si l'on analyse la façon dont le porte-à-faux concasse la pierre, on reconnaît qu'il y a deux actions successives. Dans la première, les becs, luttant contre toute la masse de la pierre ou du fragment, agissent, le bec femelle par son pourtour, le bec mâle par toute sa face dentelée. Dans cette première action, la pierre ou le fragment se brise de chaque côté des becs, en morceaux plus ou moins nombreux ; et une masse de calcaire reste tenue entre les deux becs. Alors a lieu la seconde action du porte-à-faux, qui succède immédiatement à la première. Ici le pourtour de la large fenêtre du bec femelle n'agit plus; le bec mâle seul pousse la masse de calcaire, tenue entre les becs, dans la large fenêtre du bec femelle comme dans une filière, où elle ne se morcelle pas assez pour que tous les morceaux puissent sortir par la sonde évacuatrice ou s'engager dans ses yeux.

C'est pour rendre la prise des fragments plus facile, et pour que la masse du calcaire tenue entre les becs après leur première action broyante, soit réduite en morceaux tous assez petits pour sortir par la sonde évacuatrice, que j'ai fait construire par M. Collin le brise-pierre que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie.

Le bec femelle (fig. 1, bec ouvert) ayant le diamètre transversal d'un grand bec plat, est largement fenêtré comme le porte-à-faux. Les bords de ce bec sont moins hauts que ceux du porte-à-faux, et, au niveau du tiers postérieur de leurs faces internes, sont des dents triangulaires, alternes d'un côté à l'autre. Ces dents, qui sont des saillies de la paroi interne du bec, ont une large base, ce qui assure leur solidité. En arrière, du côté du dos du bec, elles présentent une face triangulaire,

---

l'inoculation remonte fort loin : elle est mentionnée dans les ouvrages publiés sous l'empereur Tchen-sou, au xe siècle avant Jésus-Christ, et est encore usitée dans l'intérieur du pays; car, bien que le *cowpox* ait été importé depuis le commencement du siècle, il n'a pas fait de bien rapides progrès. Telle est la force des préjugés qui frappent toute importation étrangère : tout est mis en suspicion; et si dans quelques points des provinces de l'intérieur le vaccin a pénétré, c'est grâce au stratagème employé par les mandarins, qui, connaissant les bienfaits de la vaccine, cherchent à la propager. Les uns disent que ce vaccin est apporté par les musulmans, et l'on sait qu'il y en a un grand nombre en Chine, où ils jouissent d'une tolérance très-grande : il y a des provinces entières en leur pouvoir; ils sont mêlés aux autres Chinois, dont on les distingue à peine. D'autres mandarins publient que le vaccin est une découverte de l'empereur, et leurs administrés n'ont pas besoin d'un autre argument pour être convertis.

Dans les ports, le contact incessant des étrangers et l'exemple des bienfaits qu'ils les voient retirer du vaccin, les ont convaincus plus aisément. L'importation remonte à 1808; c'est le docteur Pearson qui l'employa pour la première fois à Canton. Un traité explicatif fut aussitôt traduit en chinois par Staunton, savant sinologue anglais. Depuis, la pratique s'est étendue successivement à tous les ports.

A Pékin, aujourd'hui, le docteur Dudgeon s'en occupe activement. Plusieurs établissements chinois se sont formés, et l'on vaccine environ 2 à 3000 enfants par an.

Il est donc certain que quand les efforts des autorités se seront plus encore affirmés, la vaccine finira par s'implanter d'une manière définitive en Chine et s'y généralisera.

Nous n'insisterons pas davantage sur les méthodes médicales et chirurgicales chinoises, dont nous sommes loin d'avoir épuisé la liste. Nous avons choisi celles qui sont le plus usitées, et il nous semble que nous sommes fondé, sans être taxé d'exagération, à les considérer comme plus ou moins nulles, puériles, sans parler des cas où quelques-unes entraînent des

dont le sommet est rebroussé en haut de la concavité du bec. Du côté de cette concavité du bec, les dents présentent une saillie en dos d'âne.

Le bec mâle est celui du porte-à-faux, sauf qu'il est plus large et que les échancrures qui séparent ses dents sont plus profondes afin de loger les dents internes du bec femelle, dont les dos d'âne doivent s'appliquer contre les échancrures du bec mâle, l'instrument étant complétement fermé. Lorsque l'instrument est ainsi complétement fermé (fig. 2, bec fermé)

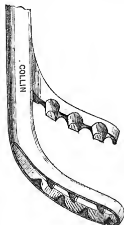


Fig. 1.

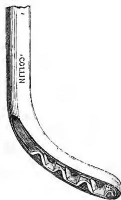


Fig. 2.

les dents du bec mâle, placées entre celles du bec femelle, doivent, comme dans le porte-à-faux, arriver jusqu'au niveau du bord postérieur du bec femelle, et même dépasser ce bord. C'est grâce à cette légère saillie des dents du bec mâle au delà du bec femelle, qu'il ne reste jamais un fragment de calcaire fixe dans l'instrument, tout en dépassant la face postérieure du bec.

Cette saillie des dents du bec mâle en arrière du bec femelle nécessite l'usage d'une petite virole placée sur la tige mâle au delà de l'extrémité externe de la tige femelle. Au moyen de cette virole qui se meut sur un pas de vis, on limite à volonté le degré d'engagement du bec mâle dans le bec femelle. C'est ainsi qu'on maintient caché dans le bec femelle les dents du bec mâle, pendant le passage du lithotribe dans l'urèthre.

La prise des fragments est facile avec ce brise-pierre, grâce à la grande largeur du bec femelle et au peu d'élévation de ses bords.

A chaque prise l'action de ce bec est double comme avec le porte-à-faux. D'abord les fragments se détachent de chaque côté des becs, et j'ai remarqué que leur nombre obtenu est généralement plus grand avec ce nouvel instrument qu'avec le porte-à-faux.

La masse de calcaire retenue entre les becs, toujours considérable en raison de la largeur des becs, est poussée par le bec mâle dans la large fenêtre du bec femelle, qu'elle traverse en se fragmentant sur les dents internes saillantes dans cette fenêtre. Ainsi toute la masse de calcaire retenue entre les becs est sûrement mise en morceaux tous assez petits pour sortir par la sonde.

Grâce aux dispositions réciproques des becs, cet instrument ne s'engorge pas, ce qui fait qu'à chaque prise il agit avec toute sa puissance.

Le pignon et la percussion sont les deux mécanismes qui se combinent le mieux avec ce nouveau bec. On peut le manœuvrer avec l'écrou-brisé, mais il faut toujours que la tige mâle ait la virole mobile, qui limite à volonté le degré d'engagement du bec mâle dans le bec femelle. C'est ce que M. Collin fait pour les brise-pierre de ce nouveau modèle avec écrou brisé.

En résumé, l'action de ce brise-pierre est telle, qu'à chaque prise toute la masse retenue entre les becs, après le détachement des morceaux latéraux, est tout entière réduite en fragments tous assez petits pour sortir par la sonde évacuatrice. Ainsi chaque séance est plus productive et leur nombre est moindre.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Sur les fermentations. — M. *E. Fremy* fait sur les *fermentations* une première communication, dans laquelle il résume une partie de ses vues sur ce sujet, et principalement ses objections à la théorie de M. Pasteur. Il annonce une seconde communication pour la prochaine séance.

Ce premier travail donne lieu à quelques observations critiques de M. Balard et de M. Wurtz.

Position normale et originelle de la main chez l'homme et dans la série des vertébrés, par M. *Ch. Martins.* — «Dans les vertébrés, l'avant-bras occupe d'abord une position fixe, en demi-supination chez les poissons, les oiseaux, les reptiles marins, vivants ou fossiles, et les pinnipèdes. Dans les mammifères vivants, un premier mouvement de rotation de 90 degrés, de dedans en dehors, devient possible chez les kangourous, les paresseux, les rongeurs claviculés, les ours, les chats, etc. Le mouvement de supination complet, savoir : la rotation de 180 degrés, du radius sur le cubitus, est l'apanage de l'ordre

---

résultats indirects, mais qui n'en sont pas moins déplorables. De tels résultats accusent, sans doute, le praticien beaucoup plus que les méthodes. Mais il n'en reste pas moins démontré que les bases sur lesquelles reposent ces méthodes n'étant que d'un empirisme obstiné, il est impossible qu'elles soient la source d'une pratique sérieuse et progressiste. Elles sont une des nombreuses expressions de la loi d'immobilité qui régit la nation chinoise ; elles ne sauraient conséquemment mériter le nom de scientifiques et prétendre jeter la moindre lumière sur les nôtres.

Sans sortir du domaine des sciences médicales, sans rechercher si la modalité psychique de la race jaune ne peut pas éclairer ce problème du néant de l'art et de la pratique qui nous occupent, il convient cependant de mettre en relief deux faits susceptibles de guider l'observateur dans cette investigation.

E. Martin,
Médecin de la légation de France à Pékin.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, le 4 février, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Lepecq de la Closture, docteur médecin, ancien chef du 17e bataillon de la garde nationale de la Seine.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Archambault, médecin de l'hospice des Enfants, à Paris; le docteur du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes (Seine); le docteur Bouygues, médecin du ministère des finances; Le Piez, interne à l'hôpital Lariboisière, ex-chirurgien-major au 53e régiment de Paris; le docteur Ramond, médecin à Paris; le docteur Nérat, médecin à Paris.

des Primates, comprenant tous les singes et l'homme. Enfin, chez les singes anthropomorphes et chez l'homme, l'axe du col de l'humérus étant dirigé de dehors en dedans et de bas en haut, et non plus d'avant en arrière, comme dans les autres mammifères, le membre supérieur tout entier peut exécuter un mouvement de circumduction, en décrivant un cône autour de cet axe idéal. La mobilité du membre supérieur se trouve ainsi complétée, et il devient essentiellement un organe de préhension, au lieu d'être uniquement une colonne de sustentation, comme dans les animaux à pronation constante, tels que les quadrupèdes proprement dits, ou une rame, comme dans les reptiles marins et les pinnipèdes, ou bien une aile, comme dans les oiseaux et les chéiroptères.

» L'embryologie confirme, sous ce point de vue, les données de la morphologie comparée. Quand le membre supérieur apparaît sur les côtés du corps d'un embryon de mammifère, d'oiseau ou de reptile, c'est sous la forme d'une palette dont le plan est parallèle au plan de symétrie; elle est dirigée dans le même sens que le pied, et rappelle complétement, dans les premières semaines, et chez le poulet dans les premiers jours, la nageoire des poissons. Trois fentes branchiales temporaires, situées au cou, et un appendice caudal, qui plus tard disparaît chez l'homme, complètent l'analogie. La différence des deux membres ne s'accentue que dans la suite de l'évolution fœtale. Plus tard, grâce à la torsion de l'humérus, l'avant-bras se fléchit en dehors ou en avant, tandis que la jambe continue à se fléchir en arrière; néanmoins la ressemblance des deux membres, que nous avons constatée dans les poissons et les reptiles marins, vivants ou fossiles, existe dans l'état embryonnaire de tous les vertébrés. Plus tard, les différences se dessinent : d'abord chez le ptérodactyle, parmi les reptiles fossiles les plus anciens; chez le phoque et le morse, parmi les mammifères vivants, quoique chez ces derniers les deux membres exercent des fonctions identiques, celles de rames.

» Pour toutes les raisons que j'ai données, la demi-supination me paraît être la position originelle et normale de la main, et elle devrait être adoptée comme telle pour l'anatomie de tous les mammifères où l'avant-bras n'est pas placé dans une situation fixe et permanente. »

Du typhus des bêtes à cornes. Note de M. *Pigeon*. (Renvoi à la Commission du legs Bréant.)

Note sur les analyses des gaz du sang; influence de l'eau. Note de MM. *A. Estor* et *C. Saint-Pierre*, présentée par M. Cl. Bernard. — « Nous avons précédemment donné, pour le sang du chien, les moyennes ci-après : artère rénale, 18cc,22 pour 100; artère splénique, 14cc,38 pour 100; artère crurale, 7cc,62 pour 100.

» Ces nombres sont concordants avec ceux qu'avait indiqués avant nous M. Cl. Bernard, et avec ceux qui ont été trouvés après nous par de nombreux expérimentateurs. Cependant, dans quelques travaux publiés en Allemagne, il a été donné des nombres, obtenus par le procédé de Ludwig, qui s'éloignent notablement des nôtres. Cela tient à ce que, par la manière d'opérer des auteurs allemands, le sang se trouve nécessairement mélangé à une certaine proportion d'eau.

» Nous avons pris du sang de l'artère crurale du chien, à l'aide d'une seringue graduée. Une moitié a été traitée directement par le procédé de M. Cl. Bernard. L'autre moitié a été introduite dans un appareil, que nous décrirons ailleurs, où elle s'est trouvée mélangée avec deux fois son volume d'eau distillée, bouillie, et avec deux fois son volume d'oxyde de carbone. Le procédé de M. Cl. Bernard nous a donné, comme toujours, des nombres variant de 6,66 à 8,50 d'oxygène pour 100 volumes de sang.

» Au contraire, la partie de sang chauffée à l'ébullition avec cette addition d'eau a laissé dégager des quantités d'oxygène bien supérieures. Dans quatre expériences, nous avons obtenu, pour 100 volumes de sang de l'artère crurale du chien : Expérience I, 13cc,32; expérience II, 21cc,64; expérience III, 22cc,51; expérience IV, 20cc,64. »

Acide des plantes. — D'après M. *Gaube*, un grand nombre de plantes odorantes contiennent, avec leurs essences, un acide quelquefois plus énergique que l'acide carbonique, souvent odorant, et qui complète l'odeur des essence elles-mêmes.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 et 1871 dans les départements du Lot, de la Drôme et de l'Aube. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Daniel* sur une épidémie qui a régné dans la commune de Plougouvelin (Finistère) en 1870. (*Commission des épidémies*.)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Joulin*, qui se présente comme candidat pour la section d'accouchements. — *b*. Une note de M. *Petit*, pharmacien, sur le laudanum de Sydenham. (*Com.* : MM. Gubler, Mialhe et Boudet). — *c*. Une lettre de M. le docteur *Heuzé de l'Aulnoit* accompagnant l'envoi de plusieurs exemplaires de sa NOTE SUR LES AVANTAGES DE LA PÉRIOSTOTOMIE APPLIQUÉE AUX AMPUTATIONS.

M. *Wurtz* dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. le docteur *Jeannel* sur un régulateur thermostatique à gaz.

M. *Chauffard* présente une brochure sur les anomalies de l'homme, par M. le docteur *Albert Puech*.

M. *J. Guérin* présente un volume intitulé : ANNUAIRE DE PARIS POUR 1872 (1re année), par M. le docteur *Vacher*.

M. *Béclard* présente un volume intitulé : EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES ALIMENTS D'ÉPARGNE (alcool, café, thé, coca, maté, etc.), par M. le docteur *Angel Marvaud*.

M. Béclard met ensuite sous les yeux de l'Académie deux modèles de trocarts à pointe cachée, que M. *Jules Castiaux*, interne des hôpitaux, a fait fabriquer, en février 1870, par M. Aubry.

C'était jour d'élection. L'Académie, comme il arrive toujours en pareille occurrence, était en nombre et légèrement bruyante. Il s'agissait de nommer un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie. Quatre candidats étaient présentés aux suffrages de la Compagnie, dans l'ordre suivant : en première ligne, M. *Marey*; en deuxième ligne, *ex æquo*, M. *Luys* et M. *Armand Moreau*; en troisième ligne, M. *Philippeaux*. Le nombre des votants étant 72, et la majorité 37, M. Marey a obtenu 43 voix; M. Moreau 22; M. Luys 3; M. Philippeaux 3. Un académicien distrait a mis dans l'urne, par anticipation sans doute, le nom de M. Desormeaux. En conséquence, M. Marey a été proclamé membre résidant de l'Académie nationale de médecine.

Tous ceux qui ont à cœur le progrès des sciences biologiques applaudiront, comme nous, au succès de M. Marey. L'Académie ne pouvait pas faire un meilleur choix parmi les physiologistes de notre pays. Cette promotion est un juste hommage rendu aux beaux travaux de cet ingénieux et infatigable chercheur, et la digne récompense de ses persévérants efforts et de ses utiles découvertes.

Puisque, aussi bien, nous devons être ici l'interprète et l'écho du sentiment public, qu'il nous soit permis de dire que les 22 suffrages donnés à M. Armand Moreau, à côté des 3 voix de consolation parcimonieusement accordées à M. Luys et à M. Philippeaux, ont causé quelque surprise à ceux (et ils sont nombreux) qui placent les magnifiques recherches sur le système nerveux et les expériences de physiologie et de pathologie comparées au-dessus de quelques investigations inachevées sur l'action physiologique des purgatifs salins.

Sur le tannate de quinine. — Encore le tannate de quinine. M. Vulpian, soucieux des assertions contradictoires de MM. Mialhe et Briquet, a voulu en avoir le cœur net. Il a donc expérimenté tout récemment, dans son service d'hôpital, le tannate de quinine, un tannate de quinine irréprochable, préparé fraîchement et tout exprès par M. Personne, pharmacien en chef de la Pitié. Or, M. Vulpian a constaté d'abord que le tannate de quinine, loin d'être entièrement insoluble, se dissout dans 930 parties d'eau, et en toute proportion dans

l'alcool à chaud. La solution de ce sel donne lieu aux mêmes réactions que le sulfate de quinine. Cela posé, M. Vulpian a administré le tannate de quinine à trois de ses malades, à des doses variant depuis 2 jusqu'à 6 grammes. Même à cette dose élevée, le tannate de quinine n'a produit aucun des effets physiologiques du sulfate de quinine, ni congestion de la face, ni céphalalgie, ni vertiges, ni bourdonnements d'oreilles; mais il n'en a pas moins été absorbé, ainsi qu'il résulte des analyses chimiques de M. Guiochin, interne en pharmacie de la Pitié. En effet, les réactifs ordinaires de la quinine (solution d'iodure double de mercure et de potassium; — solution d'iode iodurée) ont constamment décelé la présence manifeste de cette substance dans les urines des malades soumis à l'usage du tannate de quinine.

M. *Briquet*, ne se tenant pas pour battu, réplique que les expériences de M. Vulpian sont des expériences chimiques, tandis que les siennes sont des expériences cliniques, et ont, de ce chef, beaucoup plus de valeur. Quand il était médecin à la Charité, il a donné à des malades jusqu'à 6 et 8 grammes de tannate de quinine, pendant sept à huit jours ; et non-seulement il n'a pas observé le moindre effet physiologique, mais il n'a jamais pu découvrir la plus petite trace de quinine dans les urines. Et cependant il s'est servi des mêmes réactifs que M. Vulpian, et il s'est fait aider par un très-habile chimiste, M. le professeur Regnault. Les injections de tannate de quinine dans les veines des animaux ont abouti aux mêmes résultats négatifs.

M. *Vulpian* répond que ses expériences possèdent au plus haut degré le caractère clinique. Il les a dirigées et surveillées lui-même, et les analyses chimiques ont été pratiquées sous ses yeux. En un mot, ses recherches ont été faites dans les mêmes conditions d'exactitude et de rigueur que celles de M. Briquet. Si les résultats sont contradictoires, c'est qu'il doit y avoir quelque différence dans la substance employée ou dans le *modus faciendi*. Suivant M. Vulpian, l'expérience réussit mieux avec de faibles doses de tannate de quinine (1gr,50 à 2 grammes), et il faut, pour le succès de la réaction, garder les urines pendant vingt-quatre heures au moins.

Sur le chloroforme. — Il y a chloroforme et chloroforme comme il y a fagot et fagot. Le chloroforme pur et de bonne qualité se reconnaît à son odeur franche de pomme de reinette; il est préparé, par les pharmaciens consciencieux et par les droguistes honnêtes, suivant le procédé de Soubeiran, avec de l'alcool rectifié ; il se vend 16 à 17 francs le kilogramme. Le chloroforme impur et de mauvaise qualité se trahit par son odeur louche, désagréable et empyreumatique; il est fabriqué en grand, par l'industrie, avec de l'alcool faible de première distillation renfermant des éléments amyliques, butyliques, etc.; il ne se vend que 10 francs le kilogramme.

M. *Personne*, qui a déjà dénoncé, en 1870, ce chloroforme impur et de mauvais aloi, a recherché la cause directe, le principe même de cette altération, et il l'a trouvé dans la présence d'un éther chloroxycarbonique, provenant d'un alcool supérieur à la série éthylique, et donnant lieu, par sa décomposition, à la production du gaz chloroxycarbonique, d'où proviennent, en dernière analyse, l'acidité du chloroforme et ses vapeurs irritantes.

Le chloroforme est un de ces médicaments délicats qu'il n'est pas indifférent d'avoir pur ou impur. Nous conseillons donc à ceux qui emploient ce précieux agent d'anesthésie de prendre bonne note de l'avertissement de M. Personne.

Sur le phlegmon péri-utérin. — A la fin de la séance et pour le bouquet, M. le docteur *Gallard* présente une pièce anatomique qui produit une vive impression sur..... l'odorat des assistants. Mais l'honorable médecin de la Pitié plaide les circonstances atténuantes pour cette pièce fétide, en considération de l'extrême rareté de la lésion qu'elle figure. C'est un phlegmon péri-utérin, terminé par suppuration. Jusqu'à présent on avait eu si peu l'occasion de constater la preuve cadavérique de cette affection, que son existence a été longtemps révoquée en doute, même par les meilleurs cliniciens.

M. Gallard trace succinctement l'historique du phlegmon péri-utérin. Il cite les noms de Valleix et de Gosselin ; il mentionne sa propre dissertation inaugurale, les travaux d'Aran sur les phlegmasies péri-utérines, le mémoire de MM. Bernutz et Goupil sur la pelvi-péritonite; mais il y a un nom qu'il a oublié de rappeler, et que la plus vulgaire équité nous oblige à dire, c'est celui de M. Nonat. M. Gallard ne doit pourtant pas ignorer que c'est M. Nonat qui a donné le nom de *phlegmon péri-utérin* à la maladie dont il s'agit; qu'un de ses élèves, M. le docteur Martin, en fit le sujet de sa thèse en 1851 ; que M. Nonat, le premier, a fait des conférences cliniques sur ce sujet, en 1850 à l'hôpital Cochin, et en 1852 à l'hôpital de la Pitié; qu'en ce temps-là on ne croyait guère à la grande fréquence du phlegmon chronique des ligaments larges et du tissu cellulaire péri-utérin, dans le service de Valleix, et même qu'on y accueillait avec le sourire d'un septicisme railleur les opinions «exagérées» de M. Nonat sur cette lésion. Si nous avons bonne souvenance, ce n'est qu'une année plus tard, vers 1853, que Valleix vint à résipiscence ; et c'est en 1854 seulement qu'il publia, dans l'Union médicale, son mémoire sur les phlegmons péri-utérins. Quant à la thèse de M. Gallard, elle date de 1855 ; le travail de M. Gosselin est de 1853, et celui d'Aran de 1856.

Cette rectification faite, il n'en reste pas moins à M. Gallard le mérite d'avoir grandement contribué, par ses recherches et ses leçons cliniques, à éclaircir ce côté obscur de la pathologie féminine. Il vient d'y ajouter encore un trait de lumière en fournissant la démonstration matérielle, palpable, du phlegmon péri-utérin chronique, dont l'existence avait été fortement contestée de nouveau, depuis les travaux de MM. Bernutz et Goupil sur la pelvi-péritonite.

A. Linas.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de la noix vomique et des sels de strychnine contre les vomissements incoercibles, par M. le docteur Debauge. (Extrait du *Lyon médical*, 7 janvier 1872.)

L'auteur de cette note, s'appuyant sur les expériences de Magendie et de Marshall-Hall, qui établissent l'action de la noix vomique sur les nerfs pneumogastriques, a expérimenté la strychnine dans le traitement de l'asthme et de l'emphysème avec un succès dont il s'applaudit. Ces succès l'ont conduit à essayer l'emploi de ces mêmes médicaments dans certaines maladies de l'estomac, et en particulier dans les vomissements incoercibles. Il donne l'observation d'une jeune fille de vingt ans atteinte d'accidents nerveux variés, parmi lesquels figuraient des vomissements opiniâtres survenus à la suite d'une hématémèse supplémentaire. Ces vomissements duraient depuis plusieurs jours; les vésicatoires morphinés étaient restés sans effet, quand on eut l'idée d'administrer le sulfate de strychnine à la dose de 2 milligrammes par la méthode endermique. Le succès fut immédiat, et en deux jours les vomissements étaient arrêtés. La strychnine fut continuée aux mêmes doses pendant quatre jours et la guérison se maintint.

Encouragé par cet exemple, nous avons employé la même médication chez un jeune homme de vingt-deux ans, atteint depuis seize mois de vomissements que rien n'a pu arrêter. Tous les aliments sont rejetés sans distinction. Nous avons compté de vingt-cinq à quarante-cinq vomissements dans les vingt-quatre heures. L'état général est aussi bon que possible; l'amaigrissement n'est même pas très-prononcé. La cause de cette bizarre affection nous échappe complétement : ce sont des vomissements purement nerveux qui ne se relient

à aucune lésion appréciable; ils ne s'arrêtent que lorsqeu l'estomac est absolument vide.

Le malade a subi tous les traitements possibles dans divers hôpitaux de l'Allemagne et dans deux hôpitaux de Paris. L'hydrothérapie seule a procuré un peu d'amendement. Nous avons donné le sulfate de strychnine par la méthode hypodermique. La dose a été élevée graduellement à 5 milligrammes dans les vingt-quatre heures. Bien que la médication ait déterminé quelques secousses musculaires, nous n'avons en rien modifié l'état de notre malade. Après dix jours de traitement, aucune amélioration ne s'étant produite, nous avons abandonné la strychnine. Le malade vomissait alors trente fois dans les vingt-quatre heures, en moyenne. Le chloroforme, les astringents n'ont pas mieux réussi. Nous sommes revenu à l'hydrothérapie, sous l'influence de laquelle les vomissements se maintiennent au nombre de douze à quinze. C'est la seule amélioration que nous ayons obtenue.

De l'inflammation et de la fièvre. Leçons faites par le professeur Maurice SCHIFF, à l'hôpital de Santa-Maria-Nuova.

Le professeur Schiff, dans ses leçons à l'hôpital Santa-Maria-Nuova, a envisagé l'inflammation d'un point de vue peu ordinaire, et il nous paraît intéressant de montrer par quelques extraits comment il a interprété le sujet de ces leçons. Après une introduction historique, le professeur établit que la discussion sur l'origine de l'inflammation de la fièvre est actuellement limitée principalement sur cette question unique, à savoir si sans l'inflammation les troubles de la nutrition sont primitifs, ou bien si les troubles de la circulation sont la cause première des troubles de la nutrition. On peut considérer l'inflammation comme une altération de la nutrition, mais comme cette altération s'accompagne dans tous les tissus de troubles circulatoires, que ces derniers apparaissent en clinique comme les premiers symptômes, comme la circulation est la voie la plus importante sinon la principale des moyens de nutrition, on a dû se demander si tous les phénomènes de l'inflammation ne dépendent pas des troubles primitifs de la circulation et de la pression du sang.

Pour répondre à cette question, il est nécessaire d'examiner les troubles circulatoires observés dans le cours de la phlogose. Rappelant les phénomènes étudiés au microscope dans la membrane natatoire de la grenouille, M. Schiff classe en trois séries les interprétations données de ces phénomènes. Pour les uns, l'initiative du processus est dans le parenchyme, et les tissus possèdent une sorte de propriété polarisante, par laquelle, à l'état normal, ils exerceraient une sorte d'attraction sur le sang artériel et de répulsion sur le sang veineux. L'augmentation de l'attraction dans la phlogose expliquerait l'accélération initiale, puis le ralentissement et l'arrêt du courant sanguin. Cette doctrine fut propagée par Vogel et compte encore de nombreux partisans. Mais la physiologie démontre que si la théorie était vraie on observerait simultanément l'accélération du courant sanguin dans les artères et le ralentissement dans les veines, au contraire on voit que les phénomènes de vitesse varient dans le même sens pour les deux ordres de vaisseaux. D'autres pathologistes, à la suite de Henle, attribuent les phénomènes de l'inflammation à une altération dans les tissus des vaisseaux permettant une diffusion et une exosmose exagérées, dont la conséquence primitive est la compression, le rétrécissement passif, enfin l'oblitération des vaisseaux, d'où il résulte une accumulation du sang au-dessus du point comprimé, de sorte que la dilatation serait elle-même passive; cette opinion est facile à combattre, car on ne voit pas ordinairement d'exsudation suffisante à expliquer les diverses phases de la compression.

Un troisième ordre d'explication est basé sur la physiologie et non sur des hypothèses; il invoque l'action des muscles, des artérioles et des veinules pour rendre compte de tous les phénomènes d'accélération, de ralentissement, d'obstruction même; mais si l'on comprend ainsi très-bien les premiers stades d'une inflammation traumatique, on ne s'explique pas tous les faits de l'inflammation. On ne peut, comme quelques observateurs l'ont voulu, reconnaître la stase comme le phénomène primordial de l'inflammation, il correspondrait bien plutôt à la gangrène. De nombreux faits contredisent cette opinion, ainsi, en la supposant rigoureusement vraie, il faudrait admettre que la dilatation vasculaire est passive et résulte du *vis a tergo* du courant sanguin.

Or, Vogel a montré que cette dilatation existe en l'absence de toute impulsion du courant sanguin, puisque, sur la patte d'une grenouille séparée du corps, par conséquent en l'absence de la circulation, on observe encore sous l'influence des irritations vives un certain degré de constriction des artérioles suivie de la dilatation.

D'ailleurs, les phénomènes présentent une complexité plus grande qu'on ne l'avait d'abord pensé; ainsi, la constriction ou resserrement du début peuvent manquer; lorsqu'on irrite la patte de la grenouille avec les acides, il y a dilatation sans constriction préalable (suivant Saviotti); le collodion, l'éther, agissent comme les acides; il y a d'abord dilatation, puis constriction; la stase coïncide alors avec la contraction; l'ammoniaque produit tour à tour les deux phénomènes qui se succèdent l'un à l'autre à diverses reprises. On doit donc considérer la constriction et la dilatation comme indépendantes l'une de l'autre; on ne peut par conséquent admettre l'explication mécanique qui considère la dilatation comme résultant de l'obstacle périphérique.

En outre des phénomènes mécaniques de dilatation et de resserrement, on observe dans l'inflammation une augmentation de la pression sanguine dans tous les vaisseaux. Cette augmentation ajoutée à celle de la rapidité du courant dans les parties enflammées peut même produire le pouls veineux. Pour compléter la série des faits observés, il faut ajouter que les petits vaisseaux deviennent plus perméables, qu'ils permettent une plus grande diffusion de leur contenu, et que les globules blancs traversent ces vaisseaux. Les globules rouges, suivant Saviotti et plusieurs observateurs, peuvent également traverser les vaisseaux, et Schiff a pu observer ce fait.

Les phénomènes précédents sont constants dans l'inflammation, mais pour conclure que les troubles vasculaires seraient l'origine du processus inflammatoire tout entier, il faudrait démontrer qu'ils suffisent à produire les altérations de nutrition qui sont inséparables de ce processus.

Tel est le point que le professeur examine avec quelques développements. Comme le sang présente une composition unique dans son ensemble, on ne peut concevoir une altération générale qui sur un seul point produirait l'inflammation, et il faut bien admettre une influence locale. Un changement local de la pression sanguine ne suffirait pas à produire des altérations de nutrition. Des expériences faites par Schiff prouvent cette dernière négation. En effet, cet habile physiologiste a pu lier sur des chats toutes les veines d'un membre, sauf une, sans observer d'altérations de nutrition ou de phénomènes inflammatoires dans le membre où la circulation se trouvait si profondément troublée. D'ailleurs, chez l'homme et chez les animaux on a pu lier les deux carotides sans observer de troubles dans la nutrition cérébrale. Donc, une pression sanguine anormale peut donner une nutrition normale; la pression n'est pas par conséquent le seul facteur de la nutrition. L'inflammation n'a pas son origine dans un trouble circulatoire. Il s'agit alors de rechercher un autre facteur de l'inflammation. Rappelant les remarquables expériences de Vulpian, dans lesquelles la queue d'un têtard séparée du corps continue à vivre et présente même des granulations sur la section, Schiff en rapproche les faits curieux de la réunion de diverses parties entièrement séparées du corps pendant plusieurs heures; dans ces cas, la partie séparée doit elle-même tendre à la réunion, ou sinon elle se comporterait comme un

corps étranger. En résumé, la végétation des tissus peut jusqu'à un certain point être indépendante de la circulation. Les parties privées de vaisseaux sont dans ce cas; tel est le cristallin, qui ne présente aucun rapport direct avec le circulation. L'étude des sections nerveuses montre d'autre part des altérations de nutrition indépendantes des troubles circulatoires; en effet, les nerfs reçoivent sur tout leur trajet des vaisseaux sanguins, et cependant; si l'on coupe un nerf, le sciatique, par exemple, à son origine, on trouve dans les rameaux des altérations de nutrition des plus importantes, et cependant la circulation dans la gaîne du nerf est restée la même. De plus, si l'on coupe les racines du nerf sciatique entre le ganglion et la moelle, les fibres motrices dégénèrent seules, mais les fibres sensitives restent normales, parce que c'est le ganglion qui est ici le centre trophique des fibres sensitives.

Ce fait, si caractéristique pour les nerfs sensitifs, n'est pas une exception, tous les tissus ont une faculté spéciale de nutrition, ils choisissent chacun les matériaux qui conviennent à leur nutrition.

En résumé, la nutrition est une fonction complexe; on ne peut encore apprécier l'importance des facteurs qui concourent au but général de la nutrition, et encore moins décider de l'origine particulière des troubles de la nutrition observés dans l'inflammation.

Le professeur Schiff hésite à se prononcer en faveur de la théorie cellulaire dont on ne connaît pas de preuve directe, bien qu'il soit porté par l'étude générale des faits à être d'accord avec cette théorie, en ce sens qu'elle attribue l'activité nutritive à une énergie inhérente à tout organe vivant. (*L'Imparziale*, n°s 6, 7, 8, 9 et 10, 1871.)

Sur les injections hypodermiques de quinine,
par le docteur A. Otto.

Les sels de quinine, et en particulier le chlorhydrate de quinine, présentent une solubilité trop faible pour être employés dans les injections sous-cutanées, et le médecin ne peut agir avec les sels ni promptement ni sûrement à l'égard de la dose. L'auteur conseille d'employer la quinine pure dissoute dans l'éther, cette solution est beaucoup moins irritante que les liquides acides ou alcooliques. La quinine se dissout en assez grande proportion dans l'éther pour permettre une action prompte, à fortes doses. On fait dissoudre la quinine dans de l'éther, on filtre et on laisse évaporer en partie, pour obtenir une solution concentrée. La solution employée par l'auteur contient dans 1 centimètre cube 5 décigrammes de quinine, c'est-à-dire une quantité d'alcaloïde correspondante à 9gr,3 de sulfate de quinine. Le prix de ce produit ne peut être pris en considération quand il s'agit de doses aussi faibles que celles des injections hypodermiques.

L'auteur n'a jamais observé d'inflammations locales causées par les injections de cette solution; il a injecté jusqu'à 5 décigrammes de quinine sans observer d'autres troubles que ceux qui accompagnent ordinairement l'emploi de fortes doses de quinine, tels que les bourdonnements d'oreilles; mais il se produit très-rapidement, après l'injection, un abaissement de température de 1 degré. Les injections hypodermiques de quinine conviennent principalement dans la fièvre puerpuérale et dans l'infection purulente, elles peuvent être employées dans les fièvres paludéennes pernicieuses. (*Archiv für klinische Chirurgie*, t. XII, 3e H. 1871.)

Travaux à consulter.

Du mécanisme de la mort par la chaleur extérieure, par le docteur E. Vallin. — Dans cet article de critique, l'auteur analyse les travaux les plus récents faits en France, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique sur la physiologie pathologique et la symptomatologie de l'insolation. (*Arch. génér. de médec.*, décembre 1871.)

Recherches sur les nerfs du péricarde, par le docteur Zuckerkande. — L'auteur conclut d'une étude très-complète des nerfs du péricarde, que le nerf vague se distribue principalement à la paroi postérieure, mais aussi à la paroi antérieure; le nerf phrénique se distribue aux parois latérales et à l'antérieure; le sympathique se partage irrégulièrement dans ces diverses parties. L'auteur décrit en outre une anastomose entre la branche auriculaire du nerf vague et le rameau descendant de l'hypoglosse. (*Wiener academ. Sitzungsbericht*, t. 62.)

Structure et fonctions des glandes de l'estomac, par le docteur Ebstein. — L'auteur étudie principalement les glandes à pepsine, leur distribution dans la région pylorique; il examine avec grands détails les caractères histochimiques des cellules épithéliales de la muqueuse, confirmant en grande partie les résultats des recherches d'Heidenhain sur le même sujet. L'auteur conclut de cette étude et d'expériences particulières, que le produit de sécrétion des glandes muquouses possède, comme celui des glandes à pepsine, la propriété de convertir l'albumine en peptone, par conséquent, il serait préférable de diviser les glandes de l'estomac en glandes à pepsine simples correspondant aux glandes à mucus, et glandes à pepsine composées, qui sont les glandes à pepsine des auteurs classiques. (*Centralblatt*, n° 6, 1871.)

Sur la température locale normale et pathologique, par H. Jacobson. — L'auteur a employé une méthode de mensuration perfectionnée dont la description ne peut être bien comprise que par la lecture du travail original. Mais les conclusions de ses études méritent l'attention des physiologistes. En effet, pour le cœur, contrairement aux mensurations thermométriques de C. Bernard, de Liebig et de Fick, qui toutes semblent démontrer que la température est plus élevée dans le cœur droit que dans le cœur gauche, l'auteur a trouvé, dans dix-sept expériences, la température semblable dans deux cas pour les deux ventricules, et au contraire, dans dix-sept cas, la température était plus élevée dans le ventricule gauche de 0°,5 à 1 degré. Ces expériences doivent être rapprochées de celles de Colin. Il n'y aurait donc pas de refroidissement du sang à l'intérieur du poumon. (*Centralblatt*, n° 6, 1871.)

Importance pratique du développement anormal de l'apophyse styloïde du rocher, par Luecke. — L'auteur a eu l'occasion d'observer sur deux malades les effets séméiologiques du développement anormal de l'apophyse styloïde. Celui-ci a produit la saillie de l'amygdale droite, et le diagnostic de la cause anatomique a pu être établi par l'exploration du pharynx et de la région prévertébrale. Dans les deux cas, il y avait gêne de la déglutition, et la coïncidence curieuse de polypes nasaux. (*Virchow's Archiv*, t. 41. p. 140.)

Sur la structure de la rate chez l'homme et chez quelques mammifères, par E. Kyber. — L'auteur nie l'existence des dilatations intermédiaires aux artères et aux veines; les capillaires communiquent directement avec les veines sans présenter de renflements. (*Archiv f. mikr. Anat.*, t. VI, p. 540.)

Gastrotomie dans le traitement de l'obstruction intestinale, par le docteur Annandale. — Observation d'entérotomie dans laquelle le malade est mort six heures après l'opération. La discussion qui accompagne la narration du fait est intéressante. MM. Annandale, Chiene, Bennett, sont partisans de l'opération, tandis que MM. J. Bell et Watson ne l'admettent que dans des cas particuliers. (*Edinburgh medical Journal*, février 1871, et *Arch. génér. de médec.*, décembre 1871.)

BIBLIOGRAPHIE.

Contribution à l'histoire des paralysies puerpérales, par le docteur Charpentier, ancien chef de clinique d'accouchements de la Faculté. — Chez Delahaye, 1872.

Sous ce titre modeste, M. Charpentier publie une fort bonne étude des paralysies puerpérales qu'il envisage dans leurs trois formes principales : hémiplégie, paraplégie, paralysie des sens spéciaux.

Des revues historiques complètes et relevées par le rapprochement et la critique des observations publiées, précèdent les principaux chapitres et permettent aux lecteurs de suivre

les progrès de la science sur les questions étudiées. — L'auteur a soin d'appuyer ses propres opinions d'observations nombreuses prises pendant la durée de son clinicat.

Les conclusions qu'il a formulées à la fin de son travail nous permettent d'en saisir et d'indiquer rapidement les points les plus importants.

Bien que les femmes en puerpéralité soient soumises aux mêmes causes de paralysie que dans toute autre condition, il paraît cependant incontestable que l'état puerpéral a, chez elles, une influence considérable. C'est pendant la grossesse et les suites de couches que ces paralysies s'observent de préférence.

Elles se rangent sous deux chefs principaux : 1° paralysies par lésion organique ; 2° par action réflexe.

Parmi les causes organiques, il en est deux qui ont une importance capitale : les maladies du cœur et les altérations du sang. On sait que l'état puerpéral détermine dans les tissus du cœur des modifications particulières qui peuvent être le point de départ de graves lésions cérébrales. Ces modifications organiques peuvent, en associant leur influence à celle des altérations du sang, donner la clef de beaucoup d'accidents puerpéraux, à forme paralytique, dont l'explication laissait jusqu'ici beaucoup à désirer. Tout n'est pas fait à ce sujet; mais la voie dans laquelle on est entré paraît être, en somme, celle dont on doit espérer les meilleurs résultats.

Aux altérations du sang se rattache étroitement l'albuminurie. La fréquence avec laquelle coïncident les lésions rénales et les lésions cérébrales ou médullaires, montre l'intime connexion des deux faits pathologiques.

Envisagées d'une manière générale, les paralysies puerpérales sont moins graves que celles qui se produisent dans d'autres conditions. Cependant leur pronostic est sérieux. Elles peuvent persister indéfiniment. Les paralysies, dites réflexes, sont au contraire généralement bénignes. On conçoit qu'il ne faut admettre ces dernières que sous toutes réserves. Leur cadre se rétrécit chaque jour, à mesure que les recherches anatomiques deviennent plus pénétrantes.

Tous ces points sont abordés avec détails dans l'ouvrage de M. Charpentier, qui nous offre un exposé clair et précis de l'état actuel de la science sur l'histoire des paralysies puerpérales.

Index bibliographique.

De la contagion morale, par le docteur Despine, 1870. — Savy.

L'auteur établit par quelques exemples que la publicité donnée par les journaux aux faits criminels constitue un danger pour la moralité et la sécurité publiques. Il montre que les relations détaillées de quelques crimes fameux ont provoqué par une véritable contagion morale la répétition de crimes analogues, et s'élève énergiquement contre la littérature de bagnes et d'échafauds qui défraye les feuilletons de certaines feuilles dites populaires.

Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. Extrait des Annales médico-psychologiques, par le docteur Dagonnet. — J. B. Baillière, 1870.

Dans diverses formes d'aliénation mentale, l'aliéné peut être dominé par des impulsions violentes, invincibles. Ces impulsions peuvent être motivées et en rapport avec les manifestations délirantes habituelles du malade ou bien elles peuvent être sans aucun rapport avec ces idées.

L'impulsion irrésistible peut encore se rencontrer en dehors de toute manifestation délirante, et constituer la monomanie homicide, suicide, incendiaire, etc. C'est la *folie impulsive* de Marcé, d'Ach. Foville. Elle constitue quelquefois une forme fixe, persistante, d'aliénation, ayant ses phases et ses périodes d'exacerbation, en dehors desquelles l'individu lutte énergiquement contre l'obsession qui le domine.

On comprend toute l'importance de ces études au point de vue de l'appréciation de certains actes criminels.

De l'isolement des aliénés comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public. Mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 11 avril 1870, par le docteur Lunier. — Savy.

Dans ce mémoire, on s'attache à démontrer dans quels cas l'isolement des aliénés doit être appliqué, à quel moment il convient de le proscrire ou de le faire cesser, et à bien définir le rôle et les devoirs du médecin dans ces graves questions de séquestration si faussement appréciées aujourd'hui.

Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière, par le docteur Hallopeau. — Delahaye, 1871.

Ces accidents, de nature réflexe, sont dus à l'exaltation du pouvoir excito-moteur de la moelle. Ils se présentent sous des formes très-variées, depuis les crampes jusqu'aux accès tétaniformes, et l'épilepsie spinale analogue à celle que l'on provoque chez les animaux par la section de la moelle au-dessus du renflement lombaire. Ils naissent sous l'influence de causes qui se rangent sous quatre chefs : 1° L'interruption de connexions qui existent entre la totalité ou une partie de la moelle et l'encéphale ; 2° l'excès ou le défaut de réplétion des vaisseaux médullaires ; 3° l'irritation de la substance grise ; 4° l'irritation prolongée de certains conducteurs centripètes ou centrifuges. Il faut ajouter à ces causes l'influence de certains agents toxiques. L'activité de la substance grise, qui n'est pas directement excitable, ne peut être mise en jeu que par l'intermédiaire des conducteurs nerveux. Une excitation extérieure ou née de l'organisme est donc nécessaire à la production des phénomènes convulsifs.

La violence des accès peut être modifiée par les agents thérapeutiques qui stupéfient les nerfs sensitifs, tels que l'atropine ; par ceux qui diminuent l'excitabilité de la moelle : bromure de potassium, seigle ergoté, aspersions d'éther; par ceux qui s'opposent à la transmission des excitations par les nerfs moteurs : ce sont les courants continus.

Le travail de M. Hallopeau s'appuie sur l'analyse de quatre observations, prises, la première dans le service de M. Millard, et les trois autres dans celui du professeur Vulpian. C'est une application aux faits pathologiques des données fournies par l'expérimentation sur les animaux.

VARIÉTÉS.

Glanes.

L'UNIVERSITÉ ALLEMANDE DE STRASBOURG.

Il est à craindre que l'organisation allemande ne marche plus rapidement que la réorganisation française.

Nous apprenons que, parmi les projets de loi relatifs à l'Alsace-Lorraine qui viennent d'être soumis au Conseil fédéral, figure un projet déterminant les ressources à prélever en 1872 sur la caisse centrale de l'Alsace-Lorraine, pour l'Université qui sera ouverte à Strasbourg après Pâques de cette année. Cette somme est fixée en tout à 200 000 thalers, dont 117 000 pour traitements, 800 pour dépenses matérielles permanentes, 72 000 thalers une fois payés pour frais de déplacement et autres dépenses extraordinaires, pour l'acquisition de moyens d'instruction, etc., enfin 3000 thalers pour les bourses. D'après le plan de fondation, la nouvelle Université aura provisoirement une position intermédiaire entre celles de Leipzig et de Heidelberg. Le nombre des professeurs titulaires est fixé à 42, celui des professeurs agrégés à 20.

D'autre part, on lit dans le Courrier du Bas-Rhin :

« Le droit de propriété de la ville de Strasbourg sur l'ancien château impérial a été définitivement reconnu. La ville abandonne cet édifice pour une période de dix ans à l'Université, contre un loyer annuel de 100 francs. Ce loyer n'a d'autre but que de constater d'une manière indubitable le droit de propriété de la ville. »

On ne nous dit pas si les Facultés de Leipzig et de Heidelberg font des pétitions contre la concurrente qui va naître; on ne dit pas non plus en quel lieu, pour quelle époque, avec quelles ressources se relève la Faculté française de Strasbourg.

L'esprit médical. — Abernethy n'aimait pas qu'on vînt le déranger la nuit. Une fois, qu'il se couchait, à une heure du matin, de fort mauvaise humeur, parce qu'on était venu le faire lever à minuit, il entendit la sonnette retentir de nouveau. « Qu'y a-t-il? s'écria-t-il avec colère. — Docteur... vite! vite!... Mon fils vient d'avaler une souris. — Eh bien! dites-lui d'avaler un chat et laissez-moi tranquille. (*Lyon médical.*)

— Un journal de médecine français vient d'être fondé à Montréal avec le titre de : L'Union médicale du Canada, revue médico-chirurgicale paraissant tous les mois; rédacteur en chef, J. P. Prottot; assistants-rédacteurs, A. Dagenais, L. G. P. Desrosiers. Nous souhaitons le succès à nos confrères, ainsi qu'à la Société médicale de Montréal, qui réunira les médecins parlant la langue française.

Nécrologie. — C'est avec une peine profonde que nous annonçons la mort de M. Dutroulau; cette perte sera particulièrement sensible aux lecteurs de la Gazette, à laquelle le savant médecin en chef de la marine prêtait sa collaboration avant la longue maladie qui l'a conduit au tombeau. Ses obsèques ont eu lieu le 29 janvier à Brest, sa ville natale. Les honneurs militaires lui ont été rendus; une foule considérable accompagnait le convoi.

M. Rochard, directeur du service de santé de la marine, a prononcé sur la tombe de M. Dutroulau le discours suivant :

Messieurs,

Le médecin en chef de la marine, le savant distingué, l'écrivain de talent sur la tombe duquel nous nous trouvons réunis, fut une des gloires de notre corps, et je n'ai pas voulu que cette tombe se refermât sur lui sans que l'un de nous vînt lui adresser un suprême adieu et un dernier hommage.

Malgré la distance que l'âge avait mise entre nous, nous étions rapprochés, depuis de longues années, par une analogie d'études et de travaux. C'est à moi qu'il avait confié le soin de rendre compte, dans la presse médicale, de chacune de ses publications, et je suis resté parmi les amis de la dernière heure qui l'ont assisté à ses derniers moments. C'est à ce titre seul, messieurs, que je vous demande la permission de vous entretenir pendant quelques instants de cette existence si noblement remplie et de cette fin si courageusement supportée.

Entré au service à l'âge de dix-neuf ans, Dutroulau a vu, comme nous tous, s'écouler ses belles années entre la navigation, le travail et les concours. Ce n'est qu'à partir du grade de médecin de 1re classe que sa carrière a commencé à se particulariser. Promu à ce grade au mois de février 1839, à l'âge de trente et un ans, Dutroulau fut appelé à continuer ses services aux Antilles, et, depuis cette époque jusqu'à celle de sa retraite, il n'a pas cessé d'appartenir au cadre colonial. Nommé second médecin en chef pour la Martinique, en 1848, il fut envoyé à la Guadeloupe comme premier médecin en chef, au mois d'avril 1857, et arriva dans cette colonie au milieu d'une des épidémies de fièvre jaune la plus meurtrière qu'elle ait eu à supporter. Cinq ans après, il se vit contraint de prendre sa retraite. Sa constitution épuisée par dix-huit ans de séjour dans les régions intertropicales ne lui permettait plus de s'acquitter des fonctions qu'il avait jusqu'alors remplies avec tant d'éclat.

Je ne vous parlerai pas, messieurs, de son dévouement, dans le cours de ces épidémies sans nombre dont il a supporté le choc à la tête de son personnel médical, de sa belle conduite lors du désastre de la Pointe-à-Pitre, des témoignages de satisfaction qui lui ont été prodigués, des récompenses qui lui ont été décernées; ces titres à la reconnaissance de la marine suffiraient sans doute pour le faire vivre dans notre souvenir, mais il en est d'autres et d'une nature plus spéciale sur lesquels je tiens surtout à insister.

Dutroulau s'est fait dans la littérature médicale une place hors ligne. Ses études sur les maladies des pays chauds sont mises au premier rang parmi nous et ont contribué pour une large part à donner à notre corps la considération dont il jouit aujourd'hui dans le monde scientifique. Ce n'est pas le lieu d'en apprécier l'importance et la portée; vous avez tous lu, du reste, ces intéressantes monographies et le grand ouvrage dont elles n'étaient que le prélude, ce Traité des maladies des Européens dans les pays chauds, ce livre, deux fois couronné, qui fait maintenant autorité dans la science, dont la première édition a été si rapidement épuisée et que chacun de nous a si souvent consulté. Tous ces travaux sont empreints d'un même caractère. Ils sont tout à la fois l'œuvre d'un penseur et celle d'un praticien. Les questions les plus ardues de la pathologie générale y sont abordées avec une élévation d'idées, une sûreté de coup d'œil, qui ne nuisent en rien à la rigoureuse observation des faits cliniques, à la scrupuleuse exactitude des détails. Ce livre résume les études et les méditations de toute sa vie. Il en avait réuni les matériaux pendant la période active de son existence, il a attendu, pour les coordonner, les loisirs de la retraite à laquelle les exigences de sa santé l'ont condamné avant l'âge.

Rendu à la vie civile au mois d'avril 1857, Dutroulau fut immédiatement nommé médecin inspecteur des bains de mer de Dieppe et conquit rapidement dans cette carrière nouvelle une haute position médicale et de nouveaux titres scientifiques. Mais, au bout de quelques années, sa santé, dont il n'avait jamais daigné s'occuper, vint le forcer à compter avec elle. C'est au moment où s'offrait pour lui la plus brillante perspective d'avenir, que son existence a été brisée. Membre de la Société de médecine des hôpitaux et de la Société d'hydrologie, officier de la Légion d'honneur, il allait voir s'ouvrir pour lui la porte de l'Académie de médecine qui avait déjà accordé à ses travaux la distinction la plus flatteuse; il avait l'espérance d'être prochainement placé à la tête du service sanitaire, lorsqu'il lui fallut renoncer à tous ces rêves d'ambition pour venir demander au sol natal un rétablissement sur lequel il ne devait plus compter.

C'est de cette époque de 1866, que date le commencement de cette lente agonie de six années qui vient de se terminer. Pendant six ans nous l'avons vu lutter contre la mort avec l'énergie d'un médecin et la résignation d'un sage, avec un calme, une force d'âme qui ne l'ont pas abandonné un instant, admirablement soutenu, dans cette suprême épreuve, par la femme accomplie qu'il avait prise pour compagne et chez laquelle l'esprit et le cœur étaient à la hauteur des siens.

Puissent nos regrets et notre sympathie apporter quelque soulagement à sa profonde douleur, et nous, messieurs, gardons le souvenir du médecin distingué, du savant de premier ordre que nous venons de perdre et auquel il nous faut dire un dernier adieu.

Adieu Dutroulau, adieu mon vieil ami.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les étudiants en médecine sont prévenus que la question proposée pour le prix Corvisart (concours de 1872) est la suivante : *Des Paraplégies.*

Société médico-psychologique. — La Société a tenu sa séance solennelle annuelle le 17 décembre. Après avoir entendu la lecture faite par M. Loiseau, secrétaire général, des éloges de MM. Falret et Mitivié, la Société a procédé au renouvellement de son bureau ; ont été élus :

Président : M. Jules Falret ;
Vice-président : M. L. Lunier ;
Secrétaire général : M. Ch. Loiseau ;
Secrétaires particuliers : MM. A. Foville et Motet ;
Archiviste-trésorier : M. Aug. Voisin.
Membres du comité de publication : MM. Linas, Rousselin et Aug. Voisin.

Prix Aubanel. — La Société médico-psychologique rappelle qu'un prix de 1600 francs provenant du legs Aubanel, en date du 28 septembre 1869, a été proposé par elle pour le meilleur travail sur la question suivante :

Des rémissions, des intermittences et des intervalles lucides dans les diverses formes de maladies mentales, étudiées au point de vue médico-légal.

On trouvera le programme des questions à étudier par les candidats à la page 300 des Annales médico-psychologiques, 1866, tome VII, page 310.

La Société, dans la séance du 27 novembre 1871, a décidé qu'en raison des événements des dernières années, la date du 30 juin 1872 serait fixée comme dernier délai pour la remise des mémoires des concurrents.

La Société rappelle également que dans la séance du 25 juillet 1870, elle a mis au concours, pour un autre *prix Aubanel*, la question suivante :

De la part d'influence et du mode d'action des boissons alcooliques dans la genèse des maladies mentales et nerveuses.

Ce prix est de 1200 francs. Les mémoires doivent être adressés dans les formes académiques ordinaires, avant le 31 décembre 1872, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Loiseau, rue Vieille-du-Temple, 26.

Prix Esquirol. — Ce prix est destiné plus particulièrement aux internes des asiles d'aliénés et aux jeunes docteurs s'adonnant à l'étude de la folie et des affections nerveuses. Les mémoires, portant une épigraphe et accompagnés d'un pli cacheté renfermant la reproduction de cette épigraphe et le nom de l'auteur, doivent être remis avant le 31 décembre, chez M. Albert Mitivié, boulevard Saint-Germain, 244, ou chez M. Lunier, au bureau des Annales médico-psychologiques, rue Jacob, 52.

Un seul mémoire a été envoyé pour l'année 1871. Le prix sera décerné, s'il y a lieu, dans la séance solennelle du 29 avril 1872.

Recherches sur les folies puerpérales. — Dans la séance du 25 avril 1870, la Société médico-psychologique, sur la proposition de M. le professeur Lasègue, a décidé que tous les médecins-aliénistes de France seraient invités à adresser à la Société les notes, observations et tous autres documents qu'ils auraient pu recueillir sur la question des *folies puerpérales*. Ces documents, reproduits sous le nom de leurs auteurs, doivent être coordonnés par les soins d'une commission qui déduira de ces recherches poursuivies en commun les conclusions qu'elles pourront comporter. Les Annales médico-psychologiques (1870, t. IV, p. 185) ont reproduit la lettre qui a été adressée à cet effet à tous les médecins-aliénistes de France.

Le dernier délai pour l'envoi des travaux, fixé primitivement au 31 décembre 1870, a été prorogé au 30 juin 1872.

— La grande préoccupation actuelle des Florentins est celle d'un homme qui a avalé une fourchette de composition métallique. Cet individu, qui s'appelle Hegisto Cipriano, voulait imiter les jongleurs japonais; pris d'un accès de toux, il a avalé la fourchette. Depuis quinze jours il est à l'hôpital, où les médecins expérimentent sur lui des sondes de toute nature. Il s'y prête de fort bonne grâce, bien qu'on le fasse souffrir sans résultat; d'ailleurs il boit et mange parfaitement, et, si cela continue, il finira par digérer la fourchette en dépit de la Faculté.

Association générale des médecins de France. — La Société centrale, dans sa dernière séance, a procédé aux admissions suivantes :

MM. Barraillet, Campardon, Collin, Delioux de Savignac, Duroziez, Galzain, Gilbert, Gueneau de Mussy (Henri), Guirard, Huillet, Labrot, Lambert, Leboucq, Legrand, Lejeune, Libermann, Louis (Léon), Marrotte, Michel, Monteils (Amédée), Monteils (Eugène), Motet, Rey, Ribes, Sablé, Segogne, Sorbets, Weill.

École de médecine et de pharmacie de Rennes. — M. Pitois, docteur-médecin, suppléant pour la chaire d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de pathologie interne à ladite école, en remplacement de M. Péchot, décédé.

École de médecine de Bordeaux. — M. Girard, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux (emploi nouveau).

École de médecine de Marseille. — M. Demeules, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille (emploi vacant).

École de médecine de Nancy. — M. Valentin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Henrion, dont la démission est acceptée.

M. Valentin est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques.

— On nous assure que les élèves médecins et pharmaciens (300 environ) de l'École d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce) se sont engagés à verser une journée de solde par mois à la souscription nationale jusqu'au payement intégral de l'indemnité de guerre. (*Union médicale.*)

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 20 au 26 janvier 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Scarlatine, 1. — Rougeole, 3. — Fièvre typhoïde, 21. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 60. — Dysentérie, 5. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 18. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 222. — Affections chroniques, 301 (1). — Affections chirurgicales, 60. — Causes accidentelles, 19. — Total : 776.

(1) Sur ce chiffre de 301 décès, 114 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Le même bulletin, du 27 janvier au 2 février 1872 :

Variole, 2. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 23. — Typhus, 0. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 34. — Pneumonie, 51. — Dysentérie, 1. — Diarrhée choléiforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 189. — Affections chroniques, 335 (1). — Affections chirurgicales, 64. — Causes accidentelles, 17. — Total, 757.

(1) Sur ce chiffre de 335 décès, 137 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS. — La Table pour 1871 ainsi que le titre du volume seront joints à l'un des numéros du mois de mars.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Nouveaux éléments de pathologie générale, par Ernest Wagner, professeur ordinaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, docteur de la polyclinique médicale de Leipzig. Traduits de l'allemand sur la quatrième édition, par les docteurs Ch. Delstanche et E. Machaux. 1 vol grand in-8° de 600 pages. Paris, 1872, F. Savy. — Prix : 9 fr.

Essai de statistique médicale, suivi d'observations médico-chirurgicales sur les ambulances d'Angoulême en 1870-71, par de Rochebrune, interne des hôpitaux. In-4° de 50 pages avec tableaux. Paris. 1871. F. Savy.—Prix : 4 fr.

De la spontanéité de la matière dans les manifestations physiques et vitales, par le docteur Stansky. 1 vol. in-8°. Paris, J. B. Baillière et Fils. — Prix : 2 fr.

De la complication diphthéroïde contagieuse des plaies, de sa nature et de son traitement, par le docteur Tribes. In-8° de 64 pages. Paris, J. B. Baillière et Fils. — Prix : 2 fr.

Mémoire sur le mouvement organique dans ses rapports avec la nutrition, par le docteur Jules-Robert Mayer. Traduit de l'allemand par le professeur Louis Pérard. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. — Prix : 3 fr.

Traité pratique des maladies de l'estomac, par le docteur Bayard, Deuxième édition, entièrement revue et augmentée. 1 vol. grand in-8° avec figures dans le texte, une planche en chromolithographie et de deux autographies. Paris, G. Masson. — Prix : 10 fr.

Le siége de Paris, au point de vue de l'hygiène et de la chirurgie, par par le docteur Gordon, inspecteur général. Traduit de l'anglais par Gaston Decaisne, élève des hôpitaux. In-8° de 19 pages. Paris, 1871. J. B. Baillière et Fils. — Prix : 0 fr. 50

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 15 février 1872.

L'Université allemande de Strasbourg.

On écrit de Berlin à la GAZETTE DE COLOGNE :

«Le 24 mai 1871, le Parlement allemand conçut l'idée d'inviter le chancelier à créer le plus vite possible une université allemande à Strasbourg. C'était l'expression d'un vœu répandu dans toute l'Allemagne; des considérations politiques plaidaient aussi cette cause. A la signification historique comme à la signification politique actuelle de Strasbourg, il convient d'y instituer une Université allemande de premier rang, un foyer de développement du génie allemand, un foyer de propagation de la science allemande. Pour l'accomplissement complet de ce but, les ressources propres de l'Alsace-Lorraine seront, suivant toute prévision, insuffisantes. Aussi faut-il réserver en principe la participation de tout l'empire aux frais de cette institution, qui n'est pas créée seulement dans l'intérêt du pays annexé, mais dans l'intérêt politique général de l'Allemagne. Provisoirement, il est désirable et urgent que les cours s'ouvrent déjà à la nouvelle Université ce semestre d'été, autant que le permettent pour commencer les locaux insuffisants et les fonds disponibles à puiser dans la caisse de l'Alsace-Lorraine.

» Dans les travaux préliminaires commencés déjà en été 1871, on se proposa comme premier but à atteindre la fondation d'une Université tenant le milieu comme importance entre celles de Leipzig et de Heidelberg; on projeta de nommer 42 professeurs ordinaires et 20 professeurs extraordinaires, y compris les professeurs à recueillir des anciennes Facultés françaises. A Leipzig il y a 50 professeurs ordinaires et 42 extraordinaires; à Heidelberg 36 ordinaires et 17 extraordinaires.

» On a pu arriver à ce résultat d'ouvrir l'Université pour le semestre d'été de cette année. Le chancelier va présenter à cet effet au Parlement fédéral un projet de loi qui autorise à puiser dans la caisse du pays pour le budget de 1872 une somme de 200 000 thalers, à savoir :

» 1° Pour les honoraires des professeurs ordinaires et extraordinaires, y compris les indemnités supplémentaires		117 000 th.
» 2° Pour dépenses matérielles permanentes :		
» *a.* Pour l'entretien des locaux, instituts, bâtiments existants	5 000 th.	
» *b.* Pour chauffrage, éclairage, fournitures de bureau	2 000 th.	
» *c.* Pour dépenses imprévues	1 000 th.	
» Total	8 000 th.	8 000 th.
» 3° Pour dépenses à faire une fois, extraordinaires :		
» *a.* Pour l'appropriation des locaux utilisés par l'Université	38 000 th.	
» *b.* Pour acquisition d'instruments et objets d'étude	10 000 th.	
» *c.* Pour frais de déplacement des professeurs à nommer	24 000 th.	
Total	72 000 th.	72 000 th.
» 4° Pour bourses		3 000 th.
Total général		200 000 th.

» Les professeurs devront donc avoir de riches appointements, car on ne peut prévoir encore s'ils trouveront par le nombre de leurs auditeurs une position équivalente à celle

FEUILLETON.

Étude historique et critique sur l'art médical en Chine. — Organisation de l'enseignement civil et militaire.

(Suite et fin. — Voyez les numéros 5 et 6.)

A la fin de notre dernier article, nous avons dit que, pour expliquer le néant de l'art médical en Chine, il importe de signaler deux faits, indépendamment des considérations sur la valeur philosophique de la race jaune, sur lesquels nous ne nous étendrons pas dans ce travail.

Le premier de ces faits, c'est que les croyances religieuses se sont, dès le principe, opposées à la dissection cadavérique. Ces croyances, dans lesquelles la doctrine pythagoricienne joue un grand rôle, consistent à affirmer le passage du corps dans l'autre monde et sans aucun changement. C'est en définitive là le dogme officiel de l'Église chrétienne, arrangé, spiritualisé par saint Augustin, qui admet la résurrection du corps, moins la laideur et la difformité.

Or, la conséquence, aux yeux des Chinois, c'est que toute mutilation ou toute séparation d'une partie quelconque du corps leur inspire une invincible répugnance, car ils tiennent à paraître dans le monde des ténèbres tels qu'ils étaient dans le monde de la lumière, pour employer leur langage consacré. On a bien dit qu'ils redoutent la souffrance : sans doute cette assertion est vraie; et en cela ils ne diffèrent guère des autres peuples; mais il est certain que leur répugnance à l'action chirurgicale dérive en grande partie de l'opinion religieuse que nous venons de mentionner.

Le deuxième fait se trouve dans la législation chinoise elle-même, laquelle consacre le principe de la responsabilité et formule les clauses les plus sévères contre tout médecin entre les mains de qui un malade meurt; du moins telle est la théorie, et nous ne prétendons pas dire que l'application en

qu'ils abandonnent (1). Il faut tenir compte de ce que les moyens d'étude seront dans les premières années insuffisants sous plus d'un rapport, et aussi de ce que la vie est assez coûteuse à Strasbourg. Quant aux fonds nécessaires pour la nouvelle bibliothèque, pour un observatoire, pour une caisse de secours aux veuves et orphelins, etc., ils ne sont pas stipulés encore dans le projet de loi, parce que les travaux préliminaires d'estimation ne sont pas encore terminés. »

Ainsi l'Université nouvelle ouvrira ses cours prochainement. Le curateur, M. de Roggenbach, déploie une activité considérable pour le recrutement difficile des professeurs et l'appropriation des locaux. Plusieurs professeurs désignés pour la Faculté de médecine, MM. de Recklinghausen (anatomie pathologique), Lücke (chirurgie), Hoppe Seyler (chimie physiologique), Gusserow (accouchements), sont venus à Strasbourg pour examiner, avant d'accepter définitivement, quelles seront les conditions de leur nouvel enseignement. On parle encore de MM. Leyden (clinique médicale), Waldeyer (anatomie), Schmiedberg (pharmacologie). Des salles de malades pour les besoins de la clinique ont été demandées ou plutôt exigées de l'administration des hôpitaux; je dis exigées, car la Prusse entend jouir par droit de conquête de tous les engagements conclus vis-à-vis le gouvernement français partout et pour tout. Des baraquements, sur le modèle de ceux de Leipzig, pouvant contenir 140 lits de chirurgie, seront construits sur le terrain de l'hôpital civil. Le nouveau bâtiment de la Faculte de médecine inauguré en 1866, qui contenait le laboratoire de chimie, le cabinet de physique, les bureaux du secrétariat, le logement du secrétaire, et qui devait contenir en plus la bibliothèque médicale, ce bâtiment doit être affecté exclusivement à la chimie et à la physiologie. L'ancienne bibliothèque de l'Académie vient d'être transportée au château ci-devant impérial, redevenu propriété de la ville, mais que la ville a été obligée de laisser à la disposition de l'Université. Enfin, on se propose d'acheter ou de construire des bâtiments spéciaux pour un Institut ophthalmologique, pour un Institut d'anatomie pathologique et pour une grande Maternité.

Date nouvelle, tristement nouvelle, dans l'histoire des institutions scientifiques de Strasbourg! On peut lire dans un livre intéressant (*Topographie et histoire médicale de Strasbourg*, par MM. Tourdes et Stœber, professeurs à la Faculté de médecine), quelles phases diverses a traversées l'École d'enseignement supérieur, qui se développa à Strasbourg dès le commencement du XVIe siècle. En 1538, la ville fonde le Gymnase protestant, auquel est annexé en 1540 une chaire de médecine et de physique. En 1566, l'empereur Maximilien II crée à Strasbourg une Académie, à laquelle il accorde le droit de faire des bacheliers dans les différentes branches de l'enseignement. En 1621, l'Académie de Strasbourg est érigée en Université par l'empereur Ferdinand II, et acquiert le droit de créer des licenciés et des docteurs dans toutes les Facultés. Par la capitulation de 1681, la ville de Strasbourg est réunie à la France; un article du traité confirme l'Université dans tous ses privilèges; elle continue à se gérer elle-même sous la surveillance de la France. Cette Faculté a duré jusqu'à la Révolution française; elle fut supprimée, comme toutes les autres institutions de ce genre, par le décret du 18 août 1792. Par la loi du 14 frimaire an III, trois écoles de médecine sont créées à Paris, Montpellier et Strasbourg; elles ont pour mission principale « de former des officiers de santé pour le service des hôpitaux, principalement pour ceux de l'armée et de la marine ». Plus tard, ces écoles sont autorisées à recevoir des élèves civils. Le décret impérial du 17 mars 1808, portant organisation de l'Université, accorde le titre de Faculté aux écoles de médecine : toutes les Facultés de Strasbourg, théologie, lettres, sciences, droit et médecine, rentrèrent dans le grand système de l'Université impériale. Elles recevaient leur organisation, leurs subventions, leurs professeurs, leurs programmes d'études du ministère de l'instruction publique. La Faculté de médecine seule, par son droit de nommer ses agrégés et autrefois ses professeurs, au concours, a conservé une certaine autonomie limitée.

La cession de Strasbourg à l'Allemagne oblige les Facultés françaises de cette ville à changer de résidence; la Faculté de médecine française, encore exilée, assiste à l'organisation de la nouvelle Université allemande.

Les Universités allemandes ont joué un grand rôle dans l'histoire nationale de leur pays; elles ont pesé d'un poids considérable sur l'avenir de l'Allemagne. Elles ont développé cet esprit scientifique et positif, esprit d'observation froide et précise qui n'abandonne rien au hasard, que n'égare pas une imagination aveugle, esprit qui se reflète dans tous les détails de l'organisation militaire allemande; elles ont fourni, on

(1) On sait que, dans les Universités allemandes, le professeur, outre la rémunération de l'État, est rétribué directement par les élèves.

---

soit rigoureuse et fatale. Car si, comme nous l'avons énoncé précédemment, il y a souvent un écart considérable entre la théorie et la pratique, il faut faire une exception pour ce qui regarde la médecine dont l'exercice s'est d'autant plus scrupuleusement conformé à l'esprit du code qu'elle rencontrait dans les croyances religieuses les raisons d'une intervention à peu près nulle.

Ainsi, à la quatrième division des lois rituelles, liv. II, section CLXII, il est dit :

« Tout médecin qui prépare des médicaments sans se conformer aux règles classiques et sans les accompagner de commentaires précis, recevra cent coups de bâton.

» Si la médecine n'est pas de première qualité, il recevra soixante coups. »

A la section CCXCXII de la sixième division, on lit :

« Si un médecin perd maladroitement son malade, ce qui sera expertisé, il pourra se racheter, comme dans le cas d'homicide involontaire, mais il devra quitter sa profession pour toujours; si l'acte a été intentionnel dans le but d'extorquer de l'argent, et que la preuve en soit faite, cet argent sera considéré comme volé et la punition sera appliquée en conséquence; si le malade succombe, le médecin sera décapité. »

On comprend que, placés devant les rigueurs d'une telle législation, le médecin n'intervienne pas d'une manière bien sérieuse. Il se maintiendra dans le cercle des formules classiques qui le protégeront contre tout procès de tendance; le reste ne lui importe point. Il est admis que lorsqu'un malade est considéré par lui comme ne pouvant guérir, il ne tente rien. La famille s'incline devant cette sorte de verdict, et lorsqu'il s'agit d'affection grave, réputée contagieuse, il répond à l'appel qui lui est fait, mais, aussitôt arrivé sur le seuil de la porte de l'appartement du malade, il déclare solennellement qu'il est inutile de rien tenter, que la mort est certaine, et que donner de nouvelles drogues serait une dépense inutile.

Nous aurions désiré présenter ici un historique de la phar-

peut le dire, l'intelligence scientifique nécessaire à la réalisation matérielle du but. Mais elles ont donné aussi l'impulsion patriotique vers ce but, vers cette idée d'unité allemande : « C'est du sein des Universités que s'est répandue dans toute l'Allemagne cet énergique sentiment d'unité nationale qui, malgré d'anciennes et profondes divisions territoriales, politiques et religieuses, a fini par enflammer tous les cœurs germaniques. L'unité nationale allemande a trouvé dans ces Universités une première réalisation, et, si je puis dire, un organe embryonnaire d'une prodigieuse vitalité. Les nombreuses Universités qui depuis le moyen âge se sont développées sur le sol germanique ont toujours été unies entre elles par un indissoluble lien national. » (Schützenberger, *De la réforme de l'enseignement supérieur.*)

Cette idée nationale que l'Allemagne attache à ses Universités, foyers de propagande scientifique et politique, est si vive et si vraie que c'est elle qui la guide dans l'œuvre laborieuse qu'elle poursuit pour tenter la conquête *morale* de l'Alsace. Aussitôt que l'annexion de notre malheureuse province fut consommée, le gouvernement prussien se mit à la tâche pour réorganiser l'enseignement à tous les degrés. L'instruction obligatoire fut décrétée, des gymnases (lycées) allemands, des séminaires (écoles normales) installés. Une bibliothèque nouvelle succède, hélas! sans la remplacer, à celle qui est en cendres : 200 000 volumes attendent au Château que l'édifice incendié soit reconstruit pour les recevoir ; une salle de lecture contenant les journaux scientifiques de toutes les langues a été ouverte aux lecteurs. Déjà, le 10 août de l'an dernier, a vu fêter à Strasbourg l'inauguration de la nouvelle bibliothèque, moins d'un an après la destruction de l'ancienne. Il y avait cent ans ce jour que Gœthe avait été promu docteur à l'Université française de Strasbourg. Pour raviver les souvenirs germaniques éteints en Alsace, la thèse de Gœthe fut réimprimée, une plaque en marbre commémorative, « Hier wohnte Gœthe », a été scellée dans une maison que Gœthe avait habitée à Strasbourg ; son buste fut placé, avec celui de l'empereur Guillaume, dans l'Aula de l'Académie, pavoisée aux couleurs prussiennes et aux couleurs nationales de l'Allemagne. On prononça l'éloge de Gœthe; on but des *salamandres* (1) aux futurs étudiants allemands de l'Alsace, on fit force discours patriotiques. « La nation allemande », dit le président de la fête, M. de Sybel, « conserva dans les temps désespérés de déchéance politique, dans les lettres et dans les sciences sa signature nationale. C'étaient Gœthe, Herder, Lessing, c'étaient leurs œuvres qui, il y a cent ans, donnèrent non au Prussien, non au Bavarois, mais à l'Allemand, le sentiment de son existence nationale. C'étaient les hommes de science qui donnèrent au peuple allemand l'impulsion vers la renaissance, qui développèrent le sentiment du devoir politique et patriotique, qui firent de ce sentiment un patrimoine commun, qui montrèrent sans cesse aux monarques comme aux sujets le but, qui était de faire de l'Allemagne ce que la France était déjà, un État uni. »

On dirait que ce grand rêve de l'unité, qui berçait comme une chose grande et mystique l'âme de chaque Allemand, a étouffé en eux toute autre aspiration libérale. Ce rêve est enfin accompli ; mais le jour où la fumée du succès sera dissipée, les Allemands verront que s'ils sont unis c'est par un lien commun qui les enchaîne et les assujettit à un souverain de droit divin, et alors s'imposera à eux la seconde partie de leur programme : Unité, puis liberté « Einheit, dann Freiheit », et ils reconnaîtront qu'ils ont foulé aux pieds le droit des peuples, et que pour fonder leur unité ils ont attaché à leur chaîne des populations étrangères, ne concevant pas qu'un autre eût une liberté qu'eux-mêmes abdiquaient momentanément dans les mains d'un maître.

L'Université allemande de Strasbourg aura aussi, le gouvernement allemand le proclame, une double mission scientifique et patriotique. Qu'elle accomplisse sa mission scientifique : la science pour nous n'a ni nationalité, ni religion ; elle est la science. Si nous assistons, le cœur serré, à l'organisation nouvelle de l'enseignement à Strasbourg, c'est que nous portons le deuil de notre ancienne école française, de celle qui fut notre *alma mater*. Nous n'en admirons pas moins et nous voudrions que la France les copiât, ces Universités allemandes, avec leur organisation libérale, leur autonomie, leur esprit scientifique désintéressé, affranchi de toute controverse doctrinale, leurs instituts de recherches scientifiques où l'on apprend à faire des découvertes, à faire la science.

La mission patriotique que poursuit l'Université allemande de Strasbourg, c'est de compléter l'union allemande par la conquête morale de l'Alsace, c'est de répandre en Alsace, la science, le génie, la langue, les idées, les traditions allemandes. Bien des savants patriotes, qui vivent entourés de respect

(1) Sorte de toast avec roulement particulier des verres, usité dans les corporations d'étudiants allemands.

---

macopée chinoise, mais les limites imposées à notre travail nous forcent d'abréger cet examen.

On sait que le Pent sao (mot qui signifie origine des plantes) est l'herbier chinois, qui comprend plus de soixante volumes. A défaut de classification physiologique, cet ouvrage ne manque pas de poésie.

C'est ainsi qu'il compare les plantes aux membres d'une société bien organisée, dont l'importance décroît depuis le souverain jusqu'aux gens du peuple. La question des incompatibilités y est traitée ; non pas des incompatibilités chimiques, bien entendu : il s'agit simplement de propriétés dynamiques contraires fondées sur des théories dont nous ferons grâce aux lecteurs, ainsi que des mille et mille détails relatifs à la manière de récolter les plantes; si c'est à l'ombre, au soleil, à quel quantième de la lune, etc., etc... « Assurément, dit du Halde, il faut une prodigieuse mémoire pour arriver à posséder les innombrables minuties de la pharmacopée chinoise, et comme on ne rencontre aucun principe scientifique qui les règle, il est douteux que jamais médecin chinois puisse se flatter de posséder cette science et d'agir selon ses prescriptions. »

Quant à ceux qui espèrent qu'on découvrirait dans la pharmacie chinoise quelques trésors cachés, nous sommes convaincus qu'ils s'abusent.

En 1858, un chimiste anglais a publié une Materia medica chinoise (*Pharmaceutical Journal and Transactions*, vol. I, p. 15). Or, on peut s'assurer que la nomenclature ne renferme rien que nous ne connaissions déjà.

Le docteur Tatarinow, qui a occupé durant dix années le poste de médecin de la légation russe à Pékin, a recueilli avec le plus grand soin les drogues les plus usitées dans le nord de la Chine. Elles sont au nombre de 497. Elles ont été déterminées par lui dans un travail intitulé : Enumeratio medicamentorum Sinensium quæ Pekini comparanda et determinanda curavit A. Tatarinow medicus missionis Russiæ (Petropolis 1856). Ces médicaments ont été envoyés à Saint-Pétersbourg

et d'honneurs dans leur Université, viennent à Strasbourg, dans ce milieu hostile et antipathique, accomplir l'ingrate mission de germaniser une population qui veut rester française. Il s'agit de démontrer à l'Alsace qu'au point de vue ethnographique, géographique, historique, politique, philologique, elle n'a pas cessé d'être allemande ; il s'agit pour ces docteurs patriotes de ramener au bercail l'enfant égaré qui renie sa véritable mère.

Ils échoueront dans cette tâche : l'Allemagne pourra germaniser l'Alsace, en la remplissant d'Allemands ; elle ne germanisera pas les Alsaciens; elle leur imposera sa langue, sa science, sa volonté, elle ne leur imposera pas sa manière de voir et de raisonner. Et si de leur main brutale, le vernis français, comme ils disent, était effacé dans ce pays, si dans le moule obligatoire de l'école et de l'armée, tous les hommes de l'Alsace étaient façonnés à la façon allemande, l'Alsace n'en conserverait pas moins son individualité ; son cœur resterait à la France, sa pensée ne serait jamais allemande. «L'Allemagne, dit Charles Vogt, a abdiqué sa pensée : elle pense par le cerveau de Bismarck.» L'Alsace pense par elle-même, car son jugement sain et solide s'est trempé dans le malheur; car une idée vraiment républicaine est incarnée dans ce peuple voisin de la Suisse et que la Révolution a fait si français.

Si elle adopte la science vraie d'où qu'elle vienne, elle est réfractaire aux notions perfides et malsaines du droit des gens telles que la Prusse les applique, telles que devra les enseigner sur commande la nouvelle Université : science faussée qui se prostitue au despote pour l'asservissement des peuples.

H. Bernheim,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

Durée du choléra asiatique en Europe et en Amérique, ou persistance des causes productrices des épidémies cholériques hors de l'Inde, par J. D. Tholozan, médecin principal d'armée, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris et de la Société épidémiologique de Londres.

(Suite. — Voyez les numéros 42, 44, 45, 47, (année 1871), et 5 (année 1872).

4. *Persistance du choléra asiatique dans le centre et dans le nord de l'Europe, de 1847 à 1862.* — Il nous reste maintenant à passer en revue les faits épidémiques du centre et du nord de l'Europe pendant le choléra de 1847 à 1862. C'est là, plus que partout ailleurs, que l'on peut étudier le caractère de ces manifestations cholériques successives et persistantes, qui firent croire, à un moment donné, aux hommes les plus compétents, tels que A. Hirsch, que le choléra asiatique était naturalisé dans nos pays. Par quel concours d'événements eurent lieu les faits que je vais relater? C'est ce que l'épidémiologie ne peut dire à l'heure actuelle, parce que l'hygiène a été impuissante jusqu'ici à démêler, au milieu des diverses conditions d'insalubrité dans lesquelles vivent les populations des localités que nous allons citer, celles qui favorisent spécialement le développement du choléra. *La conservation des germes de cette maladie, et leur éclosion annuelle dans un sol propice à leur rénovation*, cette hypothèse, très-vague du reste, ne suffit pas entièrement à l'explication des faits dont nous allons parler. Il faut joindre à ces causes la contagion ou la transmissibilité de la maladie, si l'on veut comprendre facilement les événements qui se déroulèrent en Allemagne pendant la longue période épidémique dont nous allons parler.

Nous ne voulons point dire par là que tout s'explique à l'aide de ces deux hypothèses; il reste toujours la mystérieuse question de l'inégale répartition de la maladie, de sa concentration dans certaines localités, de son extension à d'autres, au milieu de l'immunité d'un grand nombre de localités environnantes, insoluble problème devant lequel s'arrêtent aujourd'hui toutes les spéculations. Loin de nous pourtant la pensée que l'avenir ne dégagera pas peut-être un jour les inconnues qui masquent la solution de cette question. Mais quelles que soient à ce sujet les perspectives qu'on découvrira d'un nouvel horizon, il n'en faudra pas moins convenir que ce fut l'histoire géographique du choléra qui prépara la voie par laquelle nous eûmes une conception plus exacte de sa nature, et une explication moins incomplète de ses allures.

Pour bien comprendre le mode d'invasion du choléra, dans les contrées où nous allons le suivre pendant une durée de plus de quatorze ans, il faut se rappeler que déjà Odessa était envahi dans l'été, et les gouvernements de Chorchow et de Kiew dans l'automne 1847. Au commencement de novembre, la maladie avait pénétré en Podolie et vers les confins orientaux de l'Autriche. On doit ajouter qu'à la même époque, elle s'observait près de Riga, sur la Baltique.

En 1848, la maladie s'avança vers l'ouest par les routes diverses et multiples qui de Riga à Odessa vont à l'intérieur des terres dans toutes les contrées de l'Allemagne. L'Autriche semble avoir été attaquée en premier lieu, et la maladie paraît avoir rayonné de là dans l'Allemagne du Nord, à Berlin, Hanovre, Hambourg, pendant les saisons d'été et d'automne (1).

(1) Milroy, *loc. cit.*, p. 444.

---

puis décrits et expérimentés cliniquement par le professeur Honarinow (*Gaüger Repertorium für Pharmacie*).

Voici le jugement du docteur Henderson :

« Les Chinois sont très-maladroits dans la préparation de leurs drogues, qui au bout d'un temps très-court se gâtent. »

Nous avons eu nous-mêmes sous les yeux toute la série des substances balsamiques que notre collègue le docteur Bretchneider, de la légation russe, a analysées et comparées aux substances similaires venant d'Europe : elles étaient toutes inférieures et mélangées de produits extractifs en notable proportion; du reste, quelques-unes d'entre elles viennent d'Europe, qui n'a pas l'habitude d'envoyer en Chine ce qu'elle a de meilleur.

La Chine nous a donné la rhubarbe, qui nous rend d'incontestables services dont nous lui sommes très-reconnaissants. Elle peut continuer à croire que son fameux gen-sen, *qui se vend au poids de l'argent*, a la vertu de reculer les limites de la vie; elle ne nous persuadera pas. Nous ne nions pas qu'elle possède des succédanés qui ne sont pas sans valeur; mais ce ne sont pas des trésors, et nous persistons à croire qu'on n'en découvrira jamais, dans les vertigineuses profondeurs du *Pen-tsao*.

S'il s'agit de faire l'histoire de l'enseignement médical en Chine, on ne doit pas s'attendre à rencontrer quelque chose de plus sérieux que ce que nous avons montré pour la science elle-même. Il se peut qu'autrefois une organisation réelle ait existé, de même que nous croyons que l'assistance publique a eu une époque florisssante, et qui fait réellement honneur au sentiment de ce peuple; mais de tout cela il ne reste plus rien que quelques efforts qui restent impuissants, tant est profonde la désorganisation du corps politique et social de ce vaste empire, dans lequel, *par une sorte de paradoxe*, la population continue à croître en dépit des fléaux périodiques qui l'accablent.

Or, si, comme nous pourrions le démontrer, l'assistance publique est tombée dans un état déplorable, nous ne serons

En 1849, l'Allemagne du Nord, l'Autriche, la Bohême, la Hongrie, étaient le siége d'épidémies cholériques.

Dans l'hiver de 1849 à 1850, le mal s'assoupit, et l'année 1850 le voit renaître dans un nombre relativement très-minime de localités. On connaît l'explosion subite et inattendue qui eut lieu à Halberstad (1) au commencement d'avril. Pendant les saisons d'été et d'automne, le choléra existe en Suède et en Norwége, en Danemark, au Schleswig-Holstein, à Lubeck et dans plusieurs parties de l'empire d'Autriche. Le mal s'est éteint, on le voit, dans le plus grand nombre des points, mais il existe encore dans d'autres, et on ne peut pas dire qu'il soit absent.

Il se borne aussi à produire quelques épidémies locales en Bohême, en Pologne, en Silésie, et particulièrement à Prague (2), dans cette année 1851, qui forme pour l'Europe une période de répit presque générale.

En 1852, une nouvelle éruption commence : le choléra éclate subitement, vers la fin de mai, dans le gouvernement de Varsovie, à Seeradtz. On put penser un instant qu'il s'agissait là d'un fait analogue à celui qui eut lieu à Halberstadt, dans la même saison, deux années avant, et que la maladie, localisée dans un district, ne s'étendrait pas au loin. Cette espérance fut de très-courte durée, car la maladie se répandit bientôt dans toutes les directions. Non-seulement une grande partie de la Pologne, mais aussi le nord de la Russie et le duché de Posen, la Silésie et le Brandebourg sont atteints.

En 1853, le choléra a fait de tels progrès qu'il se montre simultanément cette année dans la Russie, en Suède, en Norwége, en Danemark, en Silésie, dans le nord de la Prusse. On peut citer dans ces différentes contrées : Saint-Pétersbourg, Abo, Helsingfors, Riga, Stockholm, Gothenbourg, Christiania, Copenhague, Breslau, Dantzig, Thorn, Berlin, Hambourg, Brême, quelques villes des provinces baltiques. Vers la fin de l'année, la maladie parut en Hollande, en Hanovre et dans la Grande-Bretagne.

En 1854, l'extension et les ravages de l'épidémie augmentent dans ces régions plutôt qu'ils ne diminuent (3). Le fléau existe dans les golfes de Bothnie, de Finlande et dans les ports de la Baltique, à Hambourg, en Hollande, dans presque toute l'Allemagne du Nord, ainsi qu'en Autriche, en Saxe, en Bavière et dans la Grande-Bretagne.

En 1855, l'épidémie diminue ou disparaît de certains points; mais elle persiste encore dans d'autres avec intensité. A Saint-Pétersbourg, dit Milroy, le choléra semblait devenu presque endémique (1). En Autriche, il y eut une affreuse mortalité, et les villes de Vienne, de Pesth, de Prague furent affectées; dans l'Europe centrale, le fléau était très-répandu.

En 1856, la Russie présentait encore des épidémies cholériques; à Moscou, atteint déjà en 1848 et en 1852, le mal eut une telle intensité que le couronnement dut être différé. Stockholm fut de nouveau atteint cette année, ainsi que d'autres points de la Suède et le nord de la Russie (2). Malgré cela, à côté des faits épidémiques si marqués de 1853-1854-1855, ceux de l'année 1856 indiquent une décroissance évidente (3). Le mal n'a pas disparu de partout, mais même dans les régions dont nous nous occupons il a notablement diminué ses ravages, ainsi que son extension. L'Allemagne du Nord fut particulièrement beaucoup moins éprouvée que les années précédentes. On s'attend à l'extinction complète du fléau. Le choléra va-t-il enfin disparaître de ces régions de l'Europe centrale et septentrionale, où, tantôt dans une localité, tantôt dans une autre, il existe depuis 1848? Il n'en est rien. Pendant deux années encore on le retrouve à l'état stationnaire dans le Nord sous la forme d'épidémie régionale.

Griesinger dit qu'en 1857, il y eut des épidémies intenses en Suède et très-limitées dans le nord de l'Allemagne. En 1857, selon les *Memoranda* de Milroy, la maladie semble avoir été principalement confinée, en Europe, à quelques districts de la Norwége et de la Suède, Bergen, Stockholm, Upsal, Kongsberg (4), Christiansund (5), qui souffrirent en automne. Dans cette même année, Elsinor (6) et d'autres points du Danemark furent atteints, ainsi que Hambourg.

En 1858, la maladie qui n'a pas cessé d'exister depuis 1852 sur les rivages de la Baltique (Saint-Pétersbourg, automne; Abo, Helsingfors, mai 1853) et qui sévit sans interruption ou en Suède, ou en Norwége, ou en Russie, ou en Danemark, se montre encore cette année dans les provinces baltiques et en Norwége, à Helsingfors, Stockholm, Christiansund, Riga, Memel, Stettin, Bergen (Milroy).

Cette série d'épidémies cholériques, dont quelques-unes furent très-graves, qui toutes furent caractérisées et qu'on peut appeler *choléra nostras*, puisqu'elles se relient à la grande épidémie de 1852 et à la précédente de 1847, qui venait directement de l'Inde, présente encore dans l'année 1859 une plus

(1) A 55 kilomètres sud-ouest de Magdebourg; 17 000 habitants.
(2) Griesinger, page 451, dit qu'à Prague le choléra de 1849 eut six recrudescences différentes, qui durèrent deux ans et neuf mois, soit jusqu'à la fin de 1851 ou le commencement de 1852; — page 437, il dit que le choléra passa l'hiver 1850-1851 dans plusieurs contrées de la Westphalie; — page 399, il dit : L'année 1851 en Allemagne fut exempte de choléra.
(3) Griesinger, page 436, dit « que le nord de l'Allemagne fut légèrement atteint en 1854; Berlin n'offrit alors que de très-petites épidémies, tandis que le sud, et principalement l'Autriche et la Bavière étaient fortement frappés.

(1) Milroy, *loc. cit.*, p. 452.
(2) Milroy, *Epidemiological Memoranda.*
(3) Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*, en parlant des faits épidémiques de 1852-1855, dit que pendant dix années le choléra se continue avec une intensité décroissante. En 1856, épidémies à Lubeck, Kœnigsberg et en Suède.
(4) Kongsberg, 4000 habitants, à 66 kilomètres ouest de Christiania. Milroy écrit Konigsburg.
(5) Christiansund, port de Norwége sur le Skager-Rack.
(6) Elsiner, Elsineur ou Elsengor, dans l'île de Sieland.

---

pas surpris de trouver un enseignement médical également tombé. Ce n'est pas que le gouvernement ne cherche pas et qu'il n'ait pas conscience de ses devoirs; mais il est impuissant et il se contente de promulguer de temps en temps quelques décrets où il annonce pompeusement la réforme du service médical : il va sans dire qu'il se borne là.

Avant l'introduction du bouddhisme en Chine, il n'est fait aucune mention de *médecine* parmi les sciences usuelles, qui étaient alors au nombre de six : la *musique*, l'*écriture*, l'*arithmétique*, le *cérémonial*, le *tir à l'arc*, la *conduite des chars*. Il n'y avait à cette époque que des prêtres appartenant à la secte de Tao et qui guérissaient par des pratiques magiques en assurant qu'ils étaient les seuls détenteurs du breuvage d'immortalité.

Le bouddhisme, avec ses doctrines austères, ne pouvait guère favoriser les études anatomiques; aussi dans toutes les tentatives de réglementation de l'enseignement à ces époques, n'en fut-il jamais question. Il y a dans l'Yu-kai un article sur les écoles de médecine de l'empire. En effet, sous la première dynastie des Thang (620 après Jésus-Christ), il y avait dans tous les grands centres un enseignement portant sur les relations entre la médecine et l'astrologie et confié à la direction d'un médecin en chef résidant à la cour.

De 618 à 627, ce directeur suprême put s'adjoindre deux autres professeurs.

De 627 à 650 on en supprima un.

En 629 les chefs-lieux de province furent dotés d'un médecin en chef et d'un nombre d'élèves proportionnés à l'importance du lieu.

Nous arrivons tout de suite à l'année 1103, qui, d'après l'histoire officielle, est la date de la fondation des écoles de médecine.

En 1109, une section de médecine fut créée dans le Han-lin, ou Académie, qui, autant qu'il est permis de comparer, serait notre Institut et notre Sorbonne tout à la fois, et qui est à peu près la seule institution universitaire fonctionnant sérieusement à Pékin.

grande diffusion. C'est le propre de ces fléaux : quand ils ne disparaissent pas complétement ils ne restent presque jamais à l'état stationnaire, même dans l'Inde, leur patrie; après une, deux ou trois années de calme, la marée remonte et les ravages recommencent. « En 1859, dit Griesinger (1), nouvelle » épidémie considérable en Russie, dans le Mecklembourg, à » Hambourg, à Lubeck, en Hollande. » On put craindre alors en Europe, non sans raison, une nouvelle épidémie générale, semblable à celle de 1852-1856, puisque les explosions parties du Nord s'étendirent à de nouvelles contrées de l'Allemagne, à quelques points de l'Angleterre et jusqu'en Belgique.

Vers la mi-juillet 1859, on rencontre la maladie à Helsingfors, où déjà elle avait existé en 1858; on la trouve aussi dans quelques parties de la Suède. Mais déjà, au mois de juin, le fléau avait éclaté à Hambourg. Il y fut grave et parut presque simultanément dans les différentes parties de la ville, attaquant tous les âges et toutes les classes de la population (2). A la fin de septembre seulement la maladie diminua d'intensité. Le nombre des cas fut de 2130, qui donnèrent lieu à 1148 décès (3). Le journal The Lancet du 12 novembre 1859 dit que jusqu'au 15 septembre il y avait eu en tout à Hambourg 2456 cas de choléra, donnant 1194 décès. Voici comment se répartirent ces cas, mois par mois :

En juin, 27 cas seulement; en juillet, 1025 (dont 85 en un seul jour, le 24); en août 1218 (60 cas le 16 août); du 1er au 15 septembre, 135 cas; le 15 septembre enfin 1 seul cas.

C'est de Hambourg que la maladie sembla s'étendre d'abord dans les différentes contrées de la Baltique, et ensuite vers les côtes de la Hollande. Altona (4) et d'autres villes du voisinage furent envahies vers la fin de juillet. Il y eut une explosion épidémique dans le Mecklembourg-Schwerin; les villes de Lubeck, Goldberg, Rostock, furent attaquées (5). A Lubeck, le choléra fit de nombreuses victimes; du 26 juillet au 8 septembre, on y compta 329 cas et 163 décès. A cette date, on considérait la maladie comme tout à fait disparue. A Goldberg, il y avait eu 263 décès sur 2700 habitants. A Rostock, sur 26 000 habitants, on comptait 494 morts cholériques du 5 juillet au 17 septembre.

Au mois d'août, le choléra existait dans la partie méridionale de la Suède. On en compta 3 cas à Malmo, en Scanie; on dit que la maladie y avait été importée par un navire venu de Rostock; ces trois cas furent suivis de mort.

Le 15 septembre, l'épidémie se déclara à Stockholm. A la fin d'octobre il y avait eu dans cette capitale 231 cas, dont 135 décès; le nombre des cas décroissait rapidement de jour en jour.

Le mal, gagnant ensuite du côté de l'occident, attaqua Rotterdam, Anvers, Bruges (1). Dans le commencement de septembre il parut à Bruges, et ses progrès devinrent bientôt alarmants. Vers la même époque, Rotterdam fut atteinte. A Bruges, le 5 octobre, il y eut 40 décès cholériques sur 50 000 habitants.

Dans la Grande-Bretagne, des manifestations partielles et isolées eurent lieu à Southampton, à Glass-Houghton et à Wick (2).

Tout esprit non prévenu à qui on relatera ces faits avec sincérité ne manquera pas d'être frappé de l'extension que prit le choléra dans cette année 1859. C'est bien toujours le choléra asiatique, car il procède par une série de générations successives de celui de 1852 et de 1847. Il en a la gravité et tous les symptômes; son seul caractère distinctif dans l'histoire est qu'il ne donna pas lieu à une grande épidémie, comme les deux précédents et celui de 1832. La maladie ne resta pas limitée cependant, comme dans les années précédentes, à quelques points de la Suède, de la Norwége, au Danemark et au littoral de la Baltique; nous le voyons produire une véritable épidémie dans le Mecklembourg, indemne depuis plusieurs années; indépendamment des villes de Lubeck, de Goldberg, de Rostock, un grand nombre de petites localités sont envahies dans ce pays (3). En même temps, le fléau, s'avançant vers l'ouest, fait son apparition au centre même de la Hollande et de la Belgique. Qui arrêta le mal dans ces régions? Par quelles circonstances ou par quel concours d'influences, ou par suite de l'absence de quelles conditions, le choléra épidémique ne s'étendit-il pas de nouveau en France, en Italie, dans le reste de l'Allemagne et de la Russie? Pourquoi le choléra de Rotterdam et de Bruges, en 1859, ne se communiqua-t-il pas aux villes avoisinantes de Gand, de Bruxelles, d'Utrecht, d'Amsterdam, d'Ostende, dans ces régions si peuplées et si humides de la Hollande et de la Flandre occidentale? Que manquait-il à la maladie pour s'installer dans ces localités? Est-ce cette force inconnue qui

(1) Ouvrage cité, page 399.

(2) D'où venait ce choléra de Hambourg? Nous ferons remarquer qu'en 1853 la maladie se montra dans cette ville, et qu'en 1857 elle y fut aussi épidémique.

(3) Babington, in *Trans. Epid. Soc.*, vol. 1, part. I, page 10.

(4) Altona, sur l'Elbe, près de Hambourg. C'était, après Copenhague, la ville la plus commerçante du Danemark.

(5) *Lubeck*, sur la Trave, à 14 kilomètres de son embouchure dans la Baltique. — *Goldberg* (Mecklembourg), qu'il ne faut pas confondre avec la ville de ce nom, en Silésie. — *Rostock*, située dans le Mecklembourg, comme les deux villes précédentes, à 7 kilomètres de l'embouchure de la Warnaw, dans la Baltique. C'est la ville la plus peuplée et la plus commerçante du Mecklembourg.

(1) Rotterdam, port le plus commerçant de la Hollande après celui d'Amsterdam. — Bruges, à 88 kilomètres nord-ouest de Bruxelles, à 13 kilomètres de la mer.

(2) Southampton, sur une baie formée par la Manche, vis-à-vis l'île de Wight. — Glass-Hougton, village près de Pontefract, à 33 kilomètres sud-ouest d'York. — Wick, dans l'extrême nord de l'Europe, 10 000 habitants, à l'embouchure du Wick dans la mer du Nord.

(3) Voyez, à ce sujet, Ackerman, *Die Cholera des Jahres* 1859 *in Mecklenburg*; Rostock, 1860. Dans ce travail, l'influence de la contagion dans la propagation du choléra est mise hors de doute.

En 1220 on fonda des écoles secondaires dans tous les chefs-lieux d'arrondissement.

Sous la dynastie mongole, la science médicale reçut quelque impulsion de l'empereur Koubilaï. Des concours s'ouvrirent; les questions portaient sur la théorie du pouls, l'acupuncture et la récitation des prières contre les esprits malfaisants.

Puis vint la dynastie des Mings, qui encouragea la science médicale et décréta l'assimilation des trois premiers grades de médecins aux trois premiers grades littéraires, ce qui donna un grand relief à la profession jusque-là deshéritée.

Pendant la période prospère des missionnaires jésuites, il leur était difficile de faire pour la science médicale ce qu'ils faisaient pour les autres sciences : ils auraient eu à se heurter contre mille superstitions et préjugés : on n'aperçoit donc pas durant cette époque de leur illustre apostolat, des témoignages bien sérieux de leur influence sur les progrès de la médecine; on leur doit cependant, comme nous le verrons plus loin, les statues en bronze qui servent encore aujourd'hui à l'étude de l'acupuncture. Actuellement, c'est Pékin qui a seul le privilége d'un fantôme d'organisation et d'enseignement. Nulle part ailleurs il n'en reste le moindre vestige.

Le collége médical de Pékin s'appelle Ta-i-Yuen, nom pompeux rappelant la dynastie qui l'a fondé, bien qu'en réalité il ne commence à fonctionner sérieusement que sous Cang'hi.

Cet empereur décréta que « le Collége de Pékin fournirait » des médecins pour le service de la Cour, des courtisans, des » eunuques, des serviteurs du Palais, de tous ceux, enfin, de » sang impérial ayant droit à l'assistance médicale ».

Il comportait un président, deux assesseurs, un certain nombre d'officiers médecins, les uns Tartares, les autres Chinois. Seize élèves faisaient tour à tour le service du palais.

Le diplôme est conféré à tout étudiant capable de réciter par cœur un morceau extrait d'un livre classique ou d'un manuscrit dû à l'un des membres de sa propre famille, ayant exercé la médecine.

crée les épidémies? Non, puisque déjà l'épidémie existait sur la Baltique, dans le Mecklembourg, à Rotterdam, à Bruges; car ce ne sont pas des cas sporadiques que nous signalons, c'est partout ou presque partout un véritable fléau. Je n'ai pas les éléments nécessaires pour en mesurer l'intensité d'une manière précise dans tous les lieux où il marqua son action; mais je puis dire avec toute certitude que ce fut le plus souvent un choléra grave qui ne peut pas être confondu avec le choléra ordinaire de nos pays.

Comment s'opéra sa propagation? Tout à fait à la manière des autres épidémies cholériques : tantôt on suit le mal et l'on voit pour ainsi dire la traînée des cas qui le communiquent; tantôt on ne peut rien saisir qui puisse indiquer la voie cachée de son transport. Les faits de transmission furent bien étudiés dans le Mecklembourg par Ackermann. Dans la Grande-Bretagne, on craignait avec juste raison à cette époque le développement épidémique du choléra et, par un système d'observations bien conduites, on put être éclairé sur la nature de beaucoup de cas observés. Je dois rendre compte ici de ces détails; bien qu'ils soient un peu minutieux, ils ont une importance capitale, car c'est seulement à l'aide de faits semblables exactement relevés que l'on peut se faire une idée exacte des causes de développement du choléra. On reconnaît ainsi que malgré des importations multiples et malgré plusieurs inoculations du poison cholérique dans certaines localités, l'épidémie peut dans beaucoup de cas ne pas se développer. Cela prouve, selon moi, que la cause véritable de la propagation ou de la non-propagation épidémique réside dans les localités mêmes, plutôt que dans un *quid divinum* ou dans une puissance occulte particulière à la maladie dans certains temps et à certaines époques (1).

5. *Propagation cholérique d'Allemagne en Angleterre en 1859.* — Nous venons de dire que dans la Grande-Bretagne des propagations partielles et isolées eurent lieu à Southampton, à Glass-Houghton et à Wick. Les six ou sept cas de choléra observés à Southampton se passèrent à la station garde-côte de la rivière Itchen, du 18 au 30 juillet. Quinze jours avant le premier cas de choléra, la diarrhée régnait dans cette station; elle devint générale pendant l'explosion. Deux de ces cas de choléra se terminèrent par la mort, l'un en neuf heures. La localisation de cette maladie, dit le docteur Parkes dans le HUITIÈME RAPPORT DE L'OFFICIER MÉDICAL DU CONSEIL PRIVÉ, est un fait curieux. On pourrait croire à un empoisonnement par l'eau, mais l'eau potable était réputée bonne.

(1) Les partisans du *quid divinum* ou de la *puissance occulte* sont les écrivains qui, de nos jours, admettent un *choléra envahissant* et un choléra qui ne l'est pas. Comme je l'ai déjà fait observer dans mon *Mémoire sur la peste de Mésopotamie en 1867*, rien n'est moins correct que cette manière d'exprimer les faits, rien n'est moins logique non plus. Après avoir attaché au mot *choléra* comme au mot *peste* cette épithète *envahissant*, on croit avoir expliqué la propagation épidémique de ces maladies; il n'en est rien; on n'a fait à ce sujet qu'une hypothèse des moins probables.

Glass-Houghton est un village près de Pontefract, dans la paroisse de Castleford, dans l'intérieur des terres, à égale distance de la mer du Nord et de la mer d'Irlande, à 50 milles anglais environ du port de Hull. Dans les trois premières semaines d'octobre, il y eut près de 30 personnes attaquées sur une population de 60. Ces 30 cas donnèrent lieu à 12 décès, soit à un cinquième de la population. Le docteur Simpson attribua la maladie à l'usage de l'eau d'un puits où il y avait une infiltration de matières fécales.

L'explosion de Wick commença la seconde semaine de septembre et continua jusqu'à la fin d'octobre. Aucun autre endroit du nord de l'Écosse ne fut attaqué.

Ni à Wick, ni à Glass-Houghton, ni à Southampton, la maladie ne put être positivement ramenée à une importation. Le port de Hull était sans doute en communication journalière avec les ports infectés de l'Allemagne du Nord; mais on ne put découvrir aucune trace de transmission directe ou indirecte de là à Glass-Houghton. Dans ce hameau d'environ douze maisons, la moitié des habitants eut le choléra du 4 au 15 octobre. La maladie fit son apparition à l'extrémité orientale du village. Le 4 octobre, il y eut 2 décès, le 5 il y en eut 4, le 8 on en compte 2, le 9 on en enregistre 2, il y en eut 1 le 10 et le 14. J'admets qu'il y ait eu contamination de l'eau du puits par des matières fécales. Pour que cela rende compte de cette explosion cholérique, il faudrait qu'il fût prouvé que la contamination datait de l'époque même de l'invasion ou ne remontait pas à une date bien antérieure; de plus il serait indispensable d'établir d'une manière nette que de véritables symptômes cholériques peuvent être produits par ce genre de cause en l'absence de l'introduction de tout principe cholérique.

Quant à Wick, ville d'environ 10 000 habitants dans le comté de Caithness, je ferai remarquer que le choléra y prit tout à fait la forme épidémique. Il débuta le 8 septembre, et de là au 17 octobre il y eut 117 cas de diarrhée et 37 cas de choléra confirmé, dont 19 décès. Le 23 octobre, la maladie ne déclinait pas encore, et la panique était considérable. Un des médecins du pays, le docteur Sinclair, attribua ce choléra à l'importation de hardes infectées venues d'Allemagne. Deux autres médecins notables de la localité contredisent cette assertion. Après Wick, aucune autre localité du nord de l'Écosse ne fut attaquée.

Restent les cas de choléra observés près de Southampton à la station d'Itchen. Je dois faire remarquer à ce sujet que la supposition du docteur Parkes, qu'ils avaient une origine tout à fait locale, n'est pas admissible devant ce fait qu'après cette explosion il y eut quelques autres cas de choléra dans les districts ruraux près de Southampton. Il y eut donc là une influence cholérique moins circonscrite qu'on ne le pense.

Rapprochons maintenant de ces manifestations épidémiques

En 1866, le 14 juin, le jeune Empereur se rendit à la cérémonie des funérailles de son père Cien-fong, dont le tombeau venait d'être achevé. Il gagna un fort rhume qui le força de garder la chambre et de fermer la porte à ses ministres.

Aussitôt les officiers du Collége médical furent mandés, mais ils ne parvinrent pas à le guérir.

A quelque temps de là, on vit paraître un mémorial émanant de Hu-ching-Yuen, censeur du Shan-si, dans lequel ce haut personnage, plein de filiale sollicitude pour son Souverain, propose la révocation de ces officiers de médecine incapables.

Mais l'incident n'eut pas de suite. Cependant Hu-ching-Yuen profite de l'occasion pour proposer des réformes dans le service médical. Il prie Sa Majesté de jeter un regard favorable sur sa requête : prière, bien entendu, qui demeura parfaitement inexaucée.

Il existe cependant à Pékin une Ecole *pratique.* En faire la description, ce serait arriver à montrer que tous les bâtiments sont à peu près en ruine. C'est dans l'un d'eux que nous avons vu ces deux statues en bronze, œuvre des missionnaires, et qui, par conséquent, sont fort au-dessus des procédés de la statuaire sinique : elles sont constellées de caractères chinois écrits sur de petites bandes de papier, et collés sur les divers points indiqués par la science de l'acupuncture et qui sont au nombre de 360. C'est autour de ces statues que quelques rares étudiants zélés viennent s'initier aux secrets de la science!

En 1865, la GAZETTE DE PÉKIN contenait un assez curieux décret prescrivant que l'Empereur ne voulait plus qu'on pratiquât sur lui l'acupuncture. Mais cette impériale boutade est incapable d'ébranler l'arche sainte de la médecine chinoise, et l'acupuncture restera éternellement la panacée du Céleste-Empire.

Pouvons-nous dire quelque chose d'important sur l'organisation du service de santé militaire? Si l'on consulte les recherches faites sur l'armée, on trouve plusieurs travaux dont les plus intéressants sont, l'un de M. Wade, l'autre de M. Meadwos. Ces deux travaux fournissent des chiffres d'ef-

isolées les données suivantes, qui réclament une mention et une attention spéciales au point de vue de la transmissibilité du choléra d'Allemagne en 1859 et de son importation en Angleterre. A Londres, sur la Tamise, et dans plusieurs ports anglais de la mer du Nord, tels que Hull et North-Shields, en communication très-fréquente avec l'Allemagne, on débarqua à plusieurs reprises des cholériques des steamers venus de Hambourg; quelques-uns de ces malades moururent à terre. Dans l'un de ces cas, deux personnes, en contact continuel avec les malades, furent attaquées du choléra; malgré cela, la maladie ne montra nulle part de tendance à se répandre, quoique la diarrhée fût épidémique en Angleterre à cette époque (1). Voici à ce sujet quelques détails très-précis que j'emprunte à un travail du docteur Babington (2). Après avoir tracé l'histoire du choléra à Hambourg, Stockholm, Bruges, Helsingfors, Rostock, dans l'été 1859, le célèbre épidémiologiste que je viens de nommer fait remarquer qu'à cette époque le choléra fut aussi importé de Hambourg dans plusieurs des ports de la Grande-Bretagne. Ainsi, le 30 juillet la maladie fut apportée dans la Tamise par le *Cosmopolitan*, steamer de Hambourg; dans la traversée, qui avait duré quarante-huit heures seulement, deux chauffeurs étaient morts du choléra; trois autres cas furent envoyés à bord du *Dreadnought*, vaisseau-hôpital ancré dans la Tamise; l'un mourut au moment où le bateau accostait l'hôpital, un autre quelques jours après. Un autre cas, mortel aussi, eut lieu à bord du steamer *Moselle* arrivé de Hambourg le 28 août; c'était une femme qui avait séjourné quelques semaines à Rostock, où elle avait perdu un de ses parents du choléra.

Indépendamment de ces cas de Hambourg, deux chauffeurs atteints de choléra furent envoyés au *Dreadnought* de la *Pomone*, steamer de Cronstadt et Copenhague, le 17 septembre. Ces deux sujets moururent, l'un deux heures après l'admission, l'autre le jour suivant. On éleva quelques doutes sur la nature réelle de ces cas; mais leur histoire, jointe à celle d'un enfant qui mourut sur la *Pomone* même, ne laisse aucun doute sur le diagnostic. La *Pomone* était partie de Cronstadt le 7 septembre; le 12 elle atteignit Copenhague, où elle fit du charbon pendant quatorze heures. Le 14, un enfant pauvre qu'on avait embarqué à Cronstadt fut pris des symptômes ordinaires du choléra; il mourut en quatorze heures. Les deux chauffeurs furent atteints quelques jours après des mêmes symptômes et ils furent transportés sur le *Dreadnought* à l'arrivée du bâtiment dans la Tamise.

Hull, dont nous avons déjà parlé, est le quatrième port commercial de l'Angleterre sur la mer du Nord, au confluent de la petite rivière de Hull, dans l'Humber; on y compte environ 40 000 habitants. Le 8 août, le steamer de Hambourg *l'Archimède* envoya à l'infirmerie de cette ville un matelot atteint de choléra. Le 16 août, le navire à vapeur espagnol *Cabona*, venant de Hambourg, atteignit Grimsby, port situé à l'embouchure de l'Humber, dans la mer du Nord. Le même soir, deux cas de choléra eurent lieu à bord et tous deux guérirent. Ce bâtiment étant à Hambourg, avait déjà envoyé à l'hôpital de cette ville un chauffeur atteint de choléra.

A Southampton, il y eut un cas fatal de choléra à bord du *Saxonia*, steamer chargé d'émigrants et venu de Hambourg le 25 septembre. Le jour suivant, il y eut deux cas de diarrhée cholérique. On les sépara du reste des passagers, et la maladie ne fit pas de progrès à bord.

Dans aucun des cas ci-dessus relatés, on n'établit de quarantaine. Tel n'est pas l'usage en Angleterre. Des communications plus ou moins fréquentes existèrent entre le rivage et les bâtiments infectés; pourtant on ne put recueillir de preuve de la transmission du choléra en Angleterre dans ces importations répétées.

Rien ne démontre mieux que ces exemples l'état réfractaire des localités et ce privilége qu'elles ont parfois de résister à des inoculations nombreuses. Dans le fait suivant, la propagation contagieuse eut lieu indubitablement, mais le mal ne se propagea pas en dehors des limites d'un voisinage immédiat.

Un mousse, débarqué d'un steamer de Hambourg, fut reçu, le 12 août, dans une maison garnie de North-Shields. Pendant quelques jours, il avait présenté des symptômes cholériformes et il mourut du choléra confirmé quatre jours après son débarquement. Un jour avant la mort du jeune matelot, un bel enfant de trois ans, habitant la même maison garnie et qui avait été souvent dans la chambre du malade, fut pris des symptômes habituels du choléra et mourut le jour suivant. Le 17 août, la servante, jeune fille allemande qui avait soigné avec le plus grand dévouement le jeune enfant, ainsi que son compatriote le mousse, fut atteinte du choléra et mourut en huit heures. Six matelots convalescents de fièvre intermittente, un matelot blessé et les autres domestiques de la maison garnie ne présentèrent aucune atteinte cholérique. Ce qui donne une grande valeur au fait de contagion que nous venons de relater, c'est qu'avant l'arrivée du steamer de Hambourg il n'y avait eu à Shields aucun cas de choléra, et qu'il n'y en eut pas d'autres après les deux que nous venons de relater.

Après avoir exposé ces faits si intéressants pour tous ceux qui veulent étudier sérieusement le mode de développement du choléra, Babington poursuit ainsi : « On ne mit pas en pra- » tique les restrictions quarantenaires, la liberté du com- » merce ne fut nulle part interrompue en Angleterre; mais » toutes les provenances de Hambourg furent strictement » surveillées. Tous les navires dans lesquels on trouva qu'il y » avait eu des cas de choléra furent isolés des autres. On

(1) *Universally prevalent.*
(2) *Transact. de la Soc. épidémiol. de Londres.*

fectifs considérables et des détails infinis qui semblent contredire cet esprit antibelliqueux qui est un des caractères les plus saillants de la race chinoise. Mais nous avons recherché en vain dans les travaux de ces deux sinologues distingués le moindre point relatif au service de santé des armées : Quand un soldat tombe pendant le combat, il est voué à une mort certaine si la blessure est grave; car personne ne s'occupe de lui, et, quand la déroute a lieu, ceux qui restent sur le terrain sont sûrs de n'être pas épargnés par le vainqueur.

Dans l'histoire de la campagne, durant la rébellion des Tai-ping, Wilson raconte que, après la convention de Pékin, on offrit aux Chinois de rendre les prisonniers que les troupes anglaises avaient faits : Les mandarins répondirent : « Conservez-les, que voulez-vous que nous en fassions »?

Nous savons comment les prisonniers européens ont été traités pendant la dernière expédition franco-anglaise; les Chinois ne se traitent pas mieux entre eux.

Nous avons été nous-même témoin des horreurs que les rebelles ont commises en 1868. A Tien-Sin, le Peiho était jonché de cadavres attachés deux à deux et mutilés. C'était l'œuvre des Nien-Feï, dont les troupes impériales étaient parvenues à arrêter la marche sur Pékin. Ces rebelles, un instant maîtres d'une partie de la province, avaient jeté tous les cadavres dans le grand canal impérial, qui les avait fait refluer jusqu'à la ville de Tient-Sin. Sans les consuls étrangers qui forcèrent les autorités chinoises à s'occuper de ces corps, la populeuse cité de Tient-Sin eût été envahie par le typhus.

Nous avons consulté les descriptions du matériel de guerre, les dessins, les sculptures où sont représentés les combats; mais il nous a été impossible de rien découvrir qui se rapportât à l'objet dont nous occupons.

En conséquence, nous croyons pouvoir dire que l'organisation militaire de la Chine ne comporte pas de service de santé, et que les ambulances et hôpitaux militaires n'y existent pas.

E. MARTIN,
Médecin de la légation de France à Pékin.

» recommanda de rendre aussi peu fréquente que possible » leur communication avec le rivage. Comme ces mesures » n'entraînaient que peu d'inconvénients dans la pratique, on » les exécuta dans tous les cas. Les marins malades, arrivés » dans la Tamise, furent transportés sur le *Dreadnought*, et, si » les circonstances l'eussent exigé, d'autres vaisseaux-hôpitaux » pour le traitement des cholériques auraient été installés » immédiatement. Enfin, on conseilla aux autorités locales » des autres ports de la Grande-Bretagne de préparer des » locaux pour recevoir les pauvres passagers malades dénués » de ressources, et pour les marins attaqués de choléra ».

Ainsi que nous venons de le montrer, l'année 1859 vit se réaliser de toutes pièces, au nord de l'Europe, une *épidémie régionale* de choléra asiatique. Aucun trait ne manque au fléau, le nombre des cas dans certaines localités, la gravité dans beaucoup et la contagion du mal mise hors de doute par les faits d'importation qui eurent lieu à Shields, en Angleterre, et dans le Mecklembourg. En jetant maintenant un regard d'ensemble sur les événements que nous venons de relater, que voyons-nous? Le choléra venu au nord de l'Europe en 1848 y règne avec force cette année et l'année suivante, puis décline en 1850 et 1851, pour se rallumer de nouveau en 1852-1853-1854-1855. Les années 1856-1857-1858 marquent un nouvel apaisement de la maladie, le second depuis son introduction en 1847. Enfin, l'année 1859 nous montre une recrudescence nouvelle, la troisième depuis l'origine. Cette dernière irruption menace un moment de semer partout la contagion, comme la précédente; les germes sont évidemment transportés en Angleterre, et probablement aussi en France, mais ils y restent stériles ou localisés, ils ne se généralisent pas; il n'y a pas de dissémination : le mal ne se propage pas au delà de certaines limites. On est, de cette manière, conduit par l'étude des faits au cœur de cette intéressante question de la production des épidémies, et l'on découvre nettement qu'il ne faut pas uniquement un transport des principes morbides pour leur donner naissance et les généraliser partout.

Maintenant, pour terminer un sujet sur lequel nous n'avons retenu pendant si longtemps l'attention de nos lecteurs que parce qu'il était tout à fait neuf et inexploré jusqu'ici, nous dirons que l'année 1860 ne fut pas favorable au développement cholérique. Les matériaux de la contagion existaient partout dans le nord de l'Europe; la moindre flamme pouvait jeter en combustion toute la masse, comme en 1852. Cette flamme manqua, et en 1860 et 1861, contrairement à ce que l'on aurait pu supposer d'après les développements épidémiques de l'année 1859, le fléau ne se reproduisit pas sur place, ni dans des localités nouvelles.

D'après Milroy, il n'y eut en 1860 à Saint-Pétersbourg et dans certaines parties de la Finlande, que quelques cas de choléra. Griesinger (1) dit bien que la maladie régna à Saint-Pétersbourg et dans ses environs en 1860 et dans le printemps 1861; mais ces cas ne constituèrent pas une épidémie. En effet, M'Williams, dans un rapport sur les épidémies de l'année 1860-1861 (2), dit que Saint-Pétersbourg et les ports de la Finlande furent considérés à cette époque comme délivrés du choléra. De plus, Milroy dit que dans l'année 1861-1862, le choléra épidémique ne fut pas observé en Europe (3).

A ces données j'ajouterai, pour être aussi complet que possible, qu'au commencement de 1860, on observa en Islande un assez bon nombre de cas de choléra malin sporadique. Au printemps de l'année suivante, ces cas de choléra furent plus fréquents, mais ils ne sortirent pas de certaines localités habitées par de pauvres pêcheurs islandais (4).

La série des épidémies caractérisées de choléra se ferme donc à la fin de 1859 dans le nord de l'Europe; celle des cas sporadiques liés à ces épidémies n'était pas terminée encore en 1861 à Saint-Pétersbourg, et elle s'y prolongea probablement jusqu'en 1863 (1).

Ces faits n'ont pas besoin de commentaire. Maintenant que nous les avons mis en lumière et que nous les avons rapprochés des faits analogues, tout esprit droit et sincère pourra en tirer les conclusions voulues.

(1) *Loc. cit.*, p. 399.
(2) *Transac. Epid. Soc. of London*, vol. 1, part. III, p. 272.
(3) Même ouvrage, page 385 : Par ces mots : année 1861-1862, on entend probablement l'année de novembre 1861 à novembre 1862.
(4) Même ouvrage, p. 391.

(*La suite à un prochain numéro.*)

COURS PUBLICS

Thérapeutique.

Du traitement de la syphilis. — Méthode des traitements successifs. Leçon professée à l'hôpital de Lourcine par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté.

C'est au traitement de la syphilis que sera consacrée, Messieurs, notre dernière conférence de cette année.

Des opinions étranges, qui se sont récemment produites à propos du traitement de la syphilis, n'ont pu renverser ni même ébranler ce qu'avaient édifié sur ce point les observations et le labeur de près de quatre siècles.

La petite insurrection qui, de nos jours s'est élevée contre le mercure et, d'une façon plus générale, contre les méthodes thérapeutiques usuellement opposées à la syphilis, n'a rallié qu'un si faible nombre de prosélytes et n'a invoqué à son aide que des arguments si peu sérieux, qu'en vérité elle ne laissera pas de traces dans l'histoire de l'art. Le mercure, — pour ne parler que de lui actuellement, — a rencontré déjà bien d'autres oppositions plus sérieuses, bien d'autres ennemis plus redoutables. Au XVIe siècle, il a vu surgir contre lui le gaïac, le gaïac qui faillit se substituer à lui, et qui grâce à de puissantes adhésions médicales ou extra-médicales (2), parvint à l'effacer pour un temps. Dans notre siècle même, il s'est heurté à l'école physiologique, qui n'eut pas assez d'invectives contre lui, qui proclama sa déchéance et qui, pour quelques années du moins, réussit à le bannir de la pratique. Néanmoins il a survécu. Il a survécu grâce à l'expérience, grâce à l'observation, grâce surtout à ses indéniables vertus. Et n'ayez pas de crainte pour lui, en vérité. Quoi qu'on puisse dire de lui et contre lui, il survivra toujours, car c'est un grand et bienfaisant remède qui peut faire des ingrats et qui est de force à ne redouter ni les calomnies intéressées de quelques-uns, ni les injustes mais consciencieuses préventions de quelques autres.

Je pourrais donc à la rigueur, Messieurs, passer outre sur les accusations fulminées contre le mercure, comme sur certaines doctrines contemporaines relatives à l'évolution spontanée de la syphilis; car ce ne sont là (ne vous y abusez pas) que de très-vieilles choses, cent fois redites, cent fois réfutées, et qui n'ont guère besoin de réfutation nouvelle. Néanmoins, comme dans ces derniers temps l'opinion publique s'en est encore émue, comme ces erreurs du passé se sont reproduites et ont retenti à nouveau soit dans la presse, soit dans le monde médical, je crois devoir leur consacrer une partie de l'exposé qui va suivre.

Au lieu donc de vous entretenir d'emblée du traitement applicable à la syphilis, je discuterai devant vous au préalable s'il y a lieu de traiter cette maladie ou de l'abandonner à sa marche naturelle; et avant de vous dire comment on administre le mercure, j'examinerai s'il y a intérêt à le prescrire, s'il y a danger à l'introduire dans l'économie.

(1) Griesinger, *loc. cit.*, p. 451.
(2) Le livre célèbre du chevalier Ulrich de Hutten, ce vérolé légendaire du XVIe siècle, contribua certes plus que les écrits médicaux du temps à mettre le gaïac en honneur et à propager l'usage de ce nouveau remède, qui n'eut pas seulement un succès de mode, mais fut accueilli à l'origine par un véritable enthousiasme.

D'après ce qu'on a dit ou écrit dans ces derniers temps, il semblerait que la syphilis fût la plus simple et la plus bénigne des maladies. A entendre certains médecins de nos jours, on pourrait croire qu'elle est appelée à guérir d'elle-même, en vertu d'une tendance propre, et qu'il suffit d'aider hygiéniquement la nature à l'élimination spontanée de son virus. L'hygiène seule, aidée ou non de quelques toniques suivant les cas, serait toute-puissante; quant à une thérapeutique spéciale, quant à l'intervention de remèdes propres à agir directement sur la diathèse, quant à un traitement véritable de la maladie, tout cela serait ou illusoire ou superflu.

Je n'exagère rien, croyez-le. Lisez les récentes discussions soulevées à ce sujet, et vous trouverez imprimées des propositions telles que les suivantes, dont plusieurs, soit dit incidemment, sont contradictoires : « La vérole guérit seule, spontanément; — elle a, quoi qu'on fasse, une évolution fatale, une durée fatale; — les médications usuellement prescrites contre elle n'aboutissent ni à modifier, ni à atténuer ses manifestations; — c'est lui nuire même que de la traiter, car la traiter c'est troubler, c'est retarder son évolution naturelle, c'est l'empêcher de s'épurer spontanément; — abandonnée à sa marche normale, la vérole est bénigne et elle n'aboutit quelquefois à des accidents graves qu'en raison des traitements perturbateurs qu'on lui a opposés; — les symptômes tertiaires ne sont pas à craindre, parce que d'une part ils sont très-rares alors qu'on a eu le bon esprit de permettre à la diathèse de s'épuiser, de «s'épurer naturellement» par des manifestations secondaires sans gravité, et parce que, d'autre part, on possède contre eux un spécifique certain; — le prétendu modificateur par excellence de la syphilis, le mercure, est non-seulement inerte, parce qu'il ne guérit ni les accidents de la maladie, ni la maladie, mais de plus dangereux en ce qu'il ajoute à une intoxication son intoxication propre, etc., etc.; — enfin, l'expectation, l'expectation pure et simple, aidée d'une hygiène convenable et de quelques agents toniques au besoin, est la méthode la plus rationnelle et la plus sûre qu'il convienne d'opposer à la syphilis primitive et secondaire, voire même (un de mes collègues me le répétait encore ces derniers jours) voire même à la vérole tertiaire! »

Toutes ces propositions, au point de vue pratique, se résument en ceci : Faut-il ou ne faut-il pas traiter un malade syphilitique? Y a-t-il ou non intérêt pour lui à être traité?

Eh bien, pour répondre au problème ainsi posé, voyons quels risques court ce malade du fait de sa maladie. On nous dit que la syphilis est une affection bénigne, qui guérit seule et à laquelle l'expectation suffit. A merveille! Mais examinons la question en détail, allons au fond des choses, et précisons nettement la situation faite à un malade qui vient de contracter la vérole. A quels dangers, en somme, est-il exposé? Dressons, si je puis ainsi parler, son bilan pathologique d'avenir, bilan sinon certain et inévitable, du moins éventuel et possible.

Que peut avoir ce malade? Quels accidents est-il susceptible de présenter un jour ou l'autre? Et ces accidents sont-ils de nature à ce qu'il y ait pour lui urgence ou avantage à se traiter?

Ce qu'il peut avoir, ce sont d'abord des accidents sans gravité réelle, mais qui ne laissent pas, pour quelques-uns du moins, d'être assez désagréables (ne serait-ce que par ce fait qu'ils sont visibles et compromettants), à savoir : syphilides cutanées, très-variées comme forme; — syphilides muqueuses, assez gênantes, — engorgements ganglionnaires; — alopécie, onyxis, etc.

Ce sont, en second lieu, des manifestations déjà bien moins acceptables, en ce qu'elles sont pénibles, douloureuses, très-douloureuses même pour quelques-unes d'entre elles : Angines; — céphalée; — douleurs syphilitiques diverses avec exacerbations nocturnes; — insomnie; — myosalgies; — arthralgies; — ténosites; — périostites; — névralgies, etc., etc.

La perspective seulement possible de tels accidents ne suffirait-elle pas déjà à légitimer l'opportunité d'une intervention thérapeutique? Mais patience! car nous voici en regard actuellement d'un troisième ordre de lésions, et celles-ci bien plus sérieuses, en ce qu'elles intéressent et peuvent compromettre des organes importants. A ne citer que les plus communes, nous trouvons dans ce groupe : les affections oculaires (iritis, choroïdite, rétinite), susceptibles d'altérer la vision et même de l'éteindre; — les sarcocèles, pouvant amener la désorganisation, la disparition d'un testicule, des deux testicules, et conduire à l'impuissance; — les syphilides gommeuses, qui trop souvent ouvrent ou détruisent le voile du palais, pour laisser à leur suite une double infirmité révoltante; — les paralysies (paralysies oculaires, paralysie faciale, hémiplégie, paraplégie); — les ostéites, les caries, l'ozène, l'affaissement et la perte du nez, etc.; — sans parler encore de la possibilité des transmissions héréditaires et de l'introduction de la vérole au foyer de la famille.

Est-ce tout? Non encore. Ouvrons un recueil d'anatomie pathologique, nous y verrons figurer nombre de lésions *fatales* imputables au seul fait de la syphilis. Multiples et variées, en effet, sont les causes de *mort* dans la vérole : mort par lésions hépatiques (cirrhose, hépatite gommeuse); — mort par lésions des méninges; — mort par gommes cérébrales, encéphalopathies spécifiques; — mort par lésions de la moelle (et celles-ci bien plus communes qu'on ne le croit en général); — mort par exostoses crâniennes ou vertébrales; — mort par lésions des reins; — mort par lésions du larynx ou du poumon; — mort par lésions, plus rares, de différents organes, œsophage, rectum, etc.; — mort par consomption et cachexie progressive, etc., etc. — Et j'en oublie.

Telles sont en abrégé, Messieurs, les conséquences possibles de la vérole; telle est la perspective qui s'ouvre devant le malade qui vient de contracter la contagion.

Et l'on a osé appeler bénigne une maladie susceptible d'aboutir à de tels symptômes! Bénigne une maladie si chargée d'accidents de tout genre; bénigne une maladie à anatomie pathologique aussi riche et aussi variée! Et l'on a osé proposer aux sujets affectés de ce mal de s'abandonner à l'expectation, de «*laisser aller les choses*», d'attendre en patience les résultats possibles d'une telle infection sans chercher à s'en prémunir! En vérité, c'est à n'y pas croire.

Ah! supposez pour un instant, Messieurs, en face du tableau que je viens de vous esquisser à grands traits, un malade récemment contaminé. Supposez-le envisageant pour son propre compte l'interminable série des accidents de la vérole, et demandez-lui s'il pense qu'il y ait intérêt pour lui à essayer par un moyen quelconque de se prémunir contre de telles éventualités, ou s'il préfère attendre de sa maladie ce qui peut en résulter. Que vous répondra-t-il, juge intéressé? C'est qu'à aucun prix il n'entend rester sous le coup d'un mal aussi grave; c'est qu'il lui semblerait dérisoire de ne pas chercher à se protéger; c'est qu'il est fermement résolu à essayer de tous les remèdes, de tous les médecins, de toutes les médecines, pour se guérir; c'est, en un mot, qu'il veut *se traiter* et qu'il se traitera.

Et nous-mêmes, Messieurs, nous médecins, pour être mieux éclairés que ce malade sur la nature et les risques de la syphilis, raisonnerions-nous autrement que lui si nous venions à être affligés de son mal? Non, certes. C'est qu'en effet au-dessus de tous les systèmes, au-dessus de toutes les théories, il y a le simple bon sens qui dit à chacun : Quand on a la vérole il fait bon de s'en défaire, et il peut être imprudent de la conserver.

Mais ici interviennent quelques-uns de nos adversaires pour nous dire : Sans doute vous auriez raison de vous effrayer et de vouloir traiter vos malades si toujours et invariablement la vérole aboutissait aux conséquences que vous venez de signaler; mais il y a vérole et vérole. Il est des véroles *fortes* et graves;

il est des véroles *faibles* et bénignes. Traitez vos malades s'ils ont une vérole forte, vous pouvez avoir quelque raison de le faire; mais ne les traitez pas s'ils ont une vérole faible, car dans ce cas votre traitement a pour le moins le tort d'être superflu.

Soit, répondrons-nous, voilà qui déjà est plus sage. Mais avez-vous les moyens de vous prononcer d'*emblée* sur la qualité d'une vérole? Possédez-vous quelque élément d'appréciation pour porter un pronostic d'avenir sur un cas donné de syphilis? Pouvez-vous assurer à l'avance que tel malade sera rudement éprouvé par la diathèse et tel autre relativement épargné? Si vous êtes en mesure d'instituer ce diagnostic *prévisionnel* sur des bases véritablement sérieuses, nous pourrons consentir à ne pas traiter ceux de nos malades sur lesquels vous pronostiquerez une vérole bénigne, car nous ne les traitons pas par plaisir, nous ne cherchons à agir qu'au mieux de leurs intérêts; mais soyez bien assurés en revanche qu'avant de les livrer aux dangers de l'expectation, nous exigerons de vous plus que des données prévisionnelles hypothétiques et vagues; il nous faudra pour eux des garanties sérieuses, reposant sur une certitude scientifique, étayées sur un ensemble d'observations de longue haleine et pleinement faites pour imposer la conviction. Sinon, nous devrons à nos malades et à nous-mêmes de les traiter.

Or, Messieurs, possédons-nous aujourd'hui, dans l'état actuel de nos connaissances, un critérium absolu ou même un critérium de probabilité qui nous permette de préjuger de l'avenir d'une vérole, qui nous autorise à dire : Telle vérole sera assurément bénigne, et telle autre sera grave? Toute la question est là.

Quelques médecins — comme vous le savez déjà — se sont efforcés de trouver les éléments d'un diagnostic prévisionnel de la syphilis dans certains caractères de l'accident primitif et des premières poussées qui lui succèdent. C'est de la sorte, ainsi que je vous le disais dans une de nos dernières réunions, qu'on s'est cru autorisé à formuler les propositions suivantes : la vérole faible est celle qui succède à la contagion d'un accident secondaire, celle qui débute par une érosion superficielle, légèrement indurée, celle qui s'annonce à la période secondaire par des poussées éruptives bénignes, celle qui procède ensuite par des poussées d'ordre toujours bénin et chronologiquement espacées les unes des autres, etc.; — la vérole forte, inversement, se préjuge à ce qu'elle dérive d'un chancre comme accident de contagion, à ce qu'elle prélude par un chancre ulcéreux, fortement induré, à ce que sa première poussée consiste en des éruptions croûteuses et suppuratives, à ce que ses poussées ultérieures se succèdent à courts intervalles, ou affectent les mêmes caractères.

Ces divers signes, ces prétendus éléments d'un diagnostic prévisionnel de la vérole, nous les avons longuement étudiés ensemble il y a quelques jours, et de leur étude il est resté ceci pour nous : c'est qu'aucun d'eux n'a de valeur sérieuse. Aucun d'eux ne permet de préjuger l'évolution future d'un cas de syphilis donné, aucun d'eux n'autorise le médecin à prédire une vérole forte ou une vérole faible, une vérole bénigne ou une vérole grave.

Dans ces conditions, comment serions-nous autorisés à dire à tel malade : « Traitez-vous, car vous avez tout à craindre, » et à tel autre : « Ne vous traitez pas, vous n'avez rien à redouter? ». Dire cela serait prophétiser à l'aventure. Et, dans l'espèce, promettre à un malade une vérole bénigne, à jamais bénigne, serait lui donner une consolation dangereuse, une sécurité dont il pourrait bien se repentir quelque jour; disons le mot, ce serait le tromper à ses dépens. Et ne pas le traiter, l'abandonner aux hasards d'un avenir inconnu, ce serait le laisser exposé à des dangers graves sur la foi de données incertaines et d'assurances illusoires.

Au total donc, nous manquons d'éléments de certitude ou même de probabilité pour formuler *ab ovo*, dans un cas particulier, le pronostic d'avenir d'une syphilis. Et puisqu'il en est ainsi, la plus simple prudence nous oblige à nous tenir en garde *dans tous les cas*, à conseiller dans tous les cas un traitement propre à atténuer, s'il est possible, les effets de la diathèse dans le présent et l'avenir.

Voilà ce que dit le simple bon sens; voilà aussi, n'en doutez pas, en dépit de toutes les théories, de toutes les subtilités des faiseurs de systèmes et de lois, ce que confirment l'observation et l'expérience.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

FERMENTATIONS. — M. *Fremy* lit un mémoire, dont une partie, tout expérimentale, mérite d'être reproduite :

Orge. 1re expérience.—Le but de cette expérience a été d'étudier dans quelles conditions se forment les différents ferments que l'orge peut produire, et surtout de constater que la levûre sort du grain d'orge même.

J'introduis dans un flacon 100 grammes d'orge germée; je lave cette orge à plusieurs reprises avec de l'eau distillée, je la mets ensuite en contact avec de l'eau sucrée : le flacon est maintenu à la température de 25 degrés.

La liqueur fermente rapidement : les fermentations alcoolique et lactique se produisent simultanément : souvent même la fermentation butyrique se manifeste.

Les grains d'orge se gonflent : il en sort une infinité de petits grains de levûre qui sont entraînés et extraits de l'intérieur de l'orge par des bulles d'acide carbonique : lorsque la fermentation s'arrête, on l'excite de nouveau en remplaçant le liquide alcoolique et acide par une nouvelle eau sucrée : on peut recommencer ainsi l'expérience jusqu'à ce que les grains d'orge soient en quelque sorte vidés. La levûre qui sort des grains d'orge et qui rend la liqueur laiteuse présente les caractères chimiques de la levûre lactique.

Dans cette expérience on assiste donc en quelque sorte à la production d'une levûre organisée : on voit chaque grain de levûre sortir de l'intérieur de l'orge : comment admettre, dans ce cas, l'influence des germes atmosphériques qui pénétreraient l'eau pour s'introduire dans chaque grain d'orge : n'est-il pas évident que c'est le grain d'orge lui-même qui, sous l'influence de l'eau sucrée et de l'air, produit les grains de levûre qui arrivent dans le liquide?

2e expérience. — 30 grammes d'orge germée concassée sont introduits dans un ballon contenant de l'eau sucrée : le col du ballon est effilé puis recourbé plusieurs sur lui-même, d'après les indications de M. Pasteur, de manière à arrêter tous les organismes qui pourraient exister dans l'air.

Je fais bouillir pendant trois quarts d'heure le liquide du ballon, de manière à tuer tous les organismes qui pourraient se trouver à l'extérieur et à l'intérieur des grains d'orge : j'expose ensuite l'appareil à une température de 30 degrés; au bout de quelques jours le liquide entre en fermentation, des gaz se dégagent : on trouve dans la liqueur de l'alcool et de l'acide lactique; la surface du liquide se recouvre d'une sorte de membrane gélatineuse.

Dans cette expérience, l'influence des germes atmosphériques ne peut pas être invoquée; c'est bien le grain d'orge qui, même après la coction, a pu former encore des ferments.

Levûre de bière. 3e expérience.—Pour éclairer les questions qui se rapportent à la génération des ferments et démontrer qu'ils ne dérivent pas de germes spéciaux, il m'a paru intéressant de prouver qu'un ferment alcoolique organisé, comme la levûre de bière, pouvait donner naissance à un autre ferment, lors-

qu'on faisait varier la composition du milieu fermentescible.

J'ai partagé de la levûre de bière fraîche en deux poids égaux : j'ai introduit l'un dans de l'eau sucrée, et l'autre dans de l'eau sucrée avec addition de craie : les deux liquides ont été laissés pendant le même temps à la température de 30 degrés; le premier a produit la fermentation alcoolique, tandis que le second a donné naissance à une fermentation lactique bien caractérisée : j'ai fait cristalliser facilement le lactate de chaux contenu dans la liqueur.

Cette expérience me paraît contredire les idées de M. Pasteur fondées sur la production des ferments organisés dérivant de germes spéciaux, puisqu'un même ferment, la levûre de bière, peut à volonté donner la fermentation alcoolique ou la fermentation lactique.

Lait. Le lait se prête parfaitement aux expériences les plus variées sur les fermentations, car il peut produire, comme tout le monde le sait, les fermentations alcoolique, lactique, butyrique et acétique, et il ne se coagule pas par l'ébullition.

4e expérience. — J'ai d'abord reproduit, avec le lait, l'expérience que j'avais faite avec la levûre de bière : j'ai obtenu avec ce liquide des fermentations différentes en faisant varier simplement la réaction chimique du milieu.

J'ai introduit dans trois flacons des quantités égales du même lait : le premier flacon contenait du lait pur; le second du lait sucré; le troisième du lait sucré avec addition de carbonate de chaux. Ces trois flacons ont été exposés à une température de 30 degrés.

Le premier flacon a présenté la fermentation lactique simple; le second, la fermentation lactique et alcoolique; le troisième, les fermentations alcoolique lactique et butyrique. Comment expliquer, dans les théories de M. Pasteur, ces trois ferments différents produits, suivant les circonstances de l'opération, par un même liquide, le lait?

5e expérience. — Du lait sucré est introduit dans un ballon à col recourbé, maintenu à l'ébullition pendant un quart d'heure, puis abandonné dans l'étuve à 30 degrés : le liquide entre en fermentation dès le second jour : on trouve de l'alcool et de l'acide lactique dans la liqueur.

6e expérience. — La même expérience est répétée avec du lait contenant du carbonate de chaux : on retrouve dans le liquide, après la fermentation, des quantités abondantes de lactate de chaux.

M. Pasteur ne pourra plus ici faire jouer un rôle aux germes atmosphériques, car ils sont arrêtés par les courbures du col du ballon. En continuant l'expérience, pendant un certain temps, j'ai trouvé dans le liquide une forte proportion d'acide butyrique. Or on sait que, d'après M. Pasteur, la fermentation butyrique serait produite par des animaux.

Leurs germes ne résistent pas à la température de l'eau bouillante, ils ne peuvent pas pénétrer dans un ballon à col recourbé : comment M. Pasteur expliquera-t-il la fermentation butyrique dans les conditions que je viens d'indiquer?

Pensant qu'on me dirait peut-être que, dans les expériences précédentes, par une chaleur de 100 degrés, je n'avais pas tué les germes des ferments alcoolique, lactique et butyrique, j'ai introduit du lait dans des tubes effilés et recourbés, j'ai fait bouillir le liquide pendant un quart d'heure; l'air étant chassé des tubes, je les ai bouchés pendant l'ébullition du liquide, puis exposés pendant une heure à une température de 100 à 115 degrés, je les ai ouverts ensuite au moment où leur température était encore au-dessus de 100 degrés, et je les ai soumis à 30 degrés pendant quelques jours : dans tous ces liquides, la fermentation lactique s'est manifestée et le lait est devenu acide.

Moût de raisin. 7e expérience.—J'ai soumis les grains de raisin aux opérations suivantes : 1° j'ai retiré la pulpe extérieure du raisin, je l'ai grattée intérieurement et lavée avec le plus grand soin; 2° j'ai réuni sur un linge les membranes intérieures du grain que j'ai également lavées; 3° en pressant la pulpe sur un linge fin, j'ai obtenu un jus trouble; 4° ce suc trouble, filtré à plusieurs reprises sur des filtres doubles, a donné un liquide absolument clair. Ces quatre parties du grain de raisin ont donné lieu aux observations suivantes :

J'ai reconnu que la pulpe extérieure du grain et les membranes intérieures se comportent à peu près de la même manière, lorsqu'on les introduit dans de l'eau sucrée à une température de 30 degrés.

Elles déterminent la fermentation du sucre, mais avec une certaine lenteur; elles forment de l'alcool et d'autres corps que j'étudie en ce moment : elles dégagent un mélange d'acide carbonique et d'hydrogène : j'attribue leur action, comme ferment, à la substance protoplasmatique ou hémiorganisée, qui s'est déposée au contact de l'air et qui est restée adhérente aux membranes.

De tous les éléments du grain de raisin, le suc trouble que l'on obtient en filtrant grossièrement, sur un linge très-fin, le raisin écrasé, est celui qui fermente avec le plus de rapidité; mais ici se présentent plusieurs questions intéressantes.

Quelle est la partie de ce suc qui produit la fermentation? Le ferment se trouve-t-il dans le liquide ou dans le corps insoluble? Quelle est l'action de l'air sur cette liqueur?

J'ai constaté d'abord que l'air paraît agir immédiatement sur le suc de raisin; il augmente le trouble qui s'y trouvait et le réunit bientôt sous la forme d'un coagulum abondant.

Le liquide, filtré à plusieurs reprises, s'éclaircit complétement.

Considérant au microscope le précipité qui s'est produit à l'air, et faisant abstraction des tartrates insolubles et cristallisés qui s'y trouvent, j'ai vu qu'il était formé par un corps azoté, présentant comme une trame d'organisation incomplète. J'ai reconnu, en outre, que ce précipité faisait entrer en fermentation, soit le suc de raisin, soit l'eau sucrée.

Quant au suc éclairci par l'exposition à l'air et les filtrations successives, j'ai constatat qu'il perdait ses facultés fermentessibles à mesure qu'il devenait plus limpide, et qu'un suc absolument clair pouvait rester un mois dans l'étuve sans éprouver de fermentation; tandis que le même suc fermente en douze heures lorsqu'il est trouble ou qu'il peut se troubler à l'air.

Dans les idées de M. Pasteur, qui admet que le moût de raisin ne fermente que lorsqu'il reçoit de l'air le germe du *Mycoderma vini*, comment peut-on comprendre d'abord la puissance fermentescible du précipité que forme le moût de raisin et ensuite l'inertie du moût filtré?

Décomposition des corps organiques par l'action des moisissures. — Mes observations ont porté sur les moisissures produites par l'acide tartrique, le citrate de magnésie, la décoction de noix de galle, les eaux de lavage du noir animal des raffineries, le péricarpe des poires, le moût de bière et le moût de raisin.

8e expérience. — Avant de soumettre les moisissures aux épreuves de la fermentation, je les ai examinées avec soin au microscope, pour ne pas m'exposer au reproche que m'a adressé M. Pasteur, de négliger dans mes recherches les observations microscopiques.

J'ai reconnu que les moisissures étaient formées tantôt par des cellules isolées de grosseur et de forme différentes, comme les spores du *Penicillium glaucum* ou du *Mycoderma vini*, tantôt par des tubes transparents et filamenteux, contenant dans leur intérieur des grains organisés comparables à ceux qui constituent la levûre de bière.

Lorsque l'on comprime légèrement ces tubes dans l'eau, ils se vident en partie et laissent sortir dans le liquide une quantité abondante de ces grains organisés. J'ai recueilli ces grains; comme on récolte la levûre de bière, et j'ai étudié leur action sur les liquides fermentescibles. Il est résulté de mes observations que tous ces grains organisés sont de véritables ferments, dont l'action varie suivant leur origine et les organismes qui les ont produits, et qu'ils peuvent donner surtout les fermentations lactique et butyrique.

Cette observation me paraît bien difficile à expliquer dans les idées de M. Pasteur.

En effet, que soutient notre confrère? c'est que les fermentations alcoolique, lactique et butyrique sont produites par des germes atmosphériques que l'air sème dans des milieux fermentescibles qui servent simplement de nourriture à ces germes.

Et moi, observant le développement d'une moisissure qui se produit par exemple dans l'acide tartrique, je vois apparaître dans le liquide, d'abord des tubes incolores qui se remplissent bientôt de petits grains organisés; ces grains grossissent, prennent de la couleur et de la densité; bientôt ils sortent de leur enveloppe tubulaire, s'épanchent dans le liquide *et sont devenus alors de véritables ferments.*

— MM. *Dumas* et *Balard* se réservent d'examiner ultérieurement la valeur des expériences de M. Fremy.

Ophthalmoscopie. — M. *Sichel* fils adresse la description et le dessin d'un nouvel ophthalmoscope, permettant à deux observateurs d'examiner simultanément le fond de l'œil d'un même sujet.

Cet appareil diffère surtout de celui de MM. Wecker et Roger, qui a été présenté à l'Académie le 4 avril 1870, par l'emploi d'un seul prisme rectangle, agissant par réflexion totale. L'observateur principal, celui qui doit faire la démonstration, reçoit directement une partie des rayons réfléchis par un miroir concave, au travers d'une ouverture, comme dans les ophthalmoscopes ordinaires. Un second observateur reçoit une autre partie de ces mêmes rayons, déviés par le prisme qui empiète en partie sur cette ouverture. (*Comm. :* MM. Fizeau, Nélaton, Larrey.)

Phylloxera. — M. *Tissot* adresse une note relative aux ravages du *Phylloxera vastatrix.* (Renvoi à la commission nommée.)

Choléra. — M. *Netter*, M. *Funkhouser*, adressent des communications relatives au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Nègres brachycéphales. — *De l'existence de nègres brachycéphales sur la côte occidentale d'Afrique.* Note de M. *E.-T. Hamy.* — Après quelques considérations historiques, l'auteur arrive à l'époque où le docteur Lartigue rapporta du Gabon sa *note sur le Camma.* Un des deux nègres qu'il avait mesurés au Fernand-Vaz, lors de la courte expédition du *Pionnier*, en 1868, et dont nous calculions récemment les *indices* d'après les chiffres annexés à son mémoire, donnait l'indice 80, jusqu'à présent inconnu chez les noirs d'Afrique.

Ce nègre, âgé de vingt-cinq ans, était un Camma né aux bords de la rivière Fernand-Vaz. Il nous souvint alors que M. du Chaillu avait rapporté de ces parages un lot considérable de crânes humains au *British Muséum*, et que le professeur Richard Owen avait brièvement décrit cette riche collection. Nous avons calculé les indices céphaliques d'après les diamètres publiés par M. R. Owen, et nous avons trouvé que, contrairement à ce que l'on avait observé jusqu'ici parmi les nègres d'Afrique, les formes brachycéphales ne sont pas rares au Fernand-Vaz.

Sur 93 crânes, en effet, recueillis par M. du Chaillu, 66 seulement sont dolichocéphales, 14 sont mésocéphales; c'est-à-dire présentant une forme intermédiaire à la dolichocéphalie, 11 sont sous-brachycéphales, et ont, par conséquent, un indice céphalique supérieur à 80, 2 enfin sont franchement brachycéphales, et leur indice se chiffre par 84,24.

Fermentation. — M. *Meunier* communique des résultats expérimentaux contraires à la principale expérience de M. Pasteur.

L'expérience dont il s'agit est celle des matras à col recourbé. Je rappellerai que je l'ai répétée naguère (*Comptes rendus*, t. LXI, p. 1060), en employant le ballon même de M. Pasteur, et l'un des liquides indiqués par lui, l'urine, que j'ai fait bouillir pendant cinq minutes, ce qui est le double du temps qu'il juge nécessaire (*Comptes rendus*, t. L, p. 851). Trois ballons ainsi traités en septembre ont donné respectivement, après neuf, douze et cinquante-quatre jours : les deux premiers, de nombreuses populations d'animalcules, et le dernier une végétation abondante. Or, de deux choses l'une : ou les produits que j'ai obtenus proviennent de germes apportés par l'air, cas dans lequel les ballons à col sinueux n'ont pas la propriété d'arrêter les germes atmosphériques, ou cette propriété est réelle, et alors l'expérience actuelle conclut pour la génération spontanée.

Régulateur thermostatique. — M. *J. Jeannel* adresse la description d'un « régulateur thermostatique à gaz ». Ce nouvel appareil paraît, dit l'auteur, offrir sur ceux de Steling et de Bunsen cet avantage, qu'il permet de régler les températures supérieures à celles de l'ébullition du mercure, aussi bien que les températures voisines de celle de l'atmosphère, parce que les parties délicates qui agissent sur le courant de gaz peuvent être éloignées du milieu chauffé.

— M. *Milne Edwards*, à la suite de cette communication, rappelle que, depuis plusieurs années, M. Alphonse Milne Edwards a établi dans le laboratoire de zoologie du Muséum un appareil régulateur pour le chauffage des couveuses qui me semble avoir beaucoup d'analogie avec celui de M. Jeannel.

Académie de médecine.

Séance du 13 février 1872. — Présidence de M. Barth.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département de l'Yonne. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit une lettre de M. le président de la Société protectrice de l'enfance, qui annonce que la séance générale annuelle de cette Société aura lieu, dimanche prochain, 18 février, à une heure précise, dans le grand amphithéâtre des Arts et-Métiers.

M. *Vulpian* présente, de la part de M. le docteur *Jackson* (de Boston), le Catalogue descriptif du Musée d'anatomie pathologique de cette ville.

M. *Richet* présente un ouvrage sur les blessures d'armes à feu, par M. le docteur *Louis Vaslin* (d'Angers).

L'Académie doit-elle prendre une part collective et s'associer, par une intervention directe, au mouvement patriotique qui se produit de toutes parts, en France, pour l'entière délivrance du territoire?

Cette question, soumise aux délibérations du Conseil d'administration, nous paraît avoir reçu la solution la plus convenable, la plus sage, la plus conforme à l'indépendance des membres de l'Académie et à la dignité du Corps médical.

Voici en quels termes M. le *président* fait connaître les résolutions du Conseil :

« Le Conseil a d'abord décidé, à l'unanimité, qu'il n'y avait pas lieu, pour l'Académie, de souscrire comme Corps. Il a décidé ensuite, également à l'unanimité, qu'il n'y avait pas lieu d'inviter les membres de l'Académie à prendre part à une souscription spéciale du Corps médical, celle-ci ayant été jugée inopportune et de nature à être plus nuisible qu'utile à la souscription générale. Il a paru préférable de s'en tenir à l'organisation adoptée de comités formés dans les communes, les cantons, les arrondissements, les départements, et reliés à un comité central siégeant à Paris. Chaque membre du Corps médical peut souscrire dans son comité respectif.

» L'Académie doit se borner à faire un chaleureux appel aux sentiments patriotiques des médecins de France, en les invitant à participer à la souscription nationale, chacun dans la mesure que comporte sa position sociale.

» Enfin, les membres du Corps médical sont invités à employer toute leur influence pour faire réussir cette souscription. Déjà plusieurs femmes de médecins, sur l'initiative de madame Jeannel, ont commencé à travailler à cette grande

œuvre de la libération du sol. Un pareil exemple mérite d'être suivi, et trouvera certainement de nombreux imitateurs. »

Répartition de l'atropine dans la feuille et la racine de belladone. — Sous ce titre, M. *Lefort*, candidat pour la section de pharmacie, communique la deuxième partie d'expériences dont il a déjà fait connaître à l'Académie les premiers résultats.

L'année dernière, l'auteur avait indiqué la proportion d'atropine contenue dans la feuille de belladone récoltée dans des conditions diverses; aujourd'hui, il s'occupe exclusivement de la racine de cette plante récoltée également dans des conditions très-différentes.

Le premier effet des recherches de M. Lefort est de montrer qu'une racine âgée de sept à huit ans renferme presque moitié moins d'atropine qu'une racine ayant deux à trois années seulement de végétation.

Depuis longtemps on préfère pour la préparation de l'atropine la racine de Suisse ou d'Allemagne à la racine de France, parce que la première fournit plus d'alcaloïde que la seconde; M. Lefort a cherché la cause de cette préférence, et il a trouvé qu'elle provient de la manière dont on fait la récolte de la racine; ainsi, tandis que la racine exotique est récoltée à l'âge de deux à quatre ans au plus, la racine indigène, au contraire, est récoltée sans aucune distinction de durée de végétation.

Toutes ces considérations l'amènent à conclure que la médecine a, en général, plus le droit de compter sur la fixité de composition de la feuille que sur celle de la racine de belladone.

M. Lefort annonce qu'il fera connaître dans un autre mémoire le moyen d'isoler toute l'atropine de la feuille de belladone, afin d'exonérer la France du tribut qu'elle paye à l'étranger à l'occasion de l'importation de la racine de cette plante.

Prix Barbier. — M. *Hardy* lit le rapport sur le concours du prix Barbier, pour l'année 1870.

Parmi les travaux, assez nombreux, présentés pour ce concours, il en est trois qui paraissent avoir mérité plus particulièrement les suffrages de la Commission. C'est d'abord un mémoire M. Ciniselli (de Crémone) sur le traitement de l'anévrysme de l'aorte par la galvanopuncture; puis une observation de M. le docteur Ducloux (de Sainte-Marie-aux-Mines), relative à une fistule uretéro-utérine, guérie par la suture métallique; enfin, la relation d'une épidémie de typhus exanthématique pétéchial, en Algérie, par un auteur dont le nom, enveloppé dans un pli cacheté, ne sera révélé qu'en comité secret. A propos de ce dernier travail, M. Hardy fait ressortir la ressemblance qui existe entre l'épidémie algérienne et le *relapsing fever*, ou fièvre à rechutes, des auteurs anglais.

Vaccine. — M. *Depaul* dépose sur le bureau le rapport général concernant le service des vaccinations, en France, pendant l'année 1869. Dans l'impossibilité où il est de lire ce document volumineux, le rapporteur se borne à en signaler les traits principaux. Il mentionne notamment la découverte d'un horsepox spontané faite en septembre 1869, par un médecin et un vétérinaire du département du Calvados, et les nombreuses expériences d'inoculation pratiquées, en cette circonstance, avec le virus équin sur des génisses et sur des vaches. Ces inoculations ont toujours donné naissance au cowpox chez les animaux de l'espèce bovine, et le liquide de ce cowpox, inoculé à des enfants, a produit, à son tour, de belles éruptions vaccinales. Le horsepox n'est pas rare, à ce qu'il paraît, dans l'arrondissement de Caen. M. Depaul croit devoir signaler ce fait à l'attention des médecins et des vétérinaires, afin qu'ils sachent bien qu'il leur sera possible désormais, au moyen du horsepox, de reproduire le cowpox à volonté et à profusion.

M. le rapporteur expose ensuite le compte rendu sommaire du service vaccinal de l'Académie, en 1869, où nous voyons qu'il a été pratiqué 35 350 vaccinations, distribué 9836 plaques de vaccin, 983 tubes, et chargé 3222 lancettes. Sur 1546 revaccinations de militaires, il y a 1013 résultats connus, à savoir : 242 succès, 146 cas incertains, et 624 insuccès, ce qui donne, en définitive, comme succès, une proportion de 23,88 pour 100.

M. Depaul étant à la tribune et y parlant de vaccine, il fallait bien s'attendre à voir M. *Jules Guérin* demander la parole pour la riposte. Mais M. Depaul a paré habilement le coup en abritant son rapport derrière la commission de vaccine.

A quatre heures et demie, comité secret. Lecture, discussion et adoption des conclusions des rapports de prix. Rapport de M. Mialhe sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. Débats orageux et disputes homériques entre pharmaciens et chimistes à propos de deux candidatures. A qui la victoire? Nous le saurons mardi prochain.

A. Linas.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance (paralysie infantile), par MM. Henri Roger et Damaschino. — 51 pages, chez Delahaye (1).

Il s'agit ici de cette forme particulière de paralysie infantile dont la première monographie complète a été publiée en 1840 par le docteur Heine (de Cannstadt) et sur laquelle MM. Rilliet et Barthez ont, les premiers en France, attiré l'attention en 1843. Ces deux derniers auteurs considéraient alors la maladie comme essentielle, et ne se reliant à aucune lésion appréciable; combattant sur ce point l'opinion de Heine, qui attribuait la paralysie à une congestion du système nerveux central, suivie d'un épanchement rapide de sérosité dans le canal rachidien.

MM. Roger et Damaschino donnent en quelques pages l'historique de la question. Les recherches de MM. Cornil et Laborde, 1863-1864, avaient démontré qu'il existait dans cette maladie une lésion des cordons antéro-latéraux, qu'ils assimilaient à une sclérose, tout à fait analogue à celle que présentent les cordons postérieurs dans l'ataxie locomotrice.

En 1865, M. Prévot (Société de biologie) signala des lésions atrophiques de la corne antérieure grise et des faisceaux blancs correspondants.

Les Archives de Physiologie de 1870 contiennent deux observations, l'une de MM. Charcot et Joffroy, l'autre de MM. Parrot et Joffroy, dans lesquelles les mêmes lésions sont signalées, ainsi que des altérations de la névroglie et des vaisseaux.

MM. Roger et Damaschino, dont les recherches remontent à 1868, ont ajouté trois observations complètes à celles que nous venons d'énumérer. Ces observations, qui ne laissent rien à désirer au double point de vue clinique et anatomo-pathologique, fixent désormais la véritable nature de la paralysie spinale de l'enfance.

Rappelons en deux mots que cette affection singulière, propre à la première enfance, est caractérisée par son invasion brusque, la rapidité avec laquelle elle atteint son maximum d'intensité et d'étendue, pour diminuer aussitôt et se circonscrire à des groupes de muscles ou même à un seul muscle, et s'y perpétuer indéfiniment, entraînant une atrophie et des difformités consécutives également incurables.

C'est surtout à la description des lésions anatomiques que le travail de MM. Roger et Damaschino est consacré. Dans les trois observations qui en font la base, la lésion médullaire est toujours identique, malgré des variétés tenant au siége ou au degré d'évolution du processus morbide. Cette lésion siége dans la substance grise et dans les cordons antéro-latéraux.

L'altération de la substance grise est la plus importante.

(1) Communiqué par M. Damaschino à la Société de biologie (7 octobre 1871).

Elle est localisée dans les cornes antérieures, et son siége correspond toujours au centre d'innervation de la partie paralysée ou atrophiée. Elle se caractérise par un ramollissement occupant en hauteur l'étendue verticale des renflements spinaux correspondants et variant en largeur de 1 à 2 millimètres. Quand la lésion est récente, le foyer offre une teinte rosée due au développement des vaisseaux. A l'œil nu, l'altération de la moelle passerait souvent inaperçue. Il faut y regarder de près pour constater l'atrophie des racines antérieures et le ramollissement circonscrit dans une étendue très-limitée.

Les lésions révélées par le microscope se rangent sous trois chefs : 1° l'altération des vaisseaux; 2° la présence de corps granuleux et de noyaux; 3° l'atrophie des éléments nerveux.

Les capillaires sont développés, leur paroi épaissie avec accumulation de noyaux conjonctifs autour des artérioles. On constate en outre à l'intérieur de la gaîne lymphatique un amas de corps granuleux assez abondants en certains points pour former au vaisseau une sorte de manchon qui apparaît à la coupe sous forme d'anneau entourant son calibre.

L'hyperplasie des noyaux conjonctifs dans les cornes grises est un phénomène constant. Ces noyaux, arrondis ou ovoïdes, renferment deux ou trois nucléoles et s'accumulent comme les corps granuleux autour des vaisseaux malades.

L'atrophie des éléments nerveux atteint les cellules et leurs prolongements ainsi que les tubes nerveux des racines antérieures qui traversent les cornes de la substance grise.

Les cellules sont inégalement atteintes; elles sont d'autant plus malades que les foyers sont plus étendus. Elles deviennent granuleuses. Le noyau et le nucléole s'effacent, les prolongements disparaissent et, à un certain degré d'altération, la cellule est à peine reconnaissable.

L'atrophie porte également sur les tubes nerveux qui traversent les cornes antérieures pour aller concourir à la formation des racines motrices. Les cylindres d'axe diminuent, ainsi que l'enveloppe de myéline. Les cordons blancs antéro-latéraux participent à l'atrophie.

Partout où cette atrophie se montre, on retrouve un épaississement considérable des cloisons conjonctives, une véritable sclérose d'autant plus marquée que la maladie est plus ancienne.

C'est en s'appuyant sur les lésions ainsi constatées que les auteurs du mémoire concluent à la nature de l'affection spinale. Ils repoussent l'idée d'une hémorrhagie médullaire primitive, dont ils n'ont jamais retrouvé les traces, même dans une autopsie pratiquée à deux mois de date du début de la maladie.

Un ramollissement ischémique, par lésion vasculaire, leur paraît également improbable. Ils n'ont, en effet, constaté dans aucune autopsie l'oblitération des vaisseaux. Tous les capillaires sont perméables. D'ailleurs l'hyperplasie du tissu conjonctif n'est pas en rapport avec le processus habituel de l'ischémie.

C'est à l'idée d'une myélite, affectant surtout la substance grise antérieure, qu'ils se rallient. La richesse des réseaux capillaires, le développement des noyaux de la névroglie, les lésions des parois vasculaires, sont plus en rapport avec les produits habituels d'une phlegmasie.

MM. Roger et Damaschino résument leur travail dans les conclusions suivantes :

1° L'altération caractéristique de la paralysie infantile est une lésion de la moelle dont l'atrophie des nerfs et des muscles est la conséquence.

2° Cette lésion siége plus particulièrement dans la portion antérieure de la substance grise, où elle se montre sous forme de foyers ramollis.

3° Ce ramollissement est de nature inflammatoire, et la maladie est une myélite.

4° La paralysie infantile doit être appelée : *paralysie spinale* de l'enfance.

Quatre belles planches lithographiques ajoutées au mémoire permettent de suivre la description des lésions, dont les moindres détails sont représentés avec une parfaite exactitude.

Nous n'avons pas insisté sur les lésions musculaires, bien qu'elles aient été soigneusement étudiées à l'occasion de chaque cas observé. Ces lésions consistent en un mélange d'atrophie simple, de dégénérescence granuleuse et d'altération granulo-graisseuse proprement dite. Elles ont été décrites depuis longtemps et sont parfaitement connues.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine de Paris. — Un deuil et une joie viennent d'entrer en même temps à la Faculté. Jeudi, au moment où MM. les professeurs étaient réunis pour la nomination à la chaire vacante de physiologie, la nouvelle est arrivée de la mort de M. le professeur Laugier. On a procédé au vote, et M. Béclard a été élu professeur de physiologie à l'unanimité des suffrages.

Académie de médecine. — Nous recevons de M. le Secrétaire annuel de l'Académie la lettre suivante :

« Paris, 15 février 1872.

» AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

» Le Conseil de l'Académie de médecine, dans sa séance du 12 décembre 1871, a résolu de mettre fin à la convention passée avec la maison Baillière pour la publication des *Bulletins* et des *Mémoires* de la compagnie. Réclamée depuis longtemps par un grand nombre de nos Collègues, cette décision, qui n'était que l'exercice d'un droit, a été prise à l'unanimité.

» Des plaintes d'une nature grave, et dont MM. Baillière se gardent de parler dans la brochure qu'ils distribuent, nous avaient été adressées. Une enquête minutieuse a été ouverte; MM. Baillière ont été mandés devant le Conseil; leurs explications ne nous ont pas satisfaits. Nous sommes rentrés en possession de nos *Bulletins* et de nos *Mémoires*, et nous en avons confié à d'autres la publication, tout en profitant de la circonstance pour introduire dans ces publications des améliorations considérées depuis longtemps comme nécessaires.

» MM. Baillière jugent convenable aujourd'hui de mettre le public médical dans la confidence de ce qu'ils appellent leurs *Relations avec l'Académie de médecine*. Cette confidence qui intéresse médiocrement le public et que personne ne leur demandait, je pourrais la rectifier et surtout la compléter; mais je ne veux rien ajouter, parce que j'aime à croire que ces Messieurs n'ont pas suffisamment réfléchi à leur imprudence.

» Agréez, je vous prie, monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments confraternels.

» *Le Secrétaire annuel :* Jules Béclard. »

SOUSCRIPTION POUR LA LIBÉRATION DU TERRITOIRE. — NOMINATION D'UN PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Les rédacteurs en chef des journaux de médecine de Paris se sont réunis chez M. le docteur Caffe, aux fins de délibérer sur les deux questions suivantes :

« 1° De l'opportunité d'ouvrir dans les journaux une souscription pour la libération du territoire.

» 2° Du choix d'un candidat à la présidence de l'Association générale des médecins de France. »

Sur la première question, la réponse a été négative; on est seulement convenu que les médecins devaient se faire un devoir d'user de leur influence auprès des familles pour propager et encourager l'œuvre de la délivrance.

Sur la seconde question, on s'est accordé à reconnaître à tout journal comme à tout médecin le droit de proposer un candidat à la présidence de l'Association; mais une action commune de la presse n'a pas paru nécessaire.

Dans ces deux décisions, la réunion a fait preuve de sagesse.

Si nous avions à porter un jugement de fond sur la souscription pour la libération du sol, nous dirions qu'elle est de celles dont un esprit prévoyant doit redouter le succès. La sortie, en masse ou par échéances à courts délais, de la moitié seulement de la somme à payer à l'Allemagne serait, dans les circonstances actuelles, le signal d'une crise financière, et par suite, industrielle et commerciale, dont l'effet pourrait être de nous mettre plus à la discrétion de l'étranger, même libérés, que nous ne le sommes aujourd'hui. La sortie de la somme entière serait un désastre immédiat. Or, une telle fin, on en conviendra, serait pire encore que l'occupation transitoire de quelques départements; et, puisque c'est le patriotisme qui s'émeut en ce moment, il y aurait plutôt lieu à demander un généreux effort de patience et d'abnégation aux départements détenus qu'à demander à la France de se ruiner pour quelques départements, par un acte qui les ruinerait comme les autres. Les termes de payement fixés dans l'acte additionnel au traité de paix ont eu précisément pour but de prévenir la catastrophe que le succès complet de la souscription ne manquerait pas d'amener.

En fait, on peut tenir cette éventualité comme chimérique. Le vrai danger est au contraire que le produit de la souscription ne réponde pas à la grandeur du but; et, puisque ce danger n'est plus à créer, puisque la chance en est ouverte, nous sommes d'avis que tout citoyen concoure, dans la mesure de ses forces, à le conjurer par un sacrifice personnel. La responsabilité morale du pays est engagée. Mais cette responsabilité, qui peut être, en fin de compte, désagréable à porter devant l'opinion, pourquoi la presse, pourquoi le corps médical en assumerait-il une part spéciale et détachée? Que le médecin stimule ses clients comme le commerçant ses pratiques, on n'y saurait trouver à redire; que les dames s'en mêlent, soit encore; mais une action concertée de la presse, mais des comités masculins, féminins ou mixtes, nous n'en voudrions à aucun prix, parce que, après avoir exercé une action commune, il faudra rendre un compte commun, et que, précisément, un appel particulier de la presse n'aura jamais tant risqué de n'être pas entendu que dans les circonstances présentes. Combien comptera-t-on de médecins des départements qui, pouvant verser leur offrande entre les mains d'un collecteur *ad hoc* de la localité, prendront la peine de l'envoyer, par lettre chargée, à un journal de médecine ou à Madame la présidente d'un comité? La souscription fermée, il faudra pourtant bien faire son addition; et la maigre somme qu'on aura recueillie, témoignage partiel et très-restreint du patriotisme médical, passera naturellement, aux yeux du public de France, aux yeux de nos confrères de l'étranger pour en être l'expression exacte et totale. C'est à quoi, pour notre part, nous refuserions de nous prêter, et c'est ce que l'Académie de médecine n'a pas non plus voulu appuyer de son autorité (voy. le compte rendu de la séance).

Quant à la question concernant le choix d'un candidat à la vice-présidence de l'Association générale, n'étant pas de celle qui touche aux *intérêts collectifs* des journaux de médecine, on ne voit pas pourquoi elle serait, de leur part, le sujet d'une délibération commune. Le vrai caractère et la vraie utilité des journaux est dans la diversité même de leurs couleurs; leur vrai rôle est de prêter des voix aux opinions mêlées du public. Essayer de les ranger toutes sous un même drapeau en présence de questions professionnelles ou scientifiques controversables, n'engageant ni leurs intérêts propres, ni leurs droits, ni leurs devoirs, c'est aller contre la nature des choses. Dans ces questions là, l'intéressé, c'est le Corps médical; et c'est uniquement comme membres eux-mêmes du corps médical, et *non comme corporation*, que les écrivains de la presse ont à offrir leur intervention. Au corps médical donc de se réunir, de délibérer, de prendres des résolutions communes; aux journaux de médecine de se faire les organes des opinions et des tendances qu'ils partagent; d'inciter même le corps médical au mouvement, de provoquer telle agitation ou d'ouvrir telle perspective qu'il leur plaira, mais toujours dans une indépendance absolue les uns des autres, avec le seul guide de leurs lumières et sous la seule inspiration de leur conscience.

Nous nous persuadons que si les rédacteurs des journaux scientifiques renouvelaient l'expérience de semblables réunions, ils se convaincraient bientôt qu'ils n'en peuvent tirer d'utilité que dans les limites plusieurs fois indiquées par la Gazette hebdomadaire, et c'est pour n'en être pas sorti que le syndicat de la presse médicale a pu rendre tout récemment quelques services.

Eaux minérales. Association de délégués. — Les délégués des villes d'eaux, réunis à Paris dans le but de solliciter du gouvernement le rétablissement des jeux publics réglementés, ont profité de leur séjour pour traiter cette question.

Ils viennent de constituer un syndicat dont la première mission est de s'adresser aux communes et aux particuliers directement ou indirectement intéressés dans ces questions, et de leur proposer de former une association générale des eaux minérales, des bains de mer et des stations d'hiver de France.

» Une violente et cruelle rupture avec une nation riche en eaux minérales et qui dépensait, pour attirer chez elle nos nationaux, tous les moyens d'une active publicité et toutes les séductions de ses banques de jeux, est pour nous un avertissement de ce que nous avons à faire. »

Le syndicat provisoire de l'Association, dont nous souhaitons la prompte formation, se compose de MM. le docteur Davat, maire d'Aix-les-Bains, président; Archambault, propriétaire des bains de Pierrefonds; Dumoret, maire de Bagnères-de-Bigorre; docteur Jaulerry, maire de Biarritz; Bulot, adjoint au maire de Vichy; Touzet, maire d'Enghien; Mottet, fermier des eaux de Marlioz et délégué d'Aix; Noël, délégué d'Arcachon, et Germond de Lavigne, secrétaire du syndicat.

— Un cas d'inhumation précipitée vient, dit le Secolo de Milan, de se présenter à Belgiojoso. La mort apparente avait eu lieu au cours d'une variole, à la suite de l'administration de narcotiques violents.

Légion d'honneur. — Ont été promus dans l'ordre national de la légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. le docteur Hubert, médecin en chef des hospices de Laval (Mayenne); le docteur Perrochaud, médecin en chef de l'hôpital maritime de Berck (Pas-de-Calais); Beylot (Jean-Joseph), médecin principal de 2e classe des hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de chevalier : MM. Millet (Charles), médecin-major de 2e classe au 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Servel (Jean-Eugène-Alfred), médecin aide-major dans la garde mobile de la Loire; Zuber (César), médecin aide-major à la 2e légion de la garde mobile d'Alsace et Lorraine.

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 22 février 1872.

LETTRE CHIRURGICALE A M. LE DOCTEUR NOTTA, chirurgien en chef de l'hôpital de Lisieux.

RUPTURE DES ARTÈRES RADIALE ET CUBITALE. EXAMEN DES BOUTS SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS. — REMARQUES CRITIQUES SUR LA CONTRACTION DES VAISSEAUX BLESSÉS ET SUR LES CAILLOTS INTRA-VASCULAIRES.

Mon cher collègue,

Vous êtes, parmi les auteurs modernes, l'un de ceux qui ont étudié avec le plus de soin les phénomènes de l'oblitération des artères. Vos recherches anatomiques et expérimentales sont justement estimées, et je les ai souvent consultées avec fruit. Cependant, je me sépare quelque peu de vous sur certains points en ce qui touche particulièrement les causes de la forme et de l'étendue du caillot et le rôle que joue la contractilité artérielle. Ces légères dissidences m'ont donné l'idée de vous adresser la lettre chirurgicale présente et de vous provoquer sur ce terrain. Je serais heureux de vous voir reprendre le scalpel et la plume pour m'éclairer sur les points en litige. En confirmant ou en modifiant vos opinions premières, vous aurez toujours rendu service à notre science.

OBSERVATION. — Un charretier, âgé de trente ans, de petite taille, robuste et bien portant, entra à l'hôpital Lariboisière le 5 septembre 1870, à huit heures du soir.

A deux heures de l'après-midi, étant en état d'ivresse, il avait été renversé par sa voiture dont la roue passa sur l'avant-bras gauche. Il en résulta une large plaie avec attrition des muscles, fracture comminutive des deux os, issue des fragments, en un mot désordres tels que l'amputation fut jugée indispensable. Elle fut pratiquée le lendemain 6 septembre, à dix heures du matin, et porta sur le point le plus élevé de l'avant-bras.

Le pouls radial ayant disparu et la plaie intéressant le bord cubital de l'avant-bras, je pensai que les artères avaient été divisées par la violence. Je jugeai donc l'occasion favorable pour étudier l'état de ces vaisseaux au niveau de leur section.

Sans révéler de fait nouveau, cet examen m'a cependant permis de contrôler quelques opinions classiques sur l'oblitération primitive et spontanée des artères et sur le rôle que jouent dans ce phénomène la paroi vasculaire et le sang. La dissection fut faite à onze heures, vingt et une heures après l'accident, trente minutes après l'amputation.

J'ai eu d'abord quelque peine à retrouver les vaisseaux au milieu de l'infiltration sanguine générale, dont la région contuse était le siége. Cependant j'ai constaté la rupture de l'artère cubitale à un centimètre environ de l'os pisiforme et de la radiale à un niveau un peu plus élevé.

Artère cubitale. (Je donne la description minutieuse des quatre bouts qu'on pourra suivre sur les figures 1 et 2. AC). Les deux bouts ne sont plus en rapport; l'inférieur est resté en place, le supérieur a été projeté en dehors et flotte librement dans le foyer de la plaie; il est accompagné de ses deux veines satellites, mais proémine d'un centimètre au delà, ce qui prouve, pour ces derniers vaisseaux et la gaîne commune, une rétraction beaucoup plus grande. Ainsi isolé, le moignon artériel se termine par une extrémité obtuse, surmontée d'un léger renflement olivaire, long de 8 millimètres environ et d'une coloration bleuâtre. Immédiatement au-dessus, l'artère reprend la coloration d'un blanc rosé, telle qu'elle existe sur le cadavre pour les artères vides; elle est cylindrique et donne au toucher la sensation d'un cordon résistant; à 3 centimètres environ de l'extrémité libre, on trouve une légère dilatation et une coloration bleuâtre dans l'étendue de 7 à 8 millimètres; une petite collatérale naît au niveau de la partie supérieure de cette partie colorée.

L'artère au-dessus reprend sa forme cylindrique et sa coloration pâle dans l'étendue de 15 millimètres environ. Au delà elle est aplatie, affaissée sur elle-même, ne résiste plus sous le doigt, et renferme du sang fluide qu'on déplace aisément par de douces pressions. En résumé, trois régions distinctes de bas en haut : 1° La région terminale, *tr*, renflée, bleuâtre, longue de 8 millimètres ; 2° la région cylindrique, *rs*, contractée, vide

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

Au commencement de la triste année 1870, on s'occupait activement en France de l'examen de diverses modifications à apporter aux lois et règlements qui régissent l'organisation de l'enseignement de la médecine. La question, forcément demeurée en litige, est de nouveau l'objet des préoccupations de la presse, des corps enseignants, de tous les médecins enfin, qui souhaitent et demandent un certain nombre de réformes, nécessaires, on peut ajouter indispensables, pour maintenir notre pays à la place qu'il a si longtemps occupée dans le monde savant.

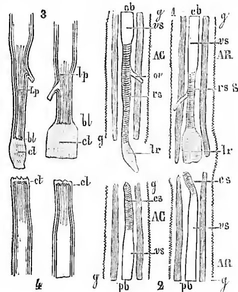
Avant d'arrêter quelles peuvent être les modifications que l'on est en droit d'espérer, et qu'il faudra sans doute réclamer avec instance, la connaissance de ce qui existe ailleurs paraît absolument nécessaire et peut apporter un utile contingent de lumières dans le débat. J'ai donc réuni, avec quelques notes de voyages, un ensemble de documents et de renseignements qui vont être mis sous les yeux des lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, grâce à la bienveillante hospitalité qui nous est offerte. Notre intention est d'exposer successivement quel est l'état actuel de l'enseignement et de l'exercice de la médecine en Danemark, en Italie, en Espagne, en Portugal, en Russie, en Hollande, en Angleterre, etc., et nous terminerons par la Belgique et l'Allemagne, beaucoup mieux connues chez nous, grâce à des rapports constants ou à des publications récentes, sur lesquelles cependant nous aurons à revenir, parce qu'elles ne sont plus rigoureusement exactes quant aux détails. Nous dirons aussi quelques mots de la médecine aux États-Unis.

Dans les notes qui vont suivre, je serai très-sobre d'approbations ou de critiques. Je compte me borner à une relation,

en apparence, longue de 35 millimètres; 3° la région aplatie et demi-vide de l'artère, *vs*.

La section longitudinale du vaisseau faite avec précaution du centre vers l'extrémité libre montre les modifications du sang dans ces trois régions.

Dans le segment n° 3, le sang est fluide. La circulation s'y faisait sans doute librement. Les segments 2 et 1 sont au contraire



occupés par un caillot continu, filiforme à son origine, renflé en *rs* et envoyant un prolongement dans la collatérale *ov*, filiforme de nouveau, renflé enfin en massue au voisinage de la rupture. Bien que remplissant exactement dans toute son étendue la cavité vasculaire, ce caillot est libre de toute attache à la paroi dans tout le segment moyen; au contraire, dans le segment renflé, il y adhère si intimement qu'on ne peut l'en détacher que par le raclage avec le dos du scalpel.

La paroi elle-même étalée à plat (fig. 3) offre les caractères suivants : dans le segment supérieur, elle est tout à fait normale; dans le segment moyen, elle présente à sa face interne des rides longitudinales, *lp*, qui indiquent son resserrement concentrique. Dans le segment terminal, *ct*, elle est réduite exclusivement à la membrane externe. Celle-ci est même si mince au voisinage de l'extrémité, que dans l'étendue de 2 millimètres on pourrait croire que le caillot est tout à fait à nu, tandis qu'en réalité il est partout enveloppé.

La coloration si nettement accusée en ce point est précisément due à ce que le caillot n'est recouvert que par une enveloppe très-ténue et par conséquent translucide. La rupture des tuniques internes et moyenne a lieu à l'union des segments au point *bl*. Elle est nette, perpendiculaire à l'axe, très-légèrement dentelée, sans la moindre trace de décollement.

Artère radiale (fig. 1 AR). Les deux bouts sont en contact; sans doute le défaut d'écartement est dû à la persistance d'une portion de la gaîne que la déchirure a respectée. La description que nous venons de donner du bout supérieur de la cubitale s'applique rigoureusement à la radiale. On reconnaît également trois segments, l'un terminal, renflé en roseau, réduit à la tunique externe distendue par un caillot très-adhérent; le deuxième, cylindrique, contracté, renfermant un caillot filiforme, libre, long de 18 millimètres; le troisième, aplati et renfermant du sang liquide. En résumé, pour ces deux bouts supérieurs, même mode de rupture des tuniques, même retrait des membranes interne et moyenne, même prolongement de l'externe, même renflement terminal régulièrement enveloppé, même contraction, même forme cylindrique dans l'étendue de plusieurs centimètres, même relâchement à une certaine distance de la rupture, même obturation terminale complète par un caillot très-adhérent à la tunique externe, et incomplète plus haut par un caillot flottant, filiforme, remontant vers le cœur jusqu'aux limites de la contraction artérielle.

Faisons maintenant l'examen des bouts périphériques (fig. 2).

Artère cubitale. Ce vaisseau et ses veines satellites sont restées au même niveau; on a d'abord quelque peine à les distinguer au milieu d'une infiltration sanguine qui occupe la gaîne dans une étendue de plus de 1 centimètre. Le sang enlevé à l'aide d'un filet d'eau et d'une dissection minutieuse, on retrouve les trois vaisseaux juxtaposés dans leurs rapports normaux, l'artère ne présente aucun renflement terminal, son orifice est entouré par les débris affaissés de la tunique externe, débris irréguliers, frangés de 1 millimètre à peine de longueur (fig. 4, *ct*). Le vaisseau est arrondi, cylindrique dans l'étendue de 15 millimètres; plus loin il est aplati et renferme du sang fluide; fendu longitudinalement avec le plus grand soin, il ne présente *dans sa partie rétractée aucune trace de caillot.*

Artère radiale. Dispositions principales exactement semblables. Au premier abord, j'avais cru que l'artère était remplie par un caillot renflé, mais je pus bientôt reconnaître que cette apparence était due à un amas de sang placé entre la veine collatérale externe et l'artère, occupant la place de cette dernière, qu'il déviait et refoulait en dedans. Le vaisseau était contracté dans l'étendue de 8 millimètres environ. Son orifice n'était pas obturé, mais seulement rétréci, de façon à n'admettre qu'avec peine l'extrémité d'un fin stylet de trousse.

---

aussi succincte que possible, de ce qui existe chez nos voisins, préférant laisser à ceux de mes confrères que la question préoccupe le soin d'apprécier ce qui peut être emprunté ou, au contraire, ce qui doit être rejeté; quitte à terminer, à l'aide d'un résumé général, par la comparaison des faits consignés dans le cours de ce travail. Je réserve enfin, pour un mémoire spécial, ce qui concerne plus spécialement l'assistance publique dans les divers pays où j'ai pu étudier son rôle et son fonctionnement.

Danemark.

Notre étude sur le Danemark a déjà été publiée en 1870 dans l'Opinion médicale, journal de notre excellent confrère le docteur Roubaud, qui avait bien voulu accueillir cette série d'articles. Malheureusement les événements terribles de 1870 ont arrêté la publication de l'Opinion médicale, comme de beaucoup d'autres feuilles scientifiques. Je crois devoir rappeler ici les points les plus importants et les plus originaux de la jurisprudence médicale danoise, renvoyant quant aux détails à la collection du journal précité ou au tirage à part (*Note sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Danemark.* Paris, Joubert, 1870, in-18, 36 pages). Je consignerai en même temps quelques rectifications et divers renseignements complémentaires qui n'ont pas été insérés, la guerre étant survenue.

Il y a, avons-nous dit, deux titres en Danemark, le médecin (*kandidat*) et le docteur; mais le premier représente la presque universalité des médecins du pays, et le second est réservé pour ceux qui aspirent à l'enseignement et à des fonctions administratives élevées; cependant on peut être professeur de la Faculté de Copenhague sans être docteur, en vertu d'une ordonnance royale rendue sur la proposition du ministère des cultes et de l'instruction publique, dont dépend l'Université. Ce sont, il est vrai, de rares exceptions, les professeurs étant ordinairement élus à la suite d'un concours. Le jury de ce concours est composé de sept membres : quatre professeurs

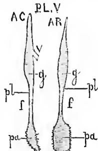
Même absence complète de caillot intérieur.

Résumons les détails qui précèdent :

1° La contraction des parois artérielles est manifeste sur les quatre bouts, mais plus étendue sur les supérieurs. On ne peut savoir rigoureusement quand elle a commencé et quand elle aurait cessé. On constate seulement qu'elle persistait encore vingt et une heures après la rupture vasculaire.

2° Les bouts inférieurs ne renferment ni sang fluide, ni caillot dans la partie contractée ; la cavité est tout à fait effacée par le rapprochement concentrique de la paroi ; les orifices, devenus punctiformes, ne sont point obturés.

3° Il en est tout autrement des bouts supérieurs ; on y retrouve les dispositions décrites dans les auteurs classiques à propos des ruptures par agents contondants ; les membranes ayant cédé à des niveaux différents, le tube artériel, près de son extrémité est réduit à sa tunique externe ; plus haut il est complet. La lumière du vaisseau est occupée par du sang coagulé jusqu'aux limites supérieures de la portion contractée.



Le caillot, fig. 5, bien que continu dans toute son étendue, présente deux régions distinctes. Dans la première, il est volumineux, distend la paroi et y paraît intimement soudé ; dans la seconde, il est plus grêle et loin de représenter en diamètre la capacité possible du vaisseau. Ces différences d'adhésion et de volume tiennent précisément à la constitution différente de la paroi et traduisent le rôle respectif des éléments anatomiques qui la composent. Là où manque la couche contractile, le caillot s'est développé jusqu'à distension maximum de la celluleuse. Plus haut, la tunique musculaire a entravé son accroissement. Là où manque la tunique interne, le caillot s'est solidement soudé; plus haut, il est resté libre, quoiqu'en contact intime avec la face interne du vaisseau.

4° La collatérale émanant de la cubitale à 30 millimètres environ de sa section n'a nullement influé sur la limitation supérieure du caillot, étant elle-même obturée par un appendice de celui-ci.

— Ces faits anatomiques sont de nature à porter quelque lumière sur plusieurs points importants, savoir : sur l'hémostase primitive, les hémorrhagies secondaires, le rôle de la contractilité artérielle et les formes variées qu'affectent les caillots intra-vasculaires.

Les conclusions que j'en vais tirer ne sauraient être généralisées que si des recherches ultérieures démontraient la constance ou au moins la fréquence des dispositions indiquées plus haut; aussi, jusqu'à plus ample informé, je ne les donne qu'avec réserve.

Le mécanisme de l'hémostase a été différent pour les deux bouts; pour l'inférieur, la contractilité artérielle a seule agi; pour le supérieur, le caillot terminal a rempli le rôle le plus important; l'occlusion a donc été purement dynamique dans le premier cas, dynamique et mécanique dans le second. Or, n'est-il pas permis de trouver dans cette différence l'interprétation d'un fait avéré, mais mal expliqué jusqu'à ce jour et qui *à priori* semble illogique, je veux parler de la fréquence extrême des hémorrhagies secondaires par le bout inférieur. Le sang venu du cœur heurte incessamment le caillot terminal, mais celui-ci, grâce à son adhérence intime et au concours que lui prête le rétrécissement du vaisseau et peut-être aussi la portion libre du caillot, résiste à l'impulsion et contient l'ondée sanguine. Pour le bout périphérique, l'infériorité de la résistance est manifeste. La contractilité est un phénomène temporaire; qu'elle vienne à cesser et le sang revenu par les anastomoses ne trouve plus d'obstacles à son issue.

Quant au fait même de l'absence du caillot dans le bout inférieur, l'explication se déduit aisément des notions physiologiques; une artère divisée en travers n'admet plus de sang dans son tronçon périphérique; dès lors la contractilité n'ayant plus à lutter contre la pression sanguine, s'exerce en toute liberté, et chassant vers les capillaires le sang qu'elle renferme encore, efface complétement la lumière du vaisseau.

Cette action péristaltique du tronçon périphérique est un corollaire de la loi posée en physiologie, et en vertu de laquelle les artères se vident d'elles-mêmes quand elles ne reçoivent plus le sang venu du cœur.

Si l'on prenait à la lettre la loi susdite, l'interruption du cours du sang dans un tronc artériel, dans la fémorale par exemple, amènerait la contraction de ce vaisseau et de ses branches jusqu'aux capillaires, et par conséquent l'absence du sang rouge dans tout le membre inférieur, d'où le sphacèle inévitable. Comme la pratique ne justifie pas cette conclusion, il est clair que la contraction artérielle a des limites au delà desquelles le sang remplit de nouveau les conduits vasculaires; or ces limites n'ont point été précisées jusqu'ici, c'est pourquoi je crois bon de fournir les quelques données que j'ai pu recueillir.

Nous avons déjà vu que, sur les bouts périphériques des artères radiale et cubitale, la contraction artérielle variait

---

de la Faculté et trois membres de la Société de médecine. Quant à l'enseignement libre, le diplôme de docteur donne le droit en Danemark d'ouvrir des cours privés, mais une autorisation peut être aussi accordée à des *kandidat* non docteurs. Il n'y a donc en réalité qu'un seul titre, avec cette nuance que pour se livrer à la pratique des accouchements il faut un stage à la Maternité, stage que l'on doit subir après avoir été reçu *kandidat*. Ce n'est pas après deux ans d'études, temps évidemment insuffisant, mais *quatre*, que l'étudiant danois peut être reçu médecin, et les deux séries d'examens peuvent être séparées par un intervalle de *trois* ans, et non de deux, chiffre aussi imprimé par erreur. Cet intervalle de trois ans est en réalité trop considérable, mais la loi le permet, jusqu'à présent du moins. Le jury d'examen se compose, comme je l'ai dit, de trois membres : deux professeurs de la Faculté et un médecin choisi en dehors de la Faculté et élu par le Collége de santé, dont j'ai défini plus loin les attributions. Une malencontreuse transposition de lignes a rendu inintelligible le passage relatif au temps de service des chirurgiens-médecins de la Maternité. Il faut lire que l'interne logé et le chef de clinique sont nommés pour un an avec prolongation d'un an pour le second; le chirurgien-adjoint pour trois ans, et le chirurgien en chef, qui est toujours professeur de la Faculté, pour un temps illimité. Enfin, j'ai commis une erreur involontaire en disant que les médecins en chef des hôpitaux étaient choisis par l'État parmi les docteurs seulement; cela se trouvait exact pour l'hôpital que je visitais, mais non pour les autres, et j'ai mal interprété la réponse du confrère danois qui m'accompagnait. Ainsi que je l'ai fait remarquer dans mon article, les hôpitaux du Danemark ne relèvent pas tous de l'Assistance publique, comme chez nous; les uns sont le résultat de subventions de l'État et de donations particulières, les autres appartiennent aux villes, etc., et cela influe sur le mode de nomination du personnel médical hospitalier. Dans tel hôpital, à peu près exclusivement subventionné par l'État, ce sera la direction de l'hôpital qui choisira les médecins; dans l'hôpital

entre 15 et 8 millimètres. La même pièce m'a permis d'examiner les bouts artériels créés par l'amputation et soustraits par le fait à l'abord du sang. Voici ce que j'ai constaté quelques minutes après l'opération.

Ayant mis à nu l'artère cubitale à partir de la surface d'amputation, et dans l'étendue de 6 centimètres, je la trouvai contractée, cylindrique, absolument vide de sang dans les 3 centimètres supérieurs; au-dessous, elle était plus large, aplatie, affaissée, à moitié remplie de sang fluide. Je découvris alors l'artère radiale et reconnus les mêmes dispositions. Ayant jeté de nouveau les yeux sur la cubitale, je fus surpris de voir la portion inférieure, qui, quelques minutes auparavant, était flasque et remplie de sang, devenue à son tour cylindrique et tout à fait vide. La contraction s'était donc étendue de haut en bas, et propagée même de quelques millimètres à la portion du vaisseau non encore découverte par la dissection. Je fis les mêmes constatations sur la radiale; bref, ayant ainsi mis à découvert, et par segments successifs, les deux artères, je les vis sous mes yeux se métamorphoser de haut en bas en cordons cylindriques et expulser leur contenu.

J'ai répété les mêmes expériences sur les artères d'une jambe amputée au tiers inférieur. L'examen a commencé dix à douze minutes après la chute du membre. J'ai retrouvé la même contraction, la même vacuité, la même forme cylindrique dans l'étendue de 15 à 20 millimètres à partir de la plaie; plus loin, le même aplatissement des vaisseaux à demi remplis par du sang fluide. J'ai dénudé les artères et j'ai observé les phénomènes de contraction successive, beaucoup moins réguliers et moins énergiques, toutefois, que dans le cas précédent. Cela s'explique peut-être par la vigueur moindre du sujet affaibli par une tumeur blanche datant de longtemps, et aussi par l'état anatomique de la gaîne infiltrée de produits d'exsudation, comme tous les éléments péri-articulaires.

De ces faits, je conclus provisoirement, — que le bout inférieur des artères divisées en travers se contracte et se vide dans une étendue variable; — que cette contraction paraît provoquée par l'irritation traumatique et par l'action de l'air (1); — qu'elle varie en énergie suivant l'état du sujet et l'état anatomique des tissus ambiants.

Je reconnais la nécessité de multiplier les recherches dans cette direction avant d'admettre, comme constantes, la contraction et l'expulsion totale du sang dans le bout inférieur. Je n'ignore pas, en effet, que maintes fois on a trouvé un caillot dans ce bout; je ferai remarquer, toutefois, que cette constatation a été faite surtout à la suite de ligature dans la continuité des artères, alors qu'il n'est guère possible de savoir à quel moment précis s'est fait le coagulum.

Nous avons beaucoup moins de documents cliniques ou expérimentaux sur les sections artérielles abandonnées à la nature; car, lorsqu'on décrit l'état des membranes vasculaires à la suite des arrachements des membres ou des ruptures par contusion, on ne s'occupe guère que du bout cardiaque. Outre que la contraction peut cesser plus ou moins vite, j'admets qu'elle peut manquer tout à fait ou être remplacée même par un état tout à fait opposé, je veux parler de la paralysie vasculaire. C'est là un point de vue tout nouveau et qui pourrait, de son côté, expliquer encore certaines hémorrhagies secondaires plus ou moins précoces par le bout périphérique.

Brown-Séquard et quelques auteurs qu'il cite, Prompt, Moreau, Teillais, ont remarqué que la ligature d'une artère, au lieu d'amener l'ischémie de l'organe alimenté par elle, pouvait être suivie d'une congestion qu'ils attribuent à la paralysie des vaso-moteurs due à la lésion de ces nerfs dans les manœuvres de la ligature (1). Or, cette section des nerfs vasculaires est presque inévitable dans les plaies qui divisent un vaisseau en travers et doit abolir la contractilité dans le bout inférieur, d'où la possibilité de l'issue facile du sang par ce bout ou de la formation d'un caillot dans son intérieur (2).

A la vérité, la constatation de la contraction des vaisseaux sur des membres entièrement détachés du tronc semble prouver que cette propriété est soustraite à l'action directe du système nerveux, mais la contradiction n'est qu'apparente. La contractilité des artères, comme celle de toutes les fibres musculaires lisses, peut entrer en action par le seul fait d'une excitation mécanique, physique ou chimique; mais après avoir duré un certain temps, elle s'épuise et ne peut renaître qu'avec le concours du système nerveux. L'occlusion active d'un vaisseau privé de ses nerfs vaso-moteurs n'est donc, sans doute, que temporaire.

Si la contraction des parois artérielles joue un rôle évident dans l'hémostase et les hémorrhagies secondaires, ne pourrait-elle pas également influencer l'existence et les dimensions des caillots intra-vasculaires. Nous avons déjà vu qu'en expulsant d'une manière complète son contenu, la paroi rend impossible la formation du caillot intérieur, mais le cas est exceptionnel, et après les ligatures ou les blessures suivies

(1) Cette action de l'air sur les vaisseaux est généralement admise; c'est pour l'utiliser comme agent d'hémostase que Dupuytren, Lisfranc, Dieffenbach, et bien d'autres, retardaient de quelques heures la réunion des plaies; elle est confirmée d'autre part par ce fait que les hémorrhagies précoces sont beaucoup plus communes après la réunion immédiate que dans les cas où la plaie reste exposée; — au reste, j'ai appris depuis longtemps à la constater *de visu* — il suffit, après une amputation de jambe ou de cuisse, de découvrir par segments successifs la veine saphène interne. On la verra se vider plus ou moins rapidement et se convertir en cordon cylindrique au fur et à mesure qu'elle sera exposée à l'action de l'air. Cette expérience est aussi concluante que facile à répéter.

(1) Brown-Séquard (*Journal de physiologie*, 3e année, 1860. n° 4, juillet et août, p. 518.

(2) On pourrait expliquer de cette manière comment, dans une oblitération artérielle, le bout périphérique est quelquefois plus volumineux, plus dilaté, rempli par un caillot plus gros que le bout cardiaque. Dans une récente communication à l'Académie (*Bulletin* du 30 janvier), j'ai donné un bel exemple de cette disposition.

appartenant à la commune, les médecins seront nommés par l'administration préfectorale. Le concours n'existe pas comme à Paris par le Bureau central, mais l'on m'a de tous côtés affirmé que les médecins en chef des hôpitaux étaient choisis de préférence, et toujours, pour ainsi dire, parmi ceux qui faisaient déjà partie du service hospitalier. L'internat conduit facilement à la position de médecin adjoint, et le médecin adjoint peut devenir aisément médecin en chef. Ce dernier est nommé pour six ans, le médecin adjoint pour trois ans, en totalité neuf années, ce qui permet à un plus grand nombre de praticiens de passer par ce poste si envié de médecin d'hôpital. C'est le système que l'on réclame en France avec instance.

J'ai appelé l'attention sur le mode de nomination des externes fixes, choisis parmi les externes à l'aide d'un vote auquel prennent part les externes eux-mêmes, les internes et les chefs de service. J'ai signalé aussi la bonne organisation des cours et des locaux de l'Institut annexé à la Faculté, en ce qui concerne surtout la chimie physiologique et la physiologie proprement dite, organisation due à un homme éminent, le professeur Panum. Enfin, l'enseignement médical est entièrement gratuit en Danemark, à l'exception des cours de chimie, où l'élève est admis moyennant une modique rétribution pour couvrir les frais matériels de ces cours. Cette question de la gratuité de l'enseignement supérieur soulèvera une discussion sérieuse. Je note en passant, pour répondre à ceux qui la repoussent, en Danemark comme ailleurs, que la gratuité est fictive jusqu'à un certain point. La somme des dépenses que coûte la Faculté, personnel, matériel et amortissement du capital d'établissement, est inscrite au budget, et par conséquent représentée par une recette d'impôts. Il n'y a pas de gratuité absolue en pareille matière.

Italie.

L'Italie ne possède pas moins de dix-sept université d'État et de quatre universités libres, dont nous aurons à

d'hémostase, la règle est de trouver dans la cavité vasculaire un coagulum sanguin.

Celui-ci présente des variations singulières et peut, dans les cas de ligatures, n'exister que dans un bout, ou s'il se rencontre dans les deux, y présenter des caractères différents. Il varie beaucoup en dimensions et en volume, tantôt très-long et très-volumineux, tantôt très-grêle et très-court. L'adhérence offre également des degrés, tantôt nulle, tantôt limitée au voisinage de la blessure vasculaire, tantôt fort étendue.

En constatant ces différences, les observateurs n'en ont pas suffisamment scruté les causes. Certains auteurs, et en particulier M. Notta, ont soutenu avec beaucoup de talent que les variations de forme et de longueur du caillot étaient toujours dues à l'existence et à la situation d'une collatérale plus ou moins volumineuse, plus ou moins distante du point blessé.

Cette affirmation est beaucoup trop absolue; pour que l'influence susdite soit décisive, il faudrait montrer une relation constante entre le niveau de la première collatérale, d'une part, et de l'autre, la longueur et le volume du caillot. Or, cette relation rigoureuse n'existe pas. Nous avons constaté dans l'observation précédente que le caillot du bout cardiaque de l'artère cubitale, non-seulement dépassait une branche assez volumineuse, mais encore y envoyait un prolongement.

Il suffit de lire les observations pour retrouver à chaque instant des exceptions pareilles et des cas où le caillot reste en deçà ou se prolonge au delà de la première collatérale.

En admettant que cette collatérale régisse jusqu'à un certain point la longueur du caillot, on ne voit pas comment elle en pourrait régler le volume; nous ignorons pourquoi ce caillot remplit parfois toute la cavité vasculaire, et parfois en occupe à peine le cinquième, le quart ou la moitié. Nous ne savons guère mieux pourquoi une fois formé, tantôt il diminue, s'amincit, se rétracte, et tantôt s'accroît par l'addition de couches concentriques.

Ces métamorphoses du caillot ont été soigneusement étudiées par M. le docteur Gayet, dans sa remarquable thèse Sur la cicatrisation des artères après leur ligature. Paris, 1858, n° 191. Nous renvoyons le lecteur à cet important travail; il y trouvera des faits nouveaux très-bien observés et décrits, dont l'interprétation est encore entourée d'obscurité. Il est vraisemblable que les qualités du sang, dépendant elles-mêmes de l'état général du sujet, sont pour quelque chose dans le développement et les propriétés du caillot.

Si le fluide nourricier est pauvre en fibrine, il a sans doute peu de tendance à se coaguler et à former des bouchons résistants et compacts.

Les difficultés de l'hémostase, la fréquence des hémorrhagies secondaires chez les blessés atteints de lésions viscérales antérieures, ou d'affections fébriles intercurrentes s'expliqueraient assez aisément de la sorte, mais il faut bien reconnaître que nous ne possédons sur ces points que des données hypothétiques.

L'adhérence du caillot à la paroi vasculaire est un des éléments les plus importants de l'hémostase, soit provisoire, soit définitive; on sait combien cette adhérence varie en force et en étendue. On sait encore qu'il faut la distinguer en primitive et secondaire. Notre observation prouve que la première est intimement liée à l'état des tuniques et à la manière dont elles sont divisées par l'agent vulnérant. La conservation de la tunique interne n'empêche pas la formation des adhérences secondaires, mais tout porte à croire qu'en pareil cas l'inflammation traumatique ou tout autre travail pathologique envahit la paroi vasculaire tout entière.

Enfin, il est une dernière circonstance dont les auteurs ne paraissent pas s'être suffisamment préoccupés, et qui, de concert avec les précédentes, régit sans aucun doute la formation, l'évolution et les dimensions du caillot. Je veux parler de la contraction des bouts vasculaires séparés.

Qu'il me soit permis de procéder par hypothèse et de faire une série de suppositions : Soit une blessure artérielle; les fibres musculaires vont entrer en action : suivant leur énergie plus ou moins considérable, elles rétréciront la lumière du vaisseau à un degré et dans une étendue variables. Si la diminution va jusqu'à l'effacement complet, l'abord du sang sera empêché et le caillot manquera nécessairement; si la contraction est moins énergique, la cavité vasculaire persistera, mais réduite au quart, au tiers, à la moitié; le sang y parviendra encore, mais en quantité moindre, et le caillot formé sera proportionnel à la masse du sang; en d'autres termes ses dimensions transversales seront en rapport avec celles du moule creux qui lui reste ouvert. Les mêmes remarques s'appliquent à la longueur du caillot. Si la contraction se propage loin de la blessure, comme c'était le cas pour le bout cardiaque de notre artère cubitale, le coagulum sera très-long en dépit des collatérales, qu'il envahira au besoin.

La contractilité vasculaire ne varie pas seulement en intensité et en étendue, elle peut être encore plus ou moins durable, plus ou moins précoce. Dans ces cas ne pourrait-elle pas modifier le volume du caillot primitivement formé, le comprimer, le réduire si elle se produit tardivement et va en augmentant, lui permettre, au contraire, de se former et de s'accroître si, en cessant ou en diminuant, elle laisse le sang parvenir dans le vaisseau d'abord vide ou s'insinuer entre la paroi relâchée et le coagulum des premiers moments; on expliquerait ainsi la disposition stratifiée de certains caillots.

J'ignore jusqu'à tel point les recherches anatomiques et expérimentales infirmeront et confirmeront ces hypothèses, mais je ne puis croire qu'une propriété aussi évidente que la

---

expliquer plus loin la constitution, le mot libre ne voulant pas dire qu'il s'agit d'établissements dus à l'initiative privée.

Avant les diverses annexions de 1859, chacune de ces universités, à peu d'exceptions près, vivait de sa vie propre, particulière, plus ou moins complète, selon les traditions, l'ancienne renommée, l'importance de la localité, etc. Les lois et règlements de 1859, 1862 et 1868 qui les régissent aujourd'hui, n'ont point encore été appliquées partout dans tous leurs détails, en raison des difficultés qui surgissent toujours lors des transitions brusques d'une situation à une autre, alors que ces transitions surviennent à la suite de modifications dans l'état politique d'un pays. L'administration nouvelle, qui succède à un ancien ordre de choses, est forcément tolérante à l'égard des anciennes institutions des peuples annexés.

Il ne serait pas sans intérêt de rappeler les divers incidents de la vie de ces universités italiennes, qui ont brillé la plupart d'une splendeur incontestée dans l'histoire de la science. Plusieurs d'entre elles furent longtemps sans rivales, et les étudiants de tous les coins de l'Europe y affluèrent. Sans parler de l'ancienneté de l'école de Salerne, il suffit de citer Bologne, Florence, Pavie, Milan, Naples, etc., pour réveiller dans l'esprit de l'historien médical toute une série de phases éclatantes. L'Italie a longtemps été un pays privilégié. Elle a fourni des poëtes et des artistes renommés, de même que des savants illustres, et dans les sciences comme dans les lettres et les arts, on a dit : l'école italienne! Il est digne de remarque qu'elle n'a pas moins marqué dans les sciences positives que dans les œuvres de l'imagination, et au moyen âge, par exemple, alors que la théologie et la philosophie faisaient la réputation des universités de France et d'Angleterre, la médecine, les sciences naturelles et la jurisprudence consacraient celle de la péninsule italienne. Un travail rétrospectif sur un semblable sujet est bien tentant; peut-être essayerons-nous quelque jour, non de le terminer, — il faudrait pour cela une plume plus autorisée que la nôtre, — mais d'en poser les

contractilité vasculaire reste sans effet sur les caractères morphologiques du caillot.

Je suis surpris qu'une théorie si simple n'ait pas encore été émise, et que les auteurs se soient même si peu préoccupés de ce rôle de la paroi vasculaire. Depuis Morand, tout le monde parle de la contraction des bouts artériels blessés, mais on n'en fait qu'un phénomène passager capable tout au plus de concourir à l'arrêt primitif du sang; son rôle ultérieur est tout à fait méconnu, on l'a même confondu avec le retrait élastique de la paroi et avec la rétraction concentrique consécutive à l'inflammation vasculaire ou péri-vasculaire. Seul, M. Notta, dans un travail très-bien fait sur l'oblitération de l'artère ombilicale (1), invoque cette propriété. « Suivant, dit-il, que la colonne sanguine aura parcouru plus ou moins de temps les artères ombilicales, suivant que leur *contraction aura été plus ou moins régulière, plus ou moins complète, il y aura formation d'un petit caillot d'une étendue variable.* » Après avoir écrit ce passage, M. Notta, par malheur, s'empresse d'ajouter que *les choses ne se passent plus ici comme dans les autres artères et que les conditions ne sont plus les mêmes.*

Pour moi, je pense qu'en dépit de sa négation, M. Notta a formulé une proposition vraie et d'une application générale.

On objectera, sans doute, que si la contraction des artères avait l'importance que je lui attribue, elle eût été vue et appréciée par les nombreux observateurs qui ont étudié les phénomènes de l'oblitération des vaisseaux. Cet argument n'a pas grande valeur. Pour apprécier les faits, il ne suffit pas toujours de les avoir sous les yeux, il faut les regarder et les comprendre, — certaines négations même ne sont pas concluantes.

M. Gayet émet, à la page 10 de sa thèse, la proposition suivante : *Le calibre du vaisseau est conservé immédiatement au dessus et au-dessous de la ligature.* On en pourrait inférer que la contraction a manqué. Mais pour le prouver, il eût été nécessaire de découvrir l'artère dans une étendue assez grande pour savoir si ce calibre était le même au voisinage de la ligature et à quelques centimètres de distance. C'est en procédant de la sorte que j'ai aperçu la différence entre le segment contracté et le segment sous-jacent qui ne l'était pas. Plus loin, à la page 29, l'auteur abonde involontairement dans mon sens. Il a voulu savoir si les caillots se formaient de la même manière dans les vaisseaux de différents calibres. Or, il est porté à croire que dans les petites artères (faciale, radiale), *la rétraction des parois peut suffire à y empêcher l'abord du sang, et par conséquent la formation des caillots*, remplaçons rétraction par contraction, et nous serons du même avis (2).

A défaut de preuves directes, la contraction des artères est rendue probable par un phénomène déjà connu, mais imparfaitement expliqué.

Soit une artère récemment liée ou divisée en travers. Si l'on examine à une certaine distance du point blessé le caillot intérieur, on constate parfois : 1° qu'il est de diamètre inférieur au calibre normal du vaisseau; 2° qu'il est libre d'adhérences à la paroi; 3° que celle-ci, néanmoins, est étroitement appliquée sur lui sans interposition de sang fluide. On en conclut naturellement que la cavité contenante s'est adaptée aux dimensions du caillot contenu.

Il n'y a que trois manières d'expliquer le fait : ou le caillot s'est atrophié et a forcé la paroi à le suivre, ou la paroi s'est contractée avant ou après la formation du caillot; dans le premier cas elle ne lui a laissé qu'un espace restreint, dans le second elle l'a réduit par compression.

La première hypothèse a été seule admise; on a simplement oublié que tant qu'il n'existe point d'adhérence entre le caillot et la paroi, rien n'empêche le sang de s'insinuer dans leur intervalle, et rien ne force cette paroi à se rétrécir concentriquement. Les autres hypothèses sont beaucoup plus logiques, et je les admets jusqu'à preuve du contraire.

Je reconnais toutefois que les trois suppositions sont fondées, et que chacune d'elles répond à des faits réels que l'observation ultérieure distinguera (1). Le caillot présente encore une disposition qui n'est pas très rare, et dont l'explication me paraît fort difficile.

Long de plusieurs centimètres, dépassant le niveau de la première collatérale restée perméable, libre de toute attache à la paroi, très-grêle par rapport à la cavité qui le loge, il garde néanmoins une direction rectiligne parallèle à l'axe du vaisseau.

Flottant, mou, flexible, filiforme comme il l'est, ce caillot devrait logiquement être refoulé par l'ondée sanguine qui heurte incessamment son sommet, et même peletonné au fond du cul-de-sac vasculaire.

Puisqu'il en est autrement, il faut donc supposer qu'il est latéralement soutenu par la paroi moulée sur lui, et qu'en

(1) *Mémoire sur l'oblitération des artères ombilicales et sur l'artérite ombilicale.* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIX.)

(2) Pour étudier convenablement la contraction au voisinage des ligatures, il faudrait, sur un animal vivant, anesthésié au besoin, mettre successivement à découvert le vaisseau lié en se rapprochant, soit du cœur, soit des capillaires, répéter, en un mot, l'expérience que j'ai faite sur le moignon de mon amputé.

(1) M. Gayet dit, à la page 30 : « Quelque volume qu'ait un caillot fibrineux, jamais il n'adhère aux parois artérielles. Bien plus, il ne remplit pas la lumière du vaisseau. Il y a entre eux une circulation qu'il est facile de démontrer. »

A la page 33, l'auteur cite une note de M. Ch. Robin ainsi conçue : « Il n'y a jamais de substance étrangère au caillot interposé entre lui et la paroi artérielle. Le caillot remplit la cavité du vaisseau. Sa surface est moléculairement contiguë à la face interne de ce dernier et se moule sur elle aussi bien lorsqu'elle est rugueuse que lorsqu'elle est lisse. »

On pourrait voir entre ces deux passages une contradiction manifeste, tandis qu'il ne s'agit en réalité que de faits différents également vrais, également bien observés.

jalons, en indiquant les sources à consulter, les archives et les documents que nous connaissons sur la matière.

Bornons-nous, puisque nous ne devons pas sortir de l'actualité, à rappeler pour les besoins de cette actualité même, qu'à une certaine époque, relativement peu éloignée de nous, l'Italie présentait, au point de vue médical, à peu près le même aspect que l'Allemagne actuelle. Elle possédait un grand nombre de centres universitaires, l'enseignement libre, des collèges ou des instituts qui donnaient des grades, à l'aide de jurys qui n'étaient point formés de professeurs enseignants. Ces professeurs, rétribués en raison de leur savoir et de leurs succès, étaient appelés d'une université à une autre; les étudiants, réunis en corporations, jouissaient de privilèges parfois excessifs peut-être, mais qui cependant, pris en masse, avaient pour résultat d'assurer l'existence brillante et indépendante de ces écoles d'enseignement. Ce point de vue ne pouvait échapper au savant professeur et ministre que l'Italie doit regretter encore, à Matteucci, et il y revient à diverses reprises dans ses excellents articles sur l'*Enseignement supérieur en Italie* (*Revue scientifique*, 1867).

Dans chacune ou à côté des dix-sept universités italiennes se trouve une Faculté ou une école de médecine, et il n'existe point à proprement parler d'écoles secondaires. Presque toutes confèrent le diplôme de docteur, bien que le règlement de 1862 ait réduit à six le nombre de localités où devait se délivrer ce diplôme; mais sur les réclamations d'un certain nombre d'universités, l'exécution de cet article du règlement fut momentanément ajournée. Il en fut de même pour l'unité des programmes et le mode d'examen, les rétributions des élèves par les cours d'expérimentation dans les diverses Facultés des sciences, etc.

J'ai pris pour type la Faculté de Turin; il me suffira d'indiquer pour les points importants, ce qui se passe ailleurs, en Italie, me réservant de revenir un peu plus tard sur les détails d'organisation de chacune des Facultés italiennes, par exemple sur l'école pratique si célèbre de Santa-Maria de Florence, etc.

conséquence toute circulation est interdite dans le segment vasculaire qui lui correspond.

Mais en revanche, comme il est difficile d'admettre qu'une artère volumineuse puisse, pendant des mois, rester contractée sur un coagulum très-grêle, comme en cas de collatérale perméable, le sang circule évidemment à côté du caillot, je me contente d'appeler l'attention sur le fait, renonçant à en donner aujourd'hui une intrépretation certaine (1).

L'analyse minutieuse d'un fait des plus communs m'a conduit presque malgré moi à des commentaires bien prolixes. J'invoque pour excuse l'intérêt pratique qui s'attache au phénomène si important de l'hémostase.

L'arrêt du sang, naturel ou artificiel, provisoire ou définitif, ne reconnaît pas une cause unique comme on l'a cru trop longtemps. Le sang, la paroi vasculaire, les parties en contact naturel ou accidentel avec le vaisseau, enfin les processus réparateurs ou autres consécutifs à toute lésion, y prennent part isolément ou conjointement, c'est ce qu'il ne faut jamais oublier.

Le sang fournissant les éléments du caillot régit sa composition chimique et les propriétés qui en découlent.

Ce caillot, sans être absolument indispensable, joue cependant le rôle capital dans la majorité des cas. Ses dimensions, sa forme, son adhérence, présentent des variétés infinies qui ne sont point dues au hasard, mais bien souvent à des règles imparfaitement formulées. La stase plus ou moins complète du sang, le voisinage et le volume des collatérales, comptent au premier rang. La paroi agit de son côté d'une manière décisive par les propriétés de ses diverses tuniques; élasticité, contractilité, et par la manière dont ces tuniques sont lésées par l'agent de la blessure.

La contractilité surtout a été trop négligée jusqu'à ce jour, ou confondue avec des processus pathologiques tous différents. Elle peut être l'agent unique de l'hémostase provisoire et l'adjuvant de l'hémostase définitive, qu'à la vérité elle peut compromettre et empêcher. Nulle, faible ou forte, limitée ou étendue, précoce ou tardive, elle possède une action manifeste sur les dimensions et l'évolution du caillot. Elle est à son tour mise en jeu ou entravée par l'irritation traumatique, le système nerveux, l'état anatomique de la paroi et les phénomènes consécutifs à la blessure. *Son étude est à faire ou du moins à refaire d'un bout à l'autre par l'observation clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation.* Celui qui s'en chargera peut être sûr, à l'avance, d'élucider plusieurs points qui restent indécis dans la pathologie vasculaire, comme, au reste, dans un sujet quelconque, quand on a commis la faute de négliger un des éléments du problème.

Ar. Verneuil.

(1) Il est possible que le sang venu par les collatérales, et rentrant par cette voie détournée dans l'artère oblitérée, suive une direction centripète au moins dans une certaine étendue. Dans ce cas, le courant liquide interverti soutiendrait latéralement le caillot filiforme et empêcherait son refoulement vers le cul-de-sac oblitéré. On a supposé également que l'ondée sanguine venue du cœur et s'engageant dans le cul-de-sac artériel s'y mouvait en hélice, ce qui aurait le même effet sur la partie flottante du caillot. Tout cela a besoin d'être démontré.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Fermentations. — M. *Pasteur* répond à M. *Fremy*. Il attendra la prochaine séance pour discuter les huit expériences de ce dernier (voy. la précédente séance). En attendant, il fait remarquer que, dans sa communication, M. Fremy suppose comme démontré ce qui est en question, à savoir : l'origine du ferment, et marche d'hypothèse en hypothèse, tandis que lui, M. Pasteur, ne s'appuie que sur les faits expérimentaux. « Considérons, dit-il, la fermentation lactique, puisque M. Fremy a déclaré que c'était une de celles qui avaient ses préférences. Une des hypothèses de M. Fremy est que le caséum est le ferment qui produit la fermentation lactique du lait. M'étant occupé, après lui, de cette fermentation, j'ai trouvé, contrairement à son opinion, que le caséum n'est pas du tout le ferment de cette fermentation, qu'il est tout au plus l'aliment azoté de ce ferment, lequel est un petit végétal microscopique naissant dans le lait après sa sortie du pis de la vache, s'y nourrissant, s'y multipliant, et que c'est parallèlement à la vie de ce champignon qu'il y a fermentation lactique; qu'enfin le germe de cet être vient des poussières sur les objets ou en suspension dans l'air. C'est si peu le caséum qui est le ferment du lait, que j'ai produit la fermentation lactique en supprimant tout à fait le caséum et en le remplaçant simplement par un sel d'ammoniaque cristallisé. Avant tous ces progrès dus à mes recherches, M. Fremy était excusable de confondre la fermentation lactique avec la fermentation diastasique, mais aujourd'hui !

» M. Fremy me dit : « M. Pasteur voudrait-il établir une » différence entre la fermentation lactique et la fermentation » diastasique? » Et comment pourrais-je faire autrement, puisque, indépendamment d'autres différences profondes, la diastase n'est pas un être vivant, et que le ferment lactique en est un? D'ailleurs, qu'importe tout ceci? La diastase n'est pas en cause; nous avons à déterminer si le ferment lactique, être vivant, a pour origine le caséum du lait ou un germe venant des poussières de l'air. »

M. Pasteur oppose un démenti formel à ces deux assertions de M. Fremy : 1° « Les phénomènes véritables de fermentation se manifestent donc toujours avant l'apparition des moisissures» ; 2° « la fermentation alcoolique peut se produire avec

---

Le nombre des élèves qui suivent les cours de la Faculté de Turin est de 500 en moyenne. Il n'existe aucune condition légale quant à l'âge. L'élève doit produire, au moment de sa première inscription, un diplôme de *licenza liceale*, ce que l'on appelle encore quelquefois de maître ès arts, ès sciences et ès lettres, diplôme qui est analogue à notre double baccalauréat ès lettres et ès sciences, mais un peu moins complet cependant. Ce diplôme est indispensable pour l'admission aux études de l'Université (droit, médecine, sciences, etc.) et aux carrières administratives. La durée des études médicales est de six années, mais l'année scolaire se compose seulement de huit mois, et ces quatre mois de vacances, temps évidemment trop long, ont déjà été l'objet de longues discussions en Italie. Le règlement qui devait les réduire n'a pu être exécuté partout. Le prix de ces études est peu élevé, si on le compare à celui qui est exigé en France. Ainsi, pour l'inscription de chacune des six années d'étude, 100 francs, soit 600 francs; leçons, 150 francs; dernier examen, 120 francs; diplôme, 5 francs. Total, 875 francs; et nous verrons plus loin, en parlant de l'enseignement libre, que l'élève qui suit des cours privés peut se faire rembourser par l'État une partie du prix des cours qu'il a suivis en dehors de la Faculté. Le gouvernement et les villes accordent comme chez nous des bourses ou une exemption de taxes aux élèves studieux et peu fortunés.

Les examens sont au nombre de vingt-quatre, deux par an, passés en juin-juillet et novembre. Voici les matières de ces examens : Botanique, chimie inorganique, chimie organique, matière médicale, physique, zoologie, anatomie comparée, physiologie, anatomie humaine, pathologie générale, anatomie pathologique, anatomie topographique, hygiène, médecine légale, pathologie spéciale médicale, pathologie spéciale chirurgicale, et huit examens de clinique des cours faits à l'hôpital : clinique médicale, chirurgicale, opérations, obstétrique, oculistique, maladies syphilitiques, maladies cutanées et maladies mentales.

les substances azotées les plus diverses, et notamment avec la gélatine, composé artificiel (*sic*) soluble dans l'eau et dénué par conséquent de toute structure organique proprement dite ». Il finit en rappelant son expérience sur le jus naturel de raisin, faite dans des conditions qu'il ne croit pas devoir encore faire connaître, et son expérience de 1863 sur le sang frais.

M. *Le Verrier* prie M. Pasteur de vouloir bien compléter sa démonstration en disant ce qui arrive quand on brise le col d'un des ballons dans lequel le sang est resté intact.

M. *Pasteur* répond à M. Le Verrier que, dans tous les cas, il y a commencement d'altération du sang dans l'intervalle de vingt-quatre ou quarante-huit heures, et il ajoute : « Quoique je n'en aie jamais fait l'épreuve, je déclare ici à M. Fremy que, quand il le voudra, je répéterai l'expérience que je viens de décrire pour le sang et l'urine, EN ME SERVANT DU LAIT NATUREL PRIS DANS LE PIS DE LA VACHE, et voici ce que j'affirme par avance : ce lait gardera indéfiniment son alcalinité au contact de l'air pur, et ne donnera lieu à aucune fermentation quelconque; il éprouvera simplement une oxydation chimique directe qui donnera un léger goût et une odeur faible de suif à la matière grasse. »

— A l'occasion de ce débat, M. *Chevreul* fait une communication relative à l'histoire des ferments d'après Van Helmont

FUSION DES BALLES. — M. *Baudon* adresse, par l'entremise de M. Larrey, une note tendant à réfuter l'opinion émise par M. *Coze*, dans une communication présentée à l'Académie le 20 novembre 1871, et soutenue par des chirurgiens allemands, sur le morcellement et la fusion des balles.

L'auteur discute la théorie de la transformation du mouvement en chaleur, et conteste qu'il y ait, dans l'organisme humain, des tissus assez résistants pour arrêter subitement des projectiles mus avec une grande vitesse, en provoquant un degré de chaleur capable d'en opérer la fusion partielle.

M. Baudon attribue quelques-uns des effets produits à une cause fortuite et singulière, qui a déjà été signalée à l'attention de l'Académie. Cette cause serait, selon lui, la perforation accidentelle des balles de plomb par des insectes de l'ordre des hyménoptères et des coléoptères. Il rappelle les observations ou les recherches déjà faites à ce sujet, et en signale un nouvel exemple assez remarquable, placé sous ses yeux, représentant une balle du poids de 47gr,50 réduite, par une perforation semblable, au poids de 41 grammes, ce qui constitue une diminution de poids de 6gr,50. (Commissaires précédemment nommés : MM. Morin, Phillips, Larrey, Dupuy de Lôme.)

CHOLÉRA. — M. *J. Luet* adresse une communication relative à un remède contre le choléra. (Renvoi à la Commission du legs Bréant.)

POURRITURE DES HÔPITAUX. — M. *Netter* adresse, à l'appui de ses communications précédentes, une brochure de M. *Dichiara*, sur l'usage du camphre en poudre, pour la guérison de la gangrène nosocomiale. (Renvoi à la Commission précédemment nommée.)

FERMENTATION ALCOOLIQUE. — M. le docteur *Engel*, agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, adresse une étude morphologique des diverses espèces de levûres alcooliques.

1° Il dit avoir trouvé une méthode rapide, facile et certaine de faire *fructifier* les ferments alcooliques. Il en résulte que les ferments alcooliques constituent *deux genres* botaniques très-caractérisés : le genre *saccharomyces* (Meyen) et le genre *carpozyma* ou *cryptococcus vini*.

2° Les ferments de fruits sont au nombre de *quatre* bien étudiés et de deux douteux ou imparfaitement observés. Ces ferments se trouvent presque toujours à la surface des fruits, et alors ils y restent à l'état de vie latente, sans se développer et sans végéter. Lorsque, au contraire, l'épiderme se fissure ou que la queue du fruit commence à se détacher, le ferment, ou ses *spores*, se met en contact avec le jus sucré du fruit; alors le ferment végète et se reproduit, mais toujours sous la *forme de ferment, jamais sous celle de moisissure*. La fermentation alcoolique existe dans la nature, quoiqu'on l'ait niée, par exemple sur la cerise de Montmorency.

3° Le ferment panaire est une espèce différente de la levûre de bière, et l'examen morphologique a prouvé la justesse de sa prévision.

4° Jamais l'auteur n'est parvenu à faire germer les spores des ferments sur des substances végétales qui ne contiennent que peu ou pas de sucre; mais dès qu'elles sont en contact avec des liquides sucrés, elles germent en reproduisant le ferment.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande du sieur *Blanc* (de Vals), tendant à obtenir l'autorisation d'exploiter une nouvelle source minérale pour l'usage médical. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Lancereaux*, qui se présente comme candidat pour la section d'anatomie pathologique. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Hervieux*, qui retire sa candidature de la section de pathologie interne, pour la reporter dans la section d'accouchements. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Pigeon* (de Fourchambault), dans laquelle il dit avoir constaté que la substance grise nerveuse est une substance condensatrice où il existe de l'électricité à l'état de tension chez les êtres vivants. — *d*. Une note de M. *Duroy*, pharmacien à Paris, sur un nouveau médicament, « les pilules d'extrait de sang. » (*Commission des remèdes nouveaux.*) — *e*. Un mémoire sur le traitement méthodique de la carie dentaire, par M. *Louis Prud'homme*, dentiste à Paris.

M *Larrey* dépose sur le bureau : 1° une note de M. le docteur *Bedoin*, sur deux cas de syphilis développée après la vaccination, mais non transmise par elle; — 2° un mémoire manuscrit de M. le docteur *Coze*, sur la hernie lombaire.

M. *Regnault* présente, de la part de M. *Méhu*, pharmacien à l'hôpital Necker, l'ANNUAIRE PHARMACEUTIQUE pour les années 1871-1872.

RÉPRESSION DE L'IVRESSE. — Nous devons une mention spé-

La commission d'examen est composée de trois membres, le professeur de la matière et deux docteurs agrégés. Chacun des examinateurs dispose de dix points. Pour être reçu, à chaque examen, dix-huit points sont indispensables. La présence des élèves aux cours est exigée par les règlements, mais cette clause n'est pas exécutée à l'exception des cours où ont lieu des expériences et des démonstrations pour lesquels la présence des élèves est absolument indispensable.

Lorsque l'élève a passé ses vingt-quatre examens, il peut soutenir sa thèse; celle-ci est écrite en italien. Les étudiants seuls qui ont obtenu les neuf dixièmes des points à leurs examens choisissent le sujet de leur thèse. La commission d'examen des thèses se compose de sept examinateurs, professeurs ordinaires et extraordinaires, qui disposent chacun de dix points, soit soixante-dix; il en faut quarante-quatre pour être admis. La Faculté ne délivre qu'un seul titre, celui de docteur en médecine et en chirurgie, qui comprend l'obstétrique. Le diplôme de docteur donne le droit d'exercer la médecine dans tout le royaume. La Faculté ne délivre pas de diplôme de docteur *in absentia* ou *honoris causa* à des étrangers qui le demandent, comme en Allemagne naguère, mais elle confère le titre honorifique de docteur de la Faculté à des médecins éminents de tous les pays qui ont illustré la science médicale. Les médecins étrangers à l'Italie qui veulent exercer dans le pays doivent obtenir de l'une des universités la confirmation de leur thèse, c'est-à-dire qu'ils doivent en soutenir une nouvelle pour obtenir un diplôme. Cette clause est dans la loi, mais en Italie, comme partout ailleurs, l'administration tolérante accorde parfois des autorisations ou ferme les yeux sur la non-observance des règlements.

Facultés. — Le nombre des professeurs dans chaque Faculté est variable comme en France, selon l'importance de la Faculté, ses anciennes coutumes, etc. Celle de Turin se compose de neuf professeurs ordinaires, trois extraordinaires, deux suppléants (*incaricati*) et de dix-neuf docteurs agrégés, outre le président de la Faculté ou doyen, qui est toujours professeur

ciale, en raison de son actualité, à la présentation, faite par M. *Bergeron*, du rapport de M. *Desjardins*, membre de l'Assemblée nationale, sur diverses propositions de loi tendant à la répression de l'ivresse.

« Ce qui recommande surtout ce rapport à l'Académie, dit M. Bergeron, c'est que, indépendamment de son mérite intrinsèque, il a pour conclusion un projet de loi ne différant pas sensiblement, dans ses principales dispositions, de celui de M. Roussel et qui, par conséquent, s'il est adopté par l'Assemblée nationale, donnera en grande partie satisfaction aux vœux de l'Académie. Il est cependant plusieurs points sur lesquels on peut regretter que M. Desjardins n'ait pas suivi M. Roussel, notamment sur la question de l'imputabilité ou de la responsabilité. De plus, retenu sans doute par des scrupules de légiste, scrupules fort respectables d'ailleurs, et retenu aussi par la crainte mal fondée que la science ne connaisse pas encore complétement les effets et n'ait pas fixé suffisamment les caractères de l'alcoolisme, M. Desjardins a laissé de côté plusieurs articles du projet de M. Roussel, qui atteignaient d'une manière plus ou moins directe l'alcoolisme latent, plus commun peut-être aujourd'hui et, à coup sûr, plus dangereux, au point de vue social, que l'ivresse et même l'alcoolisme aigu.

» Quoi qu'il en soit et la loi dût-elle être votée telle que l'a formulée le rapporteur de la commission législative, l'Académie n'en devrait pas moins applaudir à sa promulgation ; car elle constituerait certainement une première et importante victoire de l'hygiène et de la morale publique dans la lutte engagée contre l'alcoolisme. »

Si cette belle victoire est obtenue, il faut reconnaître que l'honneur en reviendra, pour une grande part, à M. Bergeron et à M. Théophile Roussel.

MORT DE M. LAUGIER. — M. le *président* annonce à l'Académie une triste nouvelle, celle de la mort de M. Laugier, décédé le 15 février, à l'âge de soixante-treize ans, après une très-courte maladie.

M. *Broca* donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de l'éminent professeur. Il exprime, en termes simples et excellents, « les regrets unanimes que laisse dans le corps médical cet homme si distingué et si bienveillant, si plein de droiture et si dévoué à ses devoirs. »

Élève de Dupuytren, émule de Velpeau, de Gerdy, de Sanson, de Blandin et de Bérard, nommé par le concours professeur de clinique externe en 1848, élu membre de l'Académie de médecine en 1844 et de l'Académie des sciences en 1868, Laugier se montra toujours « un observateur plein de sagacité, un chirurgien prudent et ingénieux ; il a eu le mérite de préférer la chirurgie solide à la chirurgie brillante. » Le zèle et l'activité « de jeune homme » que Laugier déploya pendant le siége de Paris, dans son double service de l'Hôtel-Dieu et de l'ambulance de l'hôtel du Louvre, portèrent à sa santé une atteinte profonde. « Il laisse, en mourant, un nom aimé et respecté, que ne souilla jamais la moindre tache et dont l'Académie ne laissera pas périr la mémoire. »

Cette allocution, prononcée avec l'accent d'une sincère émotion, a été accueillie, comme devait l'être l'éloge d'un homme de bien, par des témoignages unanimes d'approbation et de sympathie.

TANNATE DE QUININE. — M. *Briquet* ne paraît nullement disposé à se laisser battre par M. Vulpian. Il est tombé avec un nouvel acharnement sur le tannate de quinine, en s'efforçant de réfuter un à un tous les arguments de son contradicteur. Et, cette fois, ce n'est point avec des expériences anciennes, datant de vingt ans, qu'il vient reprendre la lutte ; c'est avec des expériences toutes récentes, toutes fraîches et faites tout exprès pour la circonstance. Le tannate de quinine dont il s'est servi a été pris dans une des meilleures pharmacies de Paris, et il peut bien défier pour la bonne qualité celui qu'a employé M. Vulpian. De plus, M. Briquet, ne voulant laisser aucune place à la surprise ni à l'équivoque, a opéré bravement sur lui-même. Un jour, il a ingéré deux grammes de tannate de quinine, en deux doses : un gramme, le matin, à jeun, quinze heures après son dîner et quatre heures avant son déjeuner ; l'autre gramme, à onze heures du soir, six heures après son dîner. Eh bien ! sa robuste constitution a résisté, sans le plus petit ébranlement, à cette épreuve. Pas d'étourdissement, pas de céphalalgie, pas de vertige, pas de bourdonnement d'oreilles, en un mot pas le moindre symptôme physiologique !... Et dans les urines, traitées par le réactif de Bouchardat, pas le plus léger précipité, pas la plus petite trace de quinine ! M. Briquet, pour que personne n'en doute, fait circuler de main en main un bel échantillon de ses urines, analysées par M. Sarradin et recueillies précieusement dans une éprouvette.

Le tannate de quinine n'est donc pas absorbé, ou il l'est si peu, qu'on ne parvient pas à en déceler des vestiges dans les liquides de sécrétion. Cela tient, selon M. Briquet, à ce que ce sel est à peine soluble dans l'eau et dans les humeurs de l'organisme. M. Vulpian s'est trompé en disant qu'il se dissolvait dans 960 parties d'eau. D'après les expériences de M. Briquet, il aurait besoin de 3,000 ou 4,000 parties d'eau pour se dissoudre. Et, à l'appui de cette assertion, M. Briquet montre un flacon renfermant 50 grammes d'eau distillée et 0,05 centigrammes de tannate de quinine. L'eau présente une teinte faiblement opaline ; et, depuis quinze jours que dure l'expérience, c'est à peine si elle a pu dissoudre 1 centigramme du sel quinique ; le reste de la substance saline, 4 centigrammes environ, forme un dépôt au fond de la fiole. Malheureusement, et au grand désespoir de M. Briquet, M. Ségalas agite le

---

ordinaire. Le doyen est nommé par le ministère de l'instruction publique, mais sur le choix fait par la Faculté assemblée à cet effet. La durée du décanat est de trois ans, mais elle peut être prolongée. Le doyen fait partie du conseil de l'Université placé à côté du recteur. Il préside les diverses assemblées de la Faculté pour les propositions à soumettre à ce conseil ou au ministre, les distributions de prix, etc., et les commissions d'examen des thèses. Depuis 1848, il n'y a plus de conseil de Faculté ; celle-ci fait intimement partie, au point de vue administratif, de l'Université, et l'assemblée des professeurs n'a pas à s'occuper, comme chez nous, des menus détails de la gestion financière de la Faculté, besogne qui incombe aux bureaux de l'Université.

Le temps du professorat est illimité pour les professeurs ordinaires; quant aux professeurs extraordinaires et aux *incaricati*, ils sont nommés pour un an seulement, mais ils peuvent être confirmés et le sont souvent. Les honoraires des professeurs ordinaires varient selon les universités. A Turin, Bologne, Naples, Palerme, etc., le chiffre alloué est de 5000 francs avec augmentation d'un cinquième après cinq ans, jusqu'à 6000 francs. A Gênes, Modène, Parme, etc., la somme allouée est seulement 3000 francs, avec augmentation d'un cinquième par période quinquennale, soit 3600 francs.

Les professeurs ne reçoivent pas d'honoraires des étudiants.

Cette division des professeurs en quatre catégories est fort critiquée; divers règlements ont essayé d'améliorer la position des professeurs extraordinaires, en lui donnant le caractère de stabilité qu'elle n'a pas, mais ces règlements sont demeurés incomplets. La position de professeur extraordinaire est un stage qui doit conduire au professorat ordinaire. Les professeurs extraordinaires peuvent être choisis parmi les agrégés ou parmi les professeurs privés. Un des inconvénients du système italien doit être signalé, c'est que les agrégés destinés à remplir les places vacantes, sont obligés de modifier à diverses reprises la nature de leur enseignement, en raison du petit nombre des professeurs.

flacon par inadvertance, et jette à la fois le trouble dans le mélange et dans la démonstration.

Quant au sulfate de quinine, M. Vulpian aurait encore commis, sinon une erreur, du moins une confusion, en portant son point de solution à 750. Il ne faut pas oublier qu'il y a deux espèces de sulfate de quinine, le bisulfate ou sulfate acide, et le sulfate neutre ou bibasique. Ce dernier, en effet, ne se dissout que dans 750 parties d'eau, mais il n'est jamais ou il ne doit jamais être employé en thérapeutique. Le bisulfate, au contraire, le seul qu'on doive toujours administrer, est soluble dans 10 parties d'eau. D'où l'on voit l'énorme différence qu'il y a entre la solubilité du tannate de quinine et celle du sulfate !

M. Briquet termine son réquisitoire en lançant un dernier anathème contre le tannate de quinine. « C'est, dit-il, un médicament à proportions variables et mal définies, peu soluble dans l'eau, d'une solubilité irrégulière dans les acides et les alcalis, d'une solubilité aléatoire dans les voies digestives, sans action physiologique appréciable, contenant moitié moins de quinine que le sulfate, d'une absorption ou douteuse ou très-faible, n'ayant par conséquent aucun titre pour entrer dans la thérapeutique... Je me demande pourquoi M. Vulpian attache tant d'importance à ce remède. »

Les exigences d'un comité secret, fixé à quatre heures, ont empêché M. Vulpian de répondre, séance tenante, à cette interpellation; mais il le fera certainement mardi prochain.

En attendant, nous engageons M. Briquet et M. Vulpian à chercher la cause et l'explication de leurs dissidences non-seulement dans la différence des substances employées, mais aussi dans la diversité des sujets soumis à l'expérience. Les propriétés physiologiques et thérapeutiques des médicaments ne sont pas absolues; elles sont, dans une large mesure, subordonnées et corrélatives à la constitution, à l'idiosyncrasie des individus auxquels on les administre. Chez l'un, l'absorption est intense et rapide, chez l'autre l'absorption est faible et lente; celui-ci tolère aisément, et à des doses élevées, les remèdes les plus actifs, celui-là en supporte difficilement même les quantités les plus minimes. De là les variétés individuelles qu'on observe journellement dans l'action des agents thérapeutiques. C'est ce qui explique comment certains remèdes énergiques, tels que l'opium, la belladone, l'aconit, la digitale, le mercure, l'arsenic, le sulfate de quinine, agissent efficacement et produisent promptement des phénomènes de saturation chez certains malades, tandis que les mêmes remèdes administrés aux mêmes doses ne déterminent sur d'autres sujets aucun effet physiologique ou thérapeutique appréciable. Encore une fois, c'est surtout une question d'absorption, de réceptivité et de tolérance. M. Vulpian et M. Briquet n'obtiendront des résultats comparables et ne parviendront à s'entendre que s'ils opèrent tous les deux, non-seulement avec la même substance, mais encore sur le même sujet.

A. Linas.

REVUE DES JOURNAUX.

Des divers accidents observés à la suite de l'administration de la quinine à hautes doses, par C. Binz.

L'auteur, qui a pour sa part largement contribué à l'emploi de la médication par la quinine, a recueilli un certain nombre de faits qui montrent les côtés désavantageux de cet agent thérapeutique. La plupart des observations qu'il rapporte montrent que les dangers de la quinine à dose élevée ne présentent pas un caractère bien redoutable, et qu'ils doivent à peine entrer en ligne de compte en présence des accidents mortels de la fièvre opiniâtre à caractère inflammatoire ou putride. Il est pourtant utile de les connaître et d'en être prévenu.

Les troubles du système nerveux et du cœur consécutifs à l'emploi de doses trop fortes sont mentionnés dans un grand nombre de cas, mais dans ceux-ci la préparation était souvent défectueuse : le fait de Giacomini prouve que, avec une dose considérable, 10,8 grammes pris par erreur, la prostration, les vertiges, la perte des sens de l'ouïe et de la vue peuvent disparaître rapidement; toutefois, il ne faut pas oublier que la quinine est un poison du cœur, qu'à doses fortes, la quinine affaiblit le pouls et la tension artérielle, et ce fait est important à connaître dans le traitement des affections dans lesquelles il est nécessaire d'élever l'activité cardiaque ; tels sont les cas de pneumonie croupale : l'auteur cite un exemple dans lequel l'administration de 1,50 de quinine chez un malade atteint de pneumonie croupale, augmenta la cyanose et la dyspnée.

Les troubles de l'ouïe n'ont en général qu'une durée limitée, et Maillot qui a traité plus de 6000 malades par le sulfate de quinine à haute dose, déclare avoir constamment observé que la surdité disparaît au bout de quelques jours; cependant, il rapporte l'observation d'un officier supérieur de l'armée d'Afrique, qui prit trois fois la dose de 6 grammes de sulfate de quinine pour une fièvre pernicieuse, et resta complétement sourd.

Plusieurs observations rapportent à l'usage de la quinine, des troubles de la parole portés jusqu'au mutisme, un enrouement persistant. Briquet a observé quatre fois une amaurose incomplète et non persistante, et Graefe a publié deux cas d'amaurose consécutifs à l'usage de la quinine, l'examen ophthalmoscopique ne fit reconnaître aucune altération locale. Dans l'un des cas, la vision reparut.

Les hémorrhagies pulmonaires, le purpura hémorrhagique, ont été à plusieurs reprises observées, et la Gazette des Hôpitaux de 1861 et 1867 renferme des observations curieuses à ce sujet.

En ce qui concerne le canal intestinal, qui est précisément

Le mode de nomination des professeurs n'a pas d'analogue en France. La loi de 1862 a établi deux modes de concours : le concours par examen et le concours par titres, c'est-à-dire basé sur l'appréciation des travaux divers imprimés, découvertes, enseignement, dont justifie le postulant. Une commission de trois professeurs est chargée dans les deux cas de l'examen des mérites des candidats, et son opinion est soumise au conseil de l'Université, qui propose au ministre. Mais indépendamment de ces concours, le ministre peut appeler à une chaire un savant que sa notoriété, diverses circonstances, auraient empêché de concourir.

Cette jurisprudence de la nomination des professeurs est en ce moment l'un des points les plus discutés dans la presse médicale en France. Je crois inutile de faire ressortir ici les avantages et les inconvénients du système, les modifications qu'on pourrait y apporter, mais il est bon de ne pas oublier que toute mesure tendant à enlever à l'administration seule le droit si important du choix des professeurs de l'enseignement supérieur, doit être bien accueillie.

Il y a vingt-deux chaires ou cours à la Faculté de Turin, savoir : Botanique, chimie inorganique et organique, zoologie et anatomie comparée, physique, physiologie, anatomie humaine, anatomie topographique, pathologie générale, pathologie spéciale médicale; pathologie spéciale chirurgicale, anatomie pathologique, matière médicale, hygiène, médecine légale, plus les huit cliniques : médicale, chirurgicale, opérations, oculistique, maladies mentales, maladies de la peau, maladies syphilitiques, obstétrique. Le simple énoncé de ces chaires suffit pour rappeler en quoi elles diffèrent de celles des Facultés de France. L'on voit tout de suite également qu'en tous temps les agrégés en exercice fonctionnent véritablement, vu le petit nombre de professeurs ordinaires et extraordinaires.

Universités libres. — L'institution des universités libres a été consacrée par un décret récent, mais elle existait en fait depuis longtemps en Italie. Les quatre qui existent actuellement ont été fondées par des villes et entretenues par elles. Elles sont obligées, bien entendu, de se conformer aux lois et

un des organes les plus sensibles à l'action irritante de la quinine à hautes doses : « J'ai, dit l'auteur, mis en garde contre l'introduction dans l'estomac des fébricitants des préparations de quinine difficilement solubles. Mes opinions sur ce sujet ont été corroborées par la suite. Un observateur, Manasseïn, travaillant dans l'institut de Hoppe-Seyler, a démontré que ce n'est pas la pepsine qui manque dans le suc gastrique des animaux fébricitants, mais bien les acides libres. Il n'est guère possible qu'il en soit autrement chez l'homme. Le désir instinctif que manifestent les fiévreux pour les boissons acides en est déjà une preuve. Les sels de quinine, en solution faiblement acide, sont en général facilement absorbés ; ils peuvent, quand ils ne sont pas altérés, être administrés pendant des semaines entières sans aucun inconvénient. Ingérée, au contraire, sous forme de poudre et de pilules, la quinine, particulièrement son sulfate, difficilement soluble, provoque dans l'estomac et le canal intestinal les symptômes bien connus de l'irritation avec toutes ses conséquences. Les altérations de ces organes consécutives à l'ingestion de la quinine pourront donc être attribuées, dans les circonstances ordinaires, au mode d'administration défectueux dont le médecin a fait usage.

Les reins et les voies urinaires ne sont pas indifférents à l'influence de la quinine. Briquet a vu la quinine, qui est en grande partie éliminée par les urines, provoquer de l'albuminurie et du catarrhe de la vessie ; mais dans ces cas la dose était très-élevée, jusqu'à 4 grammes ; au contraire, à la dose de 1 à 2 grammes, la quinine peut exercer une influence favorable sur la cystite.

Ces accidents, on le voit, ne sont pas de nature à impressionner trop vivement les praticiens. (*Lyon médical*, 4 février 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Quelques faits d'obstétricie, par le docteur E. Putégnat, de Lunéville (un volume in-8°, 1871). — Paris, A. Delahaye ; Bruxelles, H. Manceaux.

Clinique obstétricale de M. le docteur A. Mattei. Tome III, sixième livraison. — A. Delahaye, Paris, 1871.

Les deux auteurs dont nous nous proposons d'analyser aujourd'hui les récentes publications sont depuis longtemps déjà connus du monde médical. L'un et l'autre en effet ont beaucoup écrit ! Depuis près de trente ans, il ne se passe pas d'années que M. Putégnat ne mette au jour quelques productions nouvelles, toujours marquées au coin de l'originalité. Sur les trente et un écrits scientifiques de cet auteur six ouvrages ont été couronnés par les sociétés savantes. Trente années de travail opiniâtre n'ont pu tarir l'inépuisable fécondité de son esprit, et voilà qu'après avoir parcouru le vaste champ de la pathologie, il fait une dernière halte sur le terrain de l'obstétrique, où déjà il avait autrefois butiné, et qu'il rassemble ses nombreux articles publiés dans les recueils scientifiques en y ajoutant les souvenirs de sa longue expérience. Une dernière halte ? Non, car déjà M. Putégnat annonce la publication prochaine d'un *roman* intitulé Les inconnus, *Épisodes de la vie d'un médecin*. Ceci n'est pas, d'ailleurs, si nous nous souvenons bien, le premier ouvrage de ce genre qu'il ait enfanté, ni la première fois que cet actif confrère, membre de nombreuses sociétés savantes, six fois lauréat, mais non médecin, ni chirurgien de l'hôpital de Lunéville et quelque peu aigri par des déboires politiques, met le public dans la confidence de ses griefs et de ses amertumes.

Revenons aux *quelques faits d'obstétricie* répandus, malgré la modestie de ce titre, dans une longue série de *quarante-trois articles*. On s'attend bien que nous ne les passerons tous en revue ; mais nous indiquerons au moins les principaux.

Le premier article est consacré au *vaginisme*, que l'auteur ne paraît pas envisager au même point de vue que Marion Sims. Quoique les dix observations qu'il rapporte soient déjà très-succinctes et même un peu trop écourtées, nous essayerons ici de les résumer sommairement en indiquant les diverses lésions constatées dans chacun de ces cas. Dans les deux premières observations, l'obstacle douloureux à la consommation de l'acte conjugal tenait à la persistance de la membrane hymen, et les tentatives aussi réitérées que vaines du mari avaient amené une hyperesthésie extrême de l'orifice vulvaire. Dans la troisième observation, la cause de la contracture du sphincter est restée inconnue aussi bien que dans la neuvième. Dans les autres cas, la sphinctéralgie était liée à une fissure, à des érosions, à un polype, à une vulvite traumatique. M. Putégnat conclut de ces faits que la cause première du vaginisme pouvant être très-variable, le traitement de cette affection ne doit pas être le même dans tous les cas ; aussi n'adopte-t-il pas exclusivement le traitement général et local conseillé par Scanzoni. Tout le monde sera de cet avis.

L'ensemble des autres articles fait naître une réflexion générale dont nous voulons nous décharger tout d'abord. Elle porte d'abord sur un défaut trop marqué de proportion entre les divers chapitres, eu égard à l'importance des sujets qui y sont traités, puis sur une singulière tendance à mêler à la science des points de vue qu'il serait bon d'en écarter autant que possible. Ainsi, certains chapitres reposent sur une ou deux observations souvent abrégées, tandis que d'autres s'étendent en de longues pages émaillées de citations bibliographiques innombrables et de digressions philosophiques ou religieuses. Il n'entrait nullement dans la nature de ce travail, simple recueil d'observations et de faits de présenter un tel

---

règlements en vigueur. Deux d'entre elles périclitaient déjà il y a peu de temps, et il n'est pas certain qu'elles existent encore en ce moment. A côté de ces universités libres, l'enseignement individuel est très-répandu dans diverses parties de l'Italie. La loi de 1862 accorde aux étudiants le droit de suivre des cours privés. Ils doivent en faire la déclaration au moment où ils prennent leur inscription annuelle, et ils se font rembourser une partie du montant de l'inscription en raison du nombre de cours privés qu'ils ont suivis. Ce remboursement a lieu à la fin de l'année, sur la délivrance de certificats émanant de professeurs légalement autorisés. Ces professeurs libres doivent être docteurs et munis d'une double autorisation du recteur de l'Université dans le rayon de laquelle ils résident, et du ministère de l'instruction publique.

Chacun sait que l'Italie est encore le pays du monde où le titre de professeur est le plus honoré, en dépit de la grande facilité avec laquelle chacun le prend. Ainsi, pour le dire en passant, il y a des professeurs d'électricité, de magnétisme, d'art dentaire, etc., et parmi eux des spécialistes intelligents. Il est inutile d'ajouter que ces professeurs ne sont pas ceux dont les certificats puissent dispenser l'élève des frais de ses inscriptions, mais leur nombre indique la grande liberté qui règne sous ce rapport dans la Péninsule. Nous aurons l'occasion d'y revenir lorsque nous passerons en revue chacun des divers centres d'instruction médicale.

Les mesures relatives à l'instruction des sages-femmes sont d'une grande simplicité. Un certain nombre d'élèves sages-femmes sont internées à la Maternité pendant une année seulement. Elles subissent deux examens, l'un théorique l'autre pratique, et ont à payer une somme minime de 39 francs pour le cours et le diplôme.

Il n'y a en Italie que des pharmaciens d'une seule classe. L'élève en pharmacie, muni du diplôme de *licenza liceale*, doit suivre les cours spéciaux à l'École de pharmacie. Il a six examens à soutenir : botanique, minéralogie, matière médicale, chimie organique, chimie inorganique et un dernier examen,

étalage d'érudition, ni de renfermer d'aussi violentes diatribes contre l'orthodoxie romaine. *Non erat hic locus!* Ce n'est pas, par exemple, sans un certain étonnement que l'on trouve à la fin d'un chapitre sur *les maladies du cœur et des poumons pendant la grossesse et la parturition* les préceptes suivants, empruntés à Fagund : « Excusari posse a peccato fœminam quæ statim post copulam se invertit ut semen emittat, ne concipiat, modo rationalis adsit causa v. g. periculum mortis in partu, aut labor magnus et incommodum in eo retinendo. »

Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur *les maladies qui peuvent survenir dans la grossesse* et signalé leur funeste influence, M. Putégnat étudie plus longuement l'*éclampsie puerpérale* à laquelle il consacre une vingtaine de pages. Il a observé, nous dit-il, six cas d'éclampsie : deux fois avant la parturition, deux fois pendant le travail, deux fois après l'accouchement; et après avoir rapporté aussi brièvement que possible l'histoire de chacun de ces faits, il les résume ainsi : Dans nos six faits, nous trouvons quatre primipares, trois décès (un avant le travail, un pendant, un après); trois fois les urines ont été examinées : une seule fois j'ai trouvé une très-grande quantité d'albumine, une fois un léger brouillard, et une autre fois il n'y en avait pas traces. Ce résultat démontre que l'albuminurie coïncide souvent, mais non toujours avec l'éclampsie puerpérale » (opinion de Brummerstädt, de Nægele et de Bailly).

Les articles suivants méritent à peine une simple mention. Ils renferment deux cas de *présentation de l'épaule*, neuf observations de *procidence du bras* (l'enfant est toujours arrivé mort; dans un cas, la brachiotomie a été faite; dans un autre, l'opération césarienne a été pratiquée sur la demande de la famille, mais sans succès); deux faits de *dystocie par résistance du périnée* et par étroitesse de la vulve.

Vient enfin, sur l'*usage du forceps*, un article plus long en même temps que plus substantiel, auquel nous nous arrêtons, car il révèle un praticien consciencieux et un accoucheur expérimenté.

L'auteur pense avec le professeur Stoltz qu'on ne doit pas recourir intempestivement ni trop tôt au forceps et qu'il faut attendre que la tête soit engagée et moulée au passage, car une tentative prématurée d'extraction exposerait inutilement la vie de la mère en même temps que celle de l'enfant. Il insiste ensuite sur quelques points relatifs à l'application manuelle du forceps. A ce propos, il rappelle le nouveau procédé récemment préconisé par M. Breyer, qui consiste, après avoir introduit une main et appliqué contre elle une branche du forceps, à faire exécuter un demi-tour à cette branche pour la placer du côté opposé. Il examine ensuite la valeur réelle de quelques-unes des modifications imprimées au forceps ordinaire.

En premier lieu se place le *rétroceps*. Si son inventeur, M. Hamon, est quelque peu ménagé, en revanche son disciple, M. Phelippeaux, ne l'est guère ; aussi n'entrerons-nous pas dans cette discussion remplie de trop violentes attaques. *Jam satis nugarum.* Les forceps de Flamand, de J. Hatin, de P. Dubois, de Nægele, de Stoltz, sont successivement passés en revue et n'échappent pas à sa critique. Le forceps de M. le professeur Pajot semble seul trouver grâce auprès de lui, car il se recommande, dit-il, par la brisure qui divise chaque branche en deux parties et qui permet ainsi à l'instrument d'être plus facilement portatif et de changer les cuillers. Les petits forceps de Jörg, de Van Huevel, de Wieger, etc... sont utiles, mais point indispensables.

Vient ensuite le tour du *léniceps* de M. Mattei qui, suivant son auteur, a fourni a M. Hamon l'idée du rétroceps, ce que nie formellement ce dernier. D'après M. Putégnat, le léniceps ne serait qu'une modification de l'instrument de Thenance et de Coutouly, et il ajoute : « Le léniceps ne saurait être adopté par les raisons données par MM. Tarnier, Hyernaux, Hamon, Aubenas, etc. Quoique le but de M. Mattei, qui est de prévenir une compression de la tête de l'enfant, soit très-louable, son engin cependant doit être considéré comme une conception tout à fait malheureuse. »

Voyons maintenant les *forceps à tractions continues*, ou soutenues mécaniquement. C'est avec moins de rudesse, mais non sans malice, que M. Putégnat apprécie les forceps de M. Chassagny et de M. Joulin. D'après lui, l'instrument de M. Chassagny peut être remplacé par le forceps ordinaire, moins dispendieux, moins compliqué, moins effrayant et moins dangereux, et il doit, dans certaines autres circonstances, céder la place au céphalotribe, qui agit plus promptement et plus sûrement pour la mère.

L'*aide-forceps de M. Joulin* partage à son tour les reproches adressés au précédent. L'un et l'autre ont le double mérite, fait spirituellement observer M. Putégnat, d'être toujours parfaits, quoique sans cesse perfectionnés. Cependant la condamnation qu'il porte contre ces deux instruments ne paraît pas devoir être sans appel, et lui-même atténue plus loin son verdict trop sévère.

Ce long mais intéressant chapitre se termine par des considérations très-judicieuses sur l'emploi de la force dans les accouchements. Ce sujet est traité en premier lieu au point de vue de la mère, puis à celui de l'enfant. Ce n'est pas sans surprise que nous relevons un fait rapporté par cet auteur, et qui montre jusqu'à quel chiffre énorme les tractions peuvent être impunément poussées. Il dit en effet avoir eu recours, sans produire d'accidents osseux sur la mère, à une force de 210 kilogrammes. Une seconde fois, il a été contraint d'user d'une force de cinq hommes, que l'on peut évaluer à 300 kilogrammes environ, et dans ce cas la femme s'est bien

---

qui est public, d'analyse. Les examinateurs sont au nombre de trois pour les cinq premiers examens, de cinq pour le dernier.

Je ne sais si le niveau des études s'est élevé en Italie depuis 1859 et quelle comparaison l'on pourrait établir entre l'époque actuelle et le temps où toutes les universités indépendantes faisaient partie de plusieurs États politiques, mais l'excellent professeur Matteucci, qui nous honorait de sa bienveillance, estimait, nous écrivait-il, la proportion des refus aux examens à 6 pour 100 des admissions. Cette même proportion est évaluée de 15 à 25 pour 100 pour les Facultés de France ; en Angleterre et en Allemagne on l'estime à près de 50 pour 100; et l'on conclut généralement que la proportion des refus est en raison inverse de l'indulgence des examinateurs. Le professeur dont nous aimons à rappeler le nom crut devoir à diverses reprises appeler l'attention de ses collègues du Sénat et de l'Université sur cette indulgence des universités italiennes. La question financière ne serait pas moins importante à élucider, mais cette question est très-complexe, et les résultats qui permettraient de la résoudre ne sont pas publiés assez récemment ou sont trop près de la constitution du nouveau royaume italien pour en tirer des conclusions définitives. Jusqu'en 1867, l'État a dépensé depuis l'annexion, pour l'ensemble des universités, trois fois plus que les États italiens réunis avant cette annexion; mais il faut tenir compte des dépenses que nécessitent toujours les modifications, l'augmentation du traitement des professeurs dans plusieurs universités, etc.

Quoi qu'il en soit, et pour ne parler que de la médecine, les diverses Facultés du pays comptent des savants distingués ; la multiplicité des règlements élaborés depuis quelques années, l'extension des attributions accordées aux conseils de l'Université et aux diverses commissions de son ressort, les détails relatifs à la liberté de l'enseignement, etc., témoignent d'un désir de progrès qu'il est bon de constater. Il y a là une activité qui rappelle la réponse significative de ce philosophe devant lequel on niait le mouvement et qui se mit à marcher.

A. Dureau.

rétablie et a eu depuis deux autres accouchements, dont un laborieux terminé par le forceps.

Nous acceptons avec d'autant plus de réserve de pareilles données qu'elles sont tout à fait contraires à l'opinion du professeur Pajot et de M. Bailly, qui regardent comme détestable sous tous les rapports l'emploi d'une grande force dans les accouchements. D'autre part, elles viennent à l'appui des expériences de M. Delore sur l'extrême résistance du bassin et des symphyses. Dans l'intérêt de l'enfant, il y a une distinction très-importante à établir que M. Delore n'a point négligée et dont M. Hamon a omis de parler dans son Manuel du rétroceps : la résistance à la sortie de la tête du fœtus vient ou des parties molles ou des parties osseuses du bassin de la mère, la tête de l'enfant étant supposée bien conformée. Dans le premier cas, la force de traction peut être portée jusqu'à 130 kilogrammes, d'après M. Delore. Lorsque la dystocie tient à un rétrécissement osseux du bassin, ou quand la tête butte contre l'angle sacro-vertébral et la face postérieure du pubis, la pression est plus grande, à force égale de traction, que dans le cas précédent; aussi voit-on souvent une fracture du crâne se produire sous l'influence d'une traction supérieure à 80 kilogrammes. C'est là, comme le fait avec juste raison remarquer M. Putégnat, un des grands reproches que l'on doit adresser à la rétrocepsie, et auquel les partisans du forceps asymétrique oublient de répondre.

Le léniceps de M. Mattei a été, il est vrai, inventé dans le but de séparer la force compressive de la force de tension; mais, comme le fait observer M. Delore, il y aurait là une illusion, car le léniceps glisse sur la tête jusqu'au moment où il exerce une constriction suffisante. Si nous nous sommes si longuement étendu sur ce chapitre, c'est qu'il constitue en réalité le sujet à la fois le plus important et le mieux traité de cet ouvrage. Nous serons plus bref sur les chapitres suivants, dont la plupart ne nous semblent mériter qu'une simple mention.

Nous trouvons rapportés trois cas d'*opération césarienne :* l'une nécessitée par une déformation rachitique du bassin, l'autre par une tumeur intra-pelvienne; toutes les deux suivies de mort; puis viennent quelques bons articles sur la *rupture de l'utérus pendant la parturition*, sur le *relâchement des symphyses du bassin* pendant et après l'accouchement, enfin sur les *abcès des ligaments larges.*

Après avoir tracé un historique tout constellé de citations bibliographiques (on en trouve plus de trente dans une seule page!), M. Putégnat divise les abcès des ligaments larges en deux groupes : 1° *engorgements iliaques* terminés par résolution (7 observations); 2° les *abcès iliaques*, qu'il range en trois classes, suivant que le pus s'est fait jour dans un organe voisin (2 observations) ou à l'extérieur (3 observations).

L'article suivant est consacré à la *phlegmatia alba dolens.* L'auteur avait déjà, en 1831 (séance de l'Acad. de méd., 19 juin), mentionné la fièvre typhoïde au nombre des conditions pathogéniques de la phlegmasie blanche. Suivant lui, elle résulte d'une obstruction veineuse reconnaissant pour cause : 1° une inflammation de la veine; 2° une compression de celle-ci; 3° un caillot produit, soit par une cachexie, soit par l'état puerpéral. Sur 20 observations que nous regrettons de ne voir ni reproduites ni même résumées dans son article, il compte 6 hommes, dont un atteint d'un double œdème des membres inférieurs, 14 femmes dont une âgée de cinquante-deux ans atteinte d'une fracture du tibia et d'un cancer utérin, et une autre de quarante-six ans, tuberculeuse.

Les *accidents arrivés au fœtus pendant la parturition* (fracture de l'humérus, arrachement d'un membre, amputation d'un bras, désarticulation d'une épaule, lésions du cuir chevelu, de la face et du crâne, décollation accidentelle) sont plutôt indiqués que décrits. M. Putégnat nous dit avoir pratiqué quatre fois la perforation du crâne sur le vivant suivant le procédé de Baudelocque, et dans un cas il a observé un fait aussi rare qu'effrayant (*horrescit referens*), déjà signalé par Laborie : c'est la persistance de la vie, et même des cris de l'enfant, après la céphalotripsie!

Le quarante-troisième article a trait aux *vices d'insertion du placenta et à ses diverses altérations.* Nous ne citerons que pour mémoire le paragraphe consacré aux *hématomes placentaires*, car sauf sept observations très-succinctes, les travaux d'autrui, et en particulier ceux de MM. Bustamente et Verdier, en font tous les frais.

Tel est en substance le livre de M. Putégnat. Nous ne saurions mieux résumer notre opinion sur cet ouvrage qu'en reproduisant celle qu'un habile critique (M. Aubert) a récemment émise : « Sauf l'abus de trop parler de soi, de trop citer les autres, de se laisser aller à de trop fréquentes sorties au sujet de l'orthodoxie romaine et des « *encapuchonnés* », il reste un recueil de faits instructifs bon à consulter, et qui, joint aux très-nombreuses publications antérieures, témoigne chez son auteur de ses convictions ardentes, d'une singulière activité d'esprit et d'un grand amour du travail. »

— La *sixième livraison de la* Clinique obstétricale de M. le docteur Mattei forme la fin du troisième et dernier volume de ce recueil qui ne renferme pas moins de trois cents observations toutes personnelles. La nature même de ce travail vraiment considérable en rend à peu près l'analyse impossible, et la candidature que son auteur vient de poser devant l'Académie nous dispose peu à la critique. M. Mattei a eu soin de faire suivre son ouvrage d'une statistique raisonnée des observations qui sont décrites en détail dans les trois volumes de sa Clinique obstétricale. Le lecteur trouvera dans ce résumé, que la multiplicité des faits contenus dans un tel travail rendait indispensable, le fil destiné à le guider à travers ce labyrinthe obstétrical. Grâce à cette ingénieuse table des matières, on pourra lire en détail les observations qui paraîtront intéressantes et y puiser de précieux enseignements.

C'est donc plutôt un livre à consulter qu'un ouvrage à lire de longue haleine; mais nous ne doutons pas que les praticiens ne trouvent beaucoup à glaner dans cette riche collection de faits recueillis par un accoucheur expérimenté.

F. Labadie-Lagrave.

VARIÉTÉS.

Obsèques de M. Laugier.

Une assistance nombreuse, dans laquelle on remarquait des délégations de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine et de l'Association générale des médecins de France, a rendu dimanche dernier, dans l'église de la Trinité, les derniers devoirs à M. le professeur Laugier; à cet homme aimable et distingué, à ce praticien éminent, qui était dans le monde des chirurgiens, par les qualités de l'esprit et du cœur, ce qu'avait été dans le monde des médecins un autre confrère, mort récemment, le regrettable et tant regretté M. Blache; à cet ancien élève de Dupuytren, qui s'était assis dans la chaire de son maître et y avait fait asseoir avec lui la douceur au lieu de la dureté, la douce familiarité au lieu de la domination, sans rien perdre de l'autorité du professeur et du praticien.

Le soin des derniers adieux avait été confié : au nom de l'Académie des sciences, à M. Nélaton, qu'une trop vive émotion a forcé de passer son discours à M. H. Bouley; au nom de l'Académie de médecine, à M. Broca; au nom de la Faculté de médecine, à M. Verneuil; au nom des élèves de Laugier, à M. F. Guyon. Ne pouvant reproduire tous ces discours, nous choisissons les deux derniers, qui mettent le plus en saillie les mérites de Laugier comme homme et comme savant.

DISCOURS DE M. VERNEUIL.

Dans le courant du mois dernier, M. Laugier était encore au milieu de nous, remplissant le matin ses fonctions de professeur de clinique et prenant part pendant le jour à nos conseils ou à nos actes scolaires.

Le 8 janvier, il faisait à l'Académie des sciences une lecture pleine

d'intérêt; trois jours après, à l'Hôtel-Dieu, il pratiquait d'une main sûre une des plus grandes opérations.

En voyant à l'œuvre ce vénérable doyen de la chirurgie, plein de vie, et semblant porter sans effort le poids de soixante-treize années, personne n'eût pensé à une prochaine catastrophe. L'intelligence était entière, la physionomie naturelle, les sens intacts, la démarche assurée; nulle trace d'infirmités. Le temps avait respecté le fourreau comme la lame et n'avait imprimé sur ce beau visage ni rides profondes ni stigmate quelconque de sénilité.

Depuis quelques jours seulement, M. Laugier accusait quelques troubles dyspeptiques et un peu de faiblesse; une légère pâleur trahissait vaguement un malaise caché; mais à plusieurs reprises, les années précédentes, nous l'avions vu tourmenté par des manifestations arthritiques passagères, aussi, lorsqu'il consentit à prendre quelque repos, nous le laissâmes s'éloigner sans concevoir d'inquiétude, convaincus que nous étions de son prochain retour.

Il devait en être autrement.

Depuis plusieurs années une maladie générale, le diabète, minait sourdement cette nature si robuste en apparence; elle s'était singulièrement aggravée pendant la longue période du siége, dont notre collègue, malgré son âge, avait bravement accepté la fatigue, les périls, les privations et aussi les cruelles angoisses.

Non content de conduire son immense service à l'Hôtel-Dieu, il soignait encore ses blessés à l'hôtel du Louvre et dans les ambulances de la ville.

Nommé par le gouvernement du 4 septembre membre du Conseil de l'Assistance publique, il prit sa part de la lourde tâche qui consistait à assurer le service hospitalier dans ces jours de détresse.

A la surface, il paraissait ferme, calme, rassuré, pourtant il était dévoré d'inquiétude sur le sort de son fils qui courait la campagne avec son ambulance, et souffrait peut-être plus encore des désastres inouïs de la France, qu'il avait vue si longtemps puissante et prospère.

Lors de la capitulation, il était à bout de force et de courage. Le 1a mars, il sortit de Paris; lorsqu'il y rentra, il parut remis de ses émotions, de ses fatigues et reprit aussitôt le cours habituel de ses travaux.

Jeudi dernier, la Faculté apprit avec la plus douloureuse surprise que M. Laugier avait succombé le matin même; elle me confia le pieux devoir de lui adresser en son nom les derniers adieux.

Stanislas Laugier naquit le 28 janvier 1799; il sortait d'une ancienne et honorable famille de Paris; son père, professeur de chimie au Muséum, directeur de l'École de pharmacie, membre de l'Académie de médecine, était allié ou parent des Fourcroy et des Arago. C'est dans cette atmosphère élevée que grandit le jeune homme à qui la nature avait d'ailleurs prodigué ses dons les plus précieux.

Il aimait passionnément les sciences et en particulier l'astronomie, il se prépara donc à l'École polytechnique, mais une fièvre typhoïde l'empêcha d'y entrer; alors il se tourna vers les études médicales et les commença seulement après sa vingtième année révolue; il regagna vite le temps perdu sous la direction de Fouquier et surtout de Dupuytren dont il fut l'élève pendant quatre ans.

En 1825, il obtenait la médaille d'or; en 1829, gagnait au concours une place d'agrégé, et en 1831 entrait au Bureau central. L'Académie de médecine lui ouvrait ses rangs en 1844, devant plus tard l'appeler à l'honneur de la présidence. Enfin, la Faculté de médecine le recevait en mars 1848 professeur de clinique chirurgicale.

Ce n'était point sans peine que M. Laugier avait parcouru ces étapes successives de la carrière scientifique.

En ce temps-là, tous les grades se gagnaient au grand jour, à la suite de concours publics restés célèbres et qui, s'ils ne représentaient pas toujours la justice idéale, barraient du moins la route aux personnalités impuissantes ou vulgaires. C'est seulement le quatrième de ces concours qui ouvrit à M. Laugier les portes de l'École.

Vers 1830, il avait débuté dans la littérature médicale en recommandant un procédé opératoire nouveau pour guérir la *fistule lacrymale*. Bientôt après, il attachait son nom à une variété rare de *hernie crurale*. Chargé d'un service important à l'hôpital Beaujon, où il assistait fréquemment Marjolin, il y recueillit des matériaux nombreux. Il les utilisa sous le titre modeste de BULLETIN CHIRURGICAL, un recueil périodique où il réunissait aux faits de sa pratique une analyse des principales productions chirurgicales de l'époque. Les observations originales étaient fort intéressantes, la critique juste, sérieuse, modérée, tout en restant ferme. Cette œuvre utile fut interrompue par la préparation successive de deux concours (1841-1842); elle ne fut point reprise et ce fut grand dommage, car le jeune chirurgien y montrait des qualités éminentes: instruction solide, jugement droit, aptitudes remarquables pour l'observation et la pratique.

On retrouve dans les deux petits volumes du BULLETIN CHIRURGICAL bon nombre d'idées originales, d'aperçus ingénieux et d'appréciations pleines de justesse, qui classèrent désormais le rédacteur parmi les hommes distingués de son époque.

Parmi les thèses de concours écrites par M. Laugier, il faut signaler celle qui traite des *cals difformes*, et puis une autre de 1841, qui a pour titre les *Lésions traumatiques de la moelle épinière*.

Pour tout autre que M. Laugier, l'avénement au professorat aurait été le couronnement de la carrière, c'était à la fois un théâtre et une tribune. Mais un dernier fleuron restait à conquérir, M. Laugier avait rêvé de s'asseoir à l'Institut aux côtés d'hommes illustres dans le commerce desquels il avait vécu et qui l'avaient toujours honoré de leur amitié et soutenu de leur crédit.

Moins porté vers la pratique militante que vers la science spéculative, plus heureux de travailler en silence que de briller en public, il ne rechercha ni les succès de la chaire, ni les grandes luttes de la tribune, mais poursuivit avec une rare persévérance sa compétition à l'Académie des sciences. C'est donc dans les actes de la célèbre compagnie qu'il faut surtout chercher les principales productions de M. Laugier; en 1839 il y portait un de ses plus intéressants travaux. Il signalait comme signe nouveau des fractures du crâne *l'écoulement d'un liquide séreux par l'oreille*. Il donnait de ce curieux phénomène une explication fautive, il est vrai, mais gardant le mérite d'avoir découvert à nouveau un symptôme dont la mention enfouie dans un vieux livre n'a été retrouvée que plus tard.

En 1840, nouvelle communication sur un signe propre à faire reconnaître *l'intestin dans la hernie étranglée;* en 1854-1855, deux mémoires d'un intérêt majeur sur le développement et la *structure des bourgeons charnus et sur les lésions dont ils peuvent être atteints*. La clinique et l'expérimentation sont tour à tour invoquées dans cette œuvre remarquable. Au reste, M. Laugier étudiait depuis bien longtemps cette question des plaies, si vieille et toujours si neuve, si vaste enfin que ni l'Académie de chirurgie, ni Hunter, ni Delpech n'avaient pu l'épuiser.

Dix ans auparavant, le 28 octobre 1844, il avait proposé un *mode de pansement nouveau*. L'appareil en était bien simple, une feuille de baudruche et une solution de gomme arabique en faisaient tous les frais; mais la doctrine cachée sous ces humbles dehors était grande et féconde: grande, car elle suscita de nombreuses réclamations de priorité à peu près sans base; féconde, car elle marque l'époque initiale des progrès incessants que le problème fait encore de nos jours. Les communications ultérieures de M. Laugier n'ont pas toutes la même portée. Dans un certain nombre d'entre elles, il ne s'agit que d'opérations plus ou moins rares couronnées de succès. Quelques-unes cependant renferment des idées originales qui ne sont pas sans valeur. Telles sont les notes sur *le traitement de la gangrène par l'oxygène*, sur *l'origine et le mode d'accroissement de l'hématocèle rétro-utérine* et sur *la localisation de la commotion cérébrale*.

L'Académie des sciences n'est point habituée à ce que les médecins travaillent aussi longtemps et aussi spécialement pour elle; elle remarqua sans doute l'assiduité et le zèle de M. Laugier et l'en récompensa le 17 février 1848, en lui donnant au premier tour de scrutin *quarante de ses voix*.

L'heure n'est pas venue de juger en dernier ressort l'œuvre de M. Laugier et de montrer la place qu'elle lui assigne parmi ses contemporains et ses émules, dès à présent toutefois on peut indiquer la voie qu'il a cru devoir suivre et les tendances qui l'ont guidé.

Si l'on excepte les hommes de génie qui sortent hardiment des sentiers battus et s'élancent dans les régions inexplorées, la plupart des travailleurs prennent un modèle et s'enrôlent sous la bannière d'un maître vivant ou mort. M. Laugier remonta jusqu'au siècle dernier pour choisir le sien; il professait pour J. L. Petit un véritable culte auquel nous devons d'avoir entendu, il y a quelques années à peine, l'éloge de ce grand chirurgien dans le vaste amphithéâtre de la Faculté. Cet intéressant anachronisme explique la direction que M. Laugier a donnée à ses travaux. Il s'est adonné surtout à l'observation clinique et à la recherche patiente des menus détails. L'inféodation à un maître présente des avantages et des inconvénients, elle est utile quand elle conduit à compléter l'œuvre inachevée de ce maître; elle est nuisible quand elle vous enchaîne au passé et vous laisse indifférent pour le présent et l'avenir. J. L. Petit fut sans contredit l'observateur le plus sagace et le clinicien le plus parfait de son époque. Mais avant M. Laugier, il eut bien des disciples et bien des imitateurs qui n'avaient laissé dans le champ moissonné que de rares et maigres épis. M. Laugier s'était donc condamné lui-même à une stérilité relative; certes il n'était point hostile aux idées nouvelles, mais il les laissait se développer à côté de lui sans leur prêter le secours de son talent, et comme par nature le progrès est au moins présomptueux sinon même ingrat, il dépassa sans tourner la tête le professeur de l'Hôtel-Dieu. M. Laugier eut encore le malheur de s'isoler dans le travail; nous avons déjà dit qu'il semblait fuir la discussion et les conflits ardents de la tribune. Sa timidité, sa simplicité, sa modestie lui

faisaient éviter la lutte où il aurait brillé tout comme un autre, ne fût-ce que par son bon sens remarquable et sa vaste expérience. A force de redouter le bruit, il a fait régner le silence autour de lui.

M. Laugier n'était pas orateur dans le sens littéraire du mot, et cependant sa parole était correcte et facile, il n'était ni fougueux, ni passionné, ni capable d'entraîner le public, mais en science, ces qualités ne sont pas indispensables, et pour convaincre, il suffit simplement d'avoir raison, de supporter la controverse et d'opposer avec calme la vérité à l'erreur.

On jugera M. Laugier comme écrivain par ses thèses de concours, par les articles classiques insérés dans le Répertoire des sciences médicales en 30 volumes et dans le Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. C'est surtout dans l'éloge de J. L. Petit qu'il a montré comment il savait manier la plume. Le succès de ce morceau littéraire fut légitime, et ceux-là n'en seront pas surpris qui sauront qu'à ses moments perdus M. Laugier était un poëte élégant.

C'est à l'hôpital surtout que se révélaient toutes ses aptitudes : diagnostic remarquablement sûr, pronostic rarement en défaut, appréciation rigoureuse des indications, connaissance approfondie et raisonnée des ressources opératoires, dextérité manuelle que l'âge même n'avait guère amoindrie, tout contribuait à faire de M. Laugier un clinicien consommé, humain, sage, prudent, essentiellement conservateur et naturiste.

La thérapeutique chirurgicale lui doit quelques procédés ingénieux et d'utiles innovations. J'y range : l'opération de la *cataracte par aspiration*, la *saignée locale des os enflammés et des fongosités synoviales*; son procédé anaplastique, délicat pour le *symblépharon*, et une application *heureuse de la cautérisation à la cure de l'anus ombilical*.

C'est qu'à l'hôpital aussi M. Laugier était chercheur; il le fut jusqu'au dernier moment. Cela suffirait pour le justifier du reproche d'apathie qui lui fut quelquefois adressé. Non, il ne fut jamais paresseux. Il travaillait à ses heures, irrégulièrement sans doute, mais il travaillait. Pendant le siége de Paris il observait des blessures par armes de guerre, prenant des notes, et le 2 janvier 1871, au fort de la lutte et alors que les esprits n'étaient guère disposés à l'étude, il discutait avec le général Morin *les effets que les projectiles produisent sur nos tissus*.

A peine M. Laugier avait-il repris son service à l'Hôtel-Dieu qu'une nouvelle occasion se présenta de mettre en relief cette constante tendance à la recherche. Un cas d'anus contre nature fut reçu dans ses salles; il offrait des dispositions insolites qui mettaient en défaut tous les procédés opératoires connus. Ces difficultés, loin de décourager notre collègue, excitèrent vivement sa curiosité et ses instincts de novateur. Il médita sans cesse et finit par imaginer un procédé aussi hardi qu'ingénieux dont il communiqua la description à l'Institut dans la séance du 8 janvier 1872.

Il était tout radieux d'avoir conçu une opération nouvelle et d'en avoir mené à bien l'exécution malaisée. Le 12 janvier il cessait d'aller à l'hôpital, mais se préoccupait continuellement de son opéré. Celui-ci, malgré les soins les plus attentifs et lorsque tout faisait présager la guérison, succomba aux suites d'une maladie nosocomiale. M. Laugier en fut très-péniblement affecté. Toutes ses espérances s'évanouissaient ; le plan opératoire, si ingénieusement conçu, n'avait pas été réalisé, et la mort ne laissait point la chance de le rectifier.

Tout porte à croire que cet épisode, malheureusement trop commun dans la pratique de notre art, ébranla fortement l'esprit impressionnable de M. Laugier et joua son rôle dans l'œuvre de destruction. On peut dire qu'en voulant prolonger les jours de l'un de ses semblables, notre collègue a diminué le nombre de ceux que le sort lui réservait. Cette douleur lui sera comptée, et ce sera justice, pour sa mémoire.

Cher et vénéré maître, modèle de droiture et de probité, vous nous quittez dans de bien tristes jours; votre perte épaissit encore le voile de deuil qui nous enveloppe. Aussi notre âme fatiguée se prend-elle à envier votre sort et à désirer l'éternel repos dont vous allez jouir. Mais pour ranimer nos courages, il ne nous faut que contempler votre fin. Vous avez jusqu'à la dernière heure travaillé pour l'humanité et pour la science française, debout jusqu'à la fin sur le rempart, vous avez lancé contre les infirmités humaines une flèche efficace, et vous n'avez dérobé à la vie active que juste le temps nécessaire pour mourir. Nous serions bien faibles et bien coupables de ne point vous imiter ; aussi jurons-nous sur le bord de votre tombe de ressaisir nos armes d'une main virile et de consacrer les années qui nous restent à relever par le travail et la fécondité cette gloire nationale que nos pères avaient su conquérir dans les sanglantes arènes de la guerre, et récolter plus radieuse encore dans les champs fertiles de la science.

DISCOURS DE M. GUYON.

Messieurs,

C'est au nom de ses élèves que j'adresse un dernier adieu au maître vénéré que nous venons de perdre. M. Laugier, dont la mémoire vivra dans la science, dans les grands corps enseignants et scientifiques auxquels il a appartenu, et qui viennent de lui donner, avec la plus grande autorité, de si hauts témoignages de leur affectueuse estime, a droit à des souvenirs plus intimes. Pendant sa longue et belle carrière, il a su se créer d'inaliénables titres à l'affection et au respect de bien des générations médicales. Ce sont ces titres qui n'étaient pas les moins précieux pour lui, que ses élèves tiennent à rappeler sur cette tombe qui va les séparer à jamais de leur maître.

C'est d'ailleurs dans la vie privée, c'est dans ces causeries familières qui unissent le maître à l'élève pendant la visite d'hôpital, qui forment le lien le plus puissant entre celui qui enseigne et celui qui écoute ; qui laissent dans le cœur les meilleurs souvenirs et dans l'esprit les plus solides bases de l'éducation médicale, que M. Laugier se livrait tout entier. Les grands traits de son beau et si respectable visage s'animaient alors sous l'éclat de ce regard vif et fin, de ce charmant sourire si expressif, si bien fait pour attirer et attacher l'auditeur. Son esprit ingénieux suivait avec entraînement tous les aspects que revêtait la question qui l'attirait.

Les plus grandes difficultés du diagnostic, les ressources les plus délicates du traitement, la recherche inventive d'instruments, de procédés nouveaux, tels étaient les problèmes qu'il aimait à voir se présenter, à discuter, à résoudre.

Et dans ces conversations familières où le maître s'oubliait près de ses élèves, combien de fois n'avons-nous pas entendu M. Laugier rendre hommage à ceux qui avaient commencé son éducation chirurgicale. Avec quel respect il nous parlait de Dupuytren, combien il aimait à rappeler le temps où il était interne d'une des sections du grand service de l'illustre chirurgien de l'Hôtel Dieu, dans ces mêmes salles où il avait lui-même à transmettre les grandes traditions de la chirurgie. M. Laugier avait eu sur ce théâtre ses premiers succès; c'est avec les observations recueillies dans ce service, dont il était le chef après en avoir été l'élève, qu'il avait jadis obtenu le prix de l'internat. Aussi la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu fut-elle pour notre cher maître la plus belle récompense de sa vie laborieuse. C'est dans les salles de cet hôpital célèbre qu'il a donné, pendant près de dix-huit ans, à de nombreuses générations d'élèves, l'exemple d'une pratique sage et cependant amie du perfectionnement, des tentatives et des recherches nouvelles; de l'honnêteté la plus absolue, du désintéressement, de la modestie, du dévouement, de la bonté.

Déjà souffrant, M. Laugier voulut reprendre la direction de son service d'hôpital pendant le siége de Paris, et, pour cela, il renonça au repos des vacances pour demeurer dans la capitale, que les événements menaçaient. Son âge et sa santé, la présence de son fils dans les ambulances, qui déjà s'étaient portées sur les points envahis du territoire, lui conseillaient de ne pas s'exposer aux rigueurs de l'investissement. Il voulut en courir les risques et remplir son devoir. « Je mourrai sur la brèche », disait-il souvent aux siens. Il a tenu sa promesse. Il y a à peine quelques semaines, M. Laugier faisait, dans sa dernière visite d'hôpital, une grande opération; quelques jours auparavant, il avait conçu et mis à exécution une méthode nouvelle d'entérotomie que le désespoir et les souffrances d'un de ses malheureux malades l'avaient conduit à imaginer.

Pour plusieurs d'entre nous, les rapports du maître à l'élève ont fait place à des relations amicales auxquelles M. Laugier savait vous convier avec simplicité, et auxquelles on pouvait se confier avec sécurité. C'était, pour lui, un accroissement de famille, et son fils aîné devait, à son tour, prendre place au milieu de ses élèves.

La mort n'a pas rompu le lien qui nous unit à vous, cher et vénéré maître ; le respect que vous nous avez appris à avoir pour ceux qui transmettent la science qu'ils ont acquise, nous nous ferons toujours honneur de l'avoir pour vous. Vous avez fait plus encore en nous ouvrant votre foyer, en nous donnant place intime dans votre famille; cette place, nous ne la déserterons pas ; nous y viendrons rechercher les souvenirs les plus sympathiques et les moins connus de votre délicate nature, de cet esprit si fin, de toutes ces qualités que vous aimiez si peu à montrer au public dans toute leur expansion. Nous nous estimerons heureux d'être les amis dévoués de la compagne de votre vie et de vos fils; nous nous souviendrons que votre mémoire ne serait pas complétement honorée, si nous n'étions pleins de respect pour elle et remplis d'affection pour ceux que vous avez aimés.

Assemblée nationale. Mesures contre l'alcoolisme. — Dans la séance du 16 février, l'ordre du jour appelait la discussion des propositions : 1° de MM. Vilfeu, Desjardins et plusieurs de leurs collègues, ayant pour objet d'ajouter aux articles 471 et 473 du Code pénal des dispositions répressives de l'ivresse publique et de combattre les progrès de l'alcoolisme.

Par suite d'une difficulté d'interprétation concernant le vote d'urgence émis dans une séance antérieure sur la proposition

de M. Roussel, celui-ci a consenti à ce que cette proposition devînt un simple amendement à celle de MM. Vilfeu et Desjardins. Il l'a donc retirée *pro forma*, se réservant de la reproduire à titre d'amendement au cours de la discussion.

Voici le texte du *projet de loi* présenté par la Commission chargée d'examiner les propositions et sur lequel s'est ouverte la première délibération :

Art. 1er. — Seront punis d'une amende de 1 à 5 francs inclusivement ceux qui seront trouvés en état d'ivresse manifeste dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics. — Les articles 474 et 483 du Code pénal seront applicables à la contravention indiquée au paragraphe précédent.

Art. 2. — Seront punis d'un emprisonnement de six jours à un mois et d'une amende de 16 à 300 francs ceux qui, ayant depuis moins de trois ans subi deux condamnations en vertu de l'article précédent, seront trouvés en état d'ivresse manifeste dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics. — Quiconque ayant été condamné en police correctionnelle pour ivresse depuis moins de deux ans, se sera de nouveau rendu coupable du même délit, sera condamné au maximum des peines indiquées au paragraphe précédent, lesquelles pourront être élevées jusqu'au double.

Art. 3. — Toute personne qui aura été condamnée deux fois en police correctionnelle pour délit d'ivresse manifeste, conformément à l'article précédent, sera déclarée par le second jugement incapable d'exercer les droits suivants : 1° de vote et d'élection ; 2° d'éligibilité ; 3° d'être appelée ou nommée aux fonctions publiques, ou aux emplois de l'administration, ou d'exercer ces fonctions ou emplois ; 4° de port d'armes, pendant deux ans à partir du jour où la condamnation sera devenue irrévocable.

Art. 4. — Sera puni des peines portées en l'article 2 tout électeur qui se présentera au lieu du vote, tout témoin qui se présentera devant les tribunaux, tout juré qui se présentera à la cour d'assises en état d'ivresse manifeste, tout maire, adjoint, conseiller municipal qui sera trouvé en état d'ivresse manifeste dans l'exercice de ses fonctions. — Seront punis des peines portées à l'article 2, paragraphes 2 et 3, ceux qui, ayant subi une condamnation en vertu du paragraphe précédent, seront de nouveau trouvés en état d'ivresse manifeste, dans les conditions prévues soit aux articles 1 et 2, soit au paragraphe précédent.

Art. 5. — Seront punis d'une amende de 1 à 5 francs inclusivement, les cafetiers, cabaretiers, et autres débitants qui auront laissé les consommateurs boire jusqu'à l'ivresse, qui auront donné à boire à des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis, non accompagnés. — La peine d'emprisonnement, pendant trois jours au plus, pourra, de plus, être prononcée contre les débitants qui auront reçu chez eux des gens ivres ou qui auront donné à boire à des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis, non accompagnés. — Les articles 474 et 483 du Code pénal seront applicables aux contraventions indiquées aux paragraphes précédents.

Art. 6. — Seront punis d'un emprisonnement de six jours à un mois et d'une amende de 16 à 300 francs les cafetiers, cabaretiers et autres débitants qui, ayant depuis moins de trois ans subi deux condamnations en vertu de l'article précédent, auront laissé les consommateurs boire jusqu'à l'ivresse, auront reçu chez eux des gens ivres, ou auront donné à boire à des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis, non accompagnés. — Quiconque, ayant été condamné en police correctionnelle pour l'un ou l'autre des délits prévus au paragraphe précédent depuis moins de deux ans, se sera rendu coupable de l'un ou de l'autre des mêmes délits, sera condamné au maximum des peines indiquées au paragraphe précédent, lesquelles pourront être portées jusqu'au double.

Art. 7. — Toute personne qui aura subi deux condamnations en police correctionnelle pour l'un ou l'autre des délits prévus en l'article précédent pourra être déclarée par le second jugement incapable d'exercer tout ou partie des droits indiqués en l'article 3. — Dans le même cas, le Tribunal pourra ordonner la fermeture de l'établissement pour un temps qui ne saurait excéder un mois, sous les peines portées par l'article 3 du décret du 29 décembre 1851. — Il pourra aussi, sous les mêmes peines, interdire seulement au débitant la faculté de livrer des boissons à consommer sur place.

Art. 8. — Sera punie d'une amende de 1 à 5 francs toute personne qui, n'ayant pas autorité sur un mineur âgé de moins de seize ans accomplis, l'aura conduit ou accompagné dans un des établissements indiqués aux trois articles précédents, pour lui faire donner à boire. — Les articles 474 et 483 du Code pénal seront applicables à la contravention indiquée au paragraphe précédent.

Art. 9. — Sera puni d'un emprisonnement de dix jours à un mois et d'une amende de 16 à 300 francs quiconque aura fait boire jusqu'à l'ivresse un mineur de moins de seize ans accomplis. — Sera puni des peines portées aux articles 6 et 7 tout cafetier, cabaretier et autre débitant de boissons qui ayant subi une condamnation en vertu du paragraphe précédent, se sera de nouveau rendu coupable, soit du même fait, soit de l'un ou de l'autre des faits prévus en l'article 5, dans le délai indiqué en l'article 6.

Art. 10. — Le Tribunal correctionnel, dans les cas prévus par la présente loi, pourra ordonner que son jugement soit affiché à tel nombre d'exemplaires et en tels lieux qu'il indiquera.

Art. 11. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux peines d'emprisonnement et d'amende portées par la présente loi. — L'article 59 du même Code ne sera pas applicable aux délits prévus par la loi.

Art. 12. — Les procès-verbaux constatant les infractions prévues dans les articles précédents seront transmis au procureur de la République dans les trois jours au plus tard, y compris celui où aura été reconnu le fait sur lequel ils sont dressés.

Art. 13. — Toute personne trouvée en état d'ivresse manifeste dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets et autres lieux publics, pourra être, par mesure de police, conduite à ses frais, par les agents de l'autorité, au poste le plus voisin, pour y être retenue jusqu'à ce qu'elle ait recouvré sa raison.

Les articles 14 et 15 sont relatifs aux moyens d'assurer l'exécution de la loi.

L'Assemblée a décidé qu'elle passerait à une seconde délibération.

Enseignement de la médecine. — La huitième commission d'initiative parlementaire, chargée d'examiner la proposition de loi de M. Alfred Naquet relative à la réorganisation de l'enseignement de la médecine, a déposé son rapport et conclu au renvoi de ce projet de loi à la Commission chargée d'examiner la proposition de M. le comte Jaubert relative à la liberté de l'enseignement supérieur.

Dans une séance suivante, M. Alfred Naquet a déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale une proposition de loi, signée de lui et de plusieurs de ses collègues, et ayant pour objet la nomination d'une commission de quinze membres, chargée d'étudier la législation de l'an XI sur l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour Paris, du 3 au 9 février 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Scarlatine, 3. — Rougeole, 8. — Fièvre typhoïde, 25. — Typhus, 0. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 48. — Pneumonie, 53. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 21. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 263. — Affections chroniques, 285 (1). — Affections chirurgicales, 70. — Causes accidentelles, 23. — Total : 821.

Le même bulletin, du 10 au 16 février 1872 :

Variole, 2. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 20. — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 38. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0 — Angine couenneuse, 11. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 233. — Affections chroniques, 294 (2). — Affections chirurgicales, 56. — Causes accidentelles, 14. — Total, 747.

(1) Sur ce chiffre de 294 décès, 140 ont été causés par la phthisie pulmonaire.
(2) Sur ce chiffre de 285 décès, 151 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Errata. — Dans l'article du docteur Rabuteau sur la Digitaline cristallisée, numéro du 2 février, page 66, ligne 1, *lisez* Aconit napel *au lieu de* aconit Napel, et ligne 25, *lisez* principes isolables *au lieu de* principes insolubles.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 29 février 1872.

SUR LE TANNATE ET LE GALLATE DE QUININE. — LA NOUVELLE-CALÉDONIE ET L'ILE DES SAINTES.

Sur le tannate et le gallate de quinine.

On l'a rappelé dans la dernière séance de l'Académie de médecine, le tannate de quinine n'est pas un agent nouveau en thérapeutique. Il y a vingt-cinq ans déjà, on l'employait dans les fièvres intermittentes, et des rapports avaient été faits, desquels il résultait que ce médicament était moins actif que le sulfate de quinine, qu'il n'agissait pas aussi bien que ce dernier dans les fièvres pernicieuses, mais qu'il guérissait néanmoins aussi bien que lui l'intoxication paludéenne. On avait remarqué en outre qu'il ne fatiguait pas l'estomac, qu'il était utile surtout dans les fièvres accompagnées de sueurs et lorsqu'il existait de la diarrhée; il faisait disparaître cette dernière, tandis que le sulfate de quinine la produit parfois.

Après la lecture d'un rapport fait par M. Hérard sur un mémoire présenté par un médecin qui, à la suite de 500 observations, s'était cru autorisé à avancer que le tannate de quinine était le meilleur remède de la diarrhée cholérique, il s'est élevé, dans l'Académie de médecine une discussion qui n'est peut-être pas terminée encore. Le tannate de quinine a été d'abord déclaré une substance inerte : il a été poursuivi, proscrit au nom de son insolubilité, et aussi au nom de la théorie; car il est des écrivains qui ont fait beaucoup de mal à la chimie physiologique et à la thérapeutique en écrivant beaucoup et n'expérimentant pas. Mais, M. Vulpian ayant démontré que l'on pouvait provoquer dans l'urine la réaction de la quinine, après l'administration du tannate, la discussion est devenue plus animée.

Afin de mieux mettre le lecteur au courant de la question, nous avons cru devoir la lui présenter d'une manière expérimentale. Nous avons donc voulu voir par nous-même ce qu'il en était. Comme on a dit que le tannate de quinine présentait une composition variable, et comme on ne spécifie pas assez en général les caractères des substances sur lesquelles on fait des recherches, nous avons eu soin de préparer nous-mêmes le sel dont nous avions besoin. Ceux qui voudront opérer comme nous arriveront, de cette manière, aux mêmes résultats que nous. En procédant ainsi, on n'observe plus ces désaccords qui sont inévitables lorsqu'on ne se place pas dans les mêmes circonstances. Après avoir parlé du tannate, nous dirons un mot du gallate de quinine, dont l'étude se rattache intimement à celle du premier composé.

Nous avons précipité une solution de bisulfate de quinine par une solution de tannin, et nous avons obtenu une substance d'un blanc jaunâtre qui a été lavée à l'eau froide sur un filtre, puis desséchée. Elle avait, après la dessiccation, une coloration plus jaunâtre que lorsqu'elle était humide. Nous l'avons lavée à l'eau froide avant de la dessécher, parce que le tannate de quinine, mis dans l'eau bouillante, se ramollit, forme une masse poisseuse avant de se dissoudre. La partie qui ne s'est pas dissoute présente l'aspect indiqué; mais, par le refroidissement, la masse devient fragile et facile à réduire en cette poudre jaunâtre, état sous lequel se présente le tannate de quinine.

On est étonné de la quantité de ce sel qu'on peut obtenir avec un poids donné de sulfate de quinine du commerce, transformé préalablement en bisulfate. Ainsi, avec 10 grammes de ce sulfate, nous avons eu 34 grammes de tannate, et ce nombre est un peu trop faible, car nous négligeons les pertes que nous avons éprouvées par le lavage du précipité; pertes que nous pouvons évaluer peut-être à 2 grammes. Ce résultat, important à noter, tient à ce que, le poids moléculaire du tannin étant très-élevé, la molécule de tannate de quinine doit peser bien plus que celle du sulfate de cette base.

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Suite. — Voyez le numéro 8.)

PORTUGAL.

L'organisation de l'enseignement et l'exercice de la médecine dans ce pays sont régis par les lois et règlements de 1836, 1837, 1840, 1861, 1865, auxquels il faut ajouter un arrêt récent, de juin 1870, concernant le rétablissement des officiers de santé. Cette organisation diffère notablement de ce que nous avons déjà étudié en Danemark et en Italie.

Il y a pour tout le pays, sur le continent, une Faculté de médecine à Coimbre, deux écoles médico-chirurgicales à Lisbonne et à Porto, et pour les colonies deux écoles secondaires, à Madère et à Goa.

La Faculté de Coimbre confère seule les grades de bachelier (*bacharel*) et de docteur en médecine; mais ces grades ne donnent aucun privilége quant à l'exercice de la médecine, et les écoles médico-chirurgicales remettent après la thèse (*acto grande*) un diplôme de médecin-chirurgien qui permet d'exercer la médecine et la chirurgie, y compris l'obstétrique, dans tout le pays. C'est à la Faculté de Coimbre que sont annexés les cours spéciaux pour les officiers de santé. Les écoles médico-chirurgicales forment aussi des pharmaciens et des sages-femmes et délivrent les diplômes ou brevets nécessaires.

C'est de l'école médico-chirurgicale de la capitale du Portugal, celle de Lisbonne, dont nous allons plus particulièrement nous occuper, en rappelant que l'école de Porto est soumise aux mêmes règlements. On remarquera que ces établissements jouissent d'une parfaite autonomie quant à leur administration, droits et priviléges.

D'après la quantité de tannate obtenu, nous voyons que la molécule de ce sel pèse approximativement 3,5 fois autant que la molécule de sulfate de quinine, et l'on arrive, par le calcul basé sur les poids atomiques ou sur les équivalents, à trouver que le tannate de quinine est formé par l'union de deux molécules de tannin avec une seule molécule de quinine.

On ne saurait trop appeler l'attention sur cette circonstance lorsqu'on veut comparer les effets du tannate de quinine à ceux du sulfate. On voit que, pour obtenir théoriquement avec le tannate les effets produits par 1 gramme de sulfate, il faudrait en employer près de 4 grammes. M. Lambron et, en dernier lieu, M. Vulpian avaient déjà noté qu'il fallait prendre en considération cette même circonstance dans l'appréciation de l'action physiologique et thérapeutique du tannate de quinine. Toutefois, lors même qu'on en tient compte, on n'observe pas sous l'influence de ce sel les effets énergiques du sulfate de quinine, comme nous l'avons pu vérifier nous-même dans l'expérience suivante :

Nous avons pris 3 grammes de ce sel vers dix heures du soir. Cette quantité ne correspondait pas tout à fait à 1 gramme de sulfate de quinine; toutefois, elle aurait été suffisante pour produire déjà les effets de l'ivresse quinique, si le tannate agissait comme le sulfate de cette base. Or, nous n'avons pas ressenti, ni deux heures, ni même cinq heures après l'ingestion de ce médicament, le moindre bourdonnement d'oreilles, la moindre incertitude des mouvements. Il n'en avait pas été de même dans une expérience faite il y a quatre ans bientôt, et dans laquelle nous avions pris 1 gramme de sulfate de quinine (*Gazette hebdomadaire*, 6 novembre 1868). Nous avions donc un terme de comparaison.

Mais le fait le plus important, celui qui avait été le plus combattu à l'Académie de médecine, c'était le passage de ce sel ou, du moins, de la quinine dans les urines. M. Briquet avait dit qu'après avoir donné 4 à 8 grammes de tannate, il n'avait pu retrouver un atome de quinine dans les urines. D'un autre côté, M. Mialhe, se fondant sur des aperçus théoriques, comme, à notre sens, il l'a fait trop souvent, affirmait, vu l'insolubilité du tannate de quinine, que ce sel était une matière inerte. Or, M. Vulpian était arrivé à des résultats opposés; il avait fort bien remarqué que si les effets de l'ivresse quinique n'avaient pas été perçus par ses malades, le passage de la quinine dans leurs urines pouvait être constaté à l'aide de l'iodure de potassium ioduré.

Nous avons donc cherché la quinine dans nos urines. Or, le liquide qui fut recueilli le matin, neuf heures après l'ingestion du tannate, donna un précipité abondant après l'addition d'iodure de potassium ioduré. Ainsi nous avions la preuve que le tannate avait été absorbé, ou que, du moins, une certaine quantité de quinine avait passé dans le torrent circulatoire. Le précipité était faible quinze heures après l'ingestion du médicament; enfin cinq heures plus tard, il était à peine manifeste.

Pour expliquer les résultats positifs au point de vue de l'élimination du tannate de quinine, remarquons que ce sel n'est pas complétement insoluble. Divers expérimentateurs ont insisté déjà sur ce fait. Nous avons vu nous-même que notre tannate se dissolvait très-notablement dans l'eau bouillante, car ce liquide chargé de tannate, et tout à fait limpide, est devenu aussi opalescent que le lait à la température de 8 degrés. Nous avons trouvé, par l'un des procédés usités pour déterminer la solubilité des sels, que 1000 parties d'eau bouillante dissolvaient 7 parties du tannate que nous avions préparé, et que 1000 parties d'eau à 8 degrés en dissolvaient 1,2 parties.

Comment se fait l'absorption du tannate? On ne peut plus invoquer maintenant l'insolubilité de ce sel surtout à la température de 37 à 38 degrés; car M. Regnauld s'est assuré qu'à cette température le tannate était notablement plus soluble qu'à froid. D'un autre côté, ce sel était-il plus soluble dans le suc gastrique que dans l'eau?

Pour répondre à cette question, nous avons mis un excès de tannate de quinine dans du suc gastrique de chien recueilli et filtré depuis une demi-heure, et nous avons mis également un excès du même sel dans une quantité d'eau exactement égale à celle du suc gastrique. Or, après quinze heures, ces deux liquides ayant été filtrés et analysés, nous avons constaté que le premier contenait à peine un peu plus de sel quinique que le second.

Nous avions donc la preuve que le tannate de quinine n'était guère plus soluble dans le suc gastrique que dans l'eau.

Ce résultat faisait exclure la pensée que cette substance pourrait se transformer dans l'estomac en gallate, sel beaucoup plus facilement absorbable que le tannate. Toutefois, nous avons voulu voir si les acides ne pourraient pas opérer cette transformation.

Nous avons mis un peu de tannate en suspension dans de l'eau, dans deux vases séparés, et nous avons ajouté à l'un d'eux

---

Le nombre des élèves qui suivent chaque année les cours de l'École de Lisbonne est en moyenne de cent soixante-dix. Les conditions d'admission sont les suivantes : être âgé d'au moins quatorze ans, présenter un certificat d'examens des études préparatoires faites dans un lycée de première classe ou dans un collége royal militaire. Ces études sont les suivantes : grammaire et langue portugaise, latin, mathématiques élémentaires, principes de physique et de chimie et introduction à l'histoire naturelle des trois règnes, philosophie rationnelle et morale et principes de droit naturel, histoire, géographie et chronologie, dessin linéaire, langue anglaise, langue française, physique, chimie inorganique et organique (cours d'une École polytechnique, d'une Académie du même nom ou d'une Faculté de philosophie). La durée des études est de cinq ans, mais lors de chaque inscription l'élève doit produire, non-seulement les certificats d'examens des années précédentes, mais pour la deuxième année, un certificat d'étude de zoologie, pour la troisième un certificat de botanique (ces deux cours d'une École polytechnique, d'une Académie du même nom ou d'une Faculté de philosophie), pour la quatrième année, un certificat de présence ou d'étude de pharmacie, pour la cinquième un certificat de clinique médicale et chirurgicale. La présence des élèves est exigée aux cours : vingt absences sans causes valables, peuvent faire perdre une année d'études. A la fin de l'année, les professeurs de chaque cours remettent l'état matricule des élèves qui suivent ce cours, avec le nombre d'absences, les motifs de ces absences et le conseil de l'École après avoir délibéré, classe les élèves selon l'ordre de mérite, pour passer l'examen. Ces questions sont tirées au sort. Le jury d'examen se compose du professeur titulaire de la matière ou d'un suppléant président, et de deux examinateurs, professeurs titulaires ou suppléants. Chacun des examinateurs interroge pendant un quart d'heure. Les examens sont publics. Les épreuves sont appréciées par des A ou des R (admission ou refus). Trois A ou boules blanches valent une approbation, deux boules blanches et une noire équivalent à une appro-

quelques gouttes d'acide sulfurique et à l'autre quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Or la dissolution ne s'est pas mieux opérée que dans un autre vase contenant une égale quantité de tannate en suspension, et dans lequel on n'avait pas mis d'acide. Ayant porté alors à la température de l'ébullition le contenu de chacun de ces vases, nous avons vu que la dissolution se faisait dans les trois cas, mais que chacun des liquides devenait opalescent par le refroidissement. Ainsi, même à chaud, le tannate ne s'était pas transformé en gallate, ou du moins la transformation avait dû être bien faible, car si le gallate avait remplacé le tannate, la liqueur, à cause de la solubilité du gallate, serait demeurée limpide malgré l'abaissement de la température.

Ces expériences nous ont conduit naturellement à nous demander quels seraient les effets du gallate de quinine.

Afin d'être certain de ce que nous faisions et n'ayant pas d'ailleurs trouvé ce sel dans le commerce, nous en avons préparé nous-même.

Ce sel est, de même que le tannate, soluble dans l'alcool, mais il s'en distingue nettement par sa grande solubilité dans l'eau bouillante. L'eau froide en dissout également une quantité considérable, de sorte que, pour l'obtenir, on conseille de précipiter par l'acide gallique une solution concentrée d'un sel de quinine. Nous l'avons préparé de la manière suivante, qui nous a donné de bons résultats : Nous avons dissous ensemble de la quinine et de l'acide gallique dans l'alcool bouillant; puis, après avoir évaporé, nous avons traité le résidu par l'eau bouillante, qui a laissé déposer du gallate de quinine par le refroidissement. On dit que ce sel ne cristallise pas; cependant le produit obtenu, qui paraissait amorphe, s'est présenté au microscope formé de cristaux prismatiques d'une grande netteté.

Si l'on admet que le gallate de quinine présente une composition analogue à celle du tannate, c'est-à-dire qu'il soit formé par la combinaison de deux molécules d'acide gallique avec une molécule de quinine, on trouve que le poids moléculaire de ce sel supposé anhydre est seulement 564, celui du sulfate ordinaire étant 446. On voit donc que, toutes choses égales d'ailleurs, le gallate de quinine devait être beaucoup plus actif que le tannate, et l'on pouvait supposer que son activité devait se rapprocher de celle du sulfate de quinine. Mais pour élucider la question il fallait recourir à l'expérience.

Nous avons donc pris 1 gramme de gallate de quinine, quantité qui devait correspondre approximativement à 80 centigrammes de sulfate. La solution de ce sel, qui fut opérée dans 150 grammes d'eau, était très-amère, presque autant que celle du bisulfate dissous, à la même dose, dans une égale quantité de véhicule aqueux. Nos urines, examinées trois heures après l'ingestion de ce médicament, précipitèrent abondamment lorsqu'elles furent traitées par l'iodure de potassium ioduré; par conséquent, nous avions la preuve que le gallate de quinine avait été absorbé avec facilité. En même temps nous éprouvions les symptômes que nous avions ressentis après avoir pris 1 gramme de sulfate de quinine, mais ils étaient infiniment moins marqués. Nous avons obtenu encore un très-léger précipité par l'iodure de potassium ioduré vingt-quatre heures après l'ingestion de ce sel.

Nous ajouterons que nous avons constaté non-seulement l'élimination de la quinine, mais celle de l'acide gallique. En effet, après avoir ajouté de l'ammoniaque aux urines, nous avons remarqué bientôt une coloration brune générale et des stries noires vers la partie supérieure du liquide exposé à l'air. Or, ayant ajouté de l'acide gallique à des urines normales, puis les ayant additionnées d'ammoniaque, nous avons observé la même chose. Nous proposons ce moyen pour reconnaître l'acide gallique dans les urines. On obtient d'ailleurs une coloration rouge, puis noire, lorsqu'on verse de l'ammoniaque dans une solution de cet acide.

Le gallate de quinine est donc un sel qui est absorbé rapidement, aussi facilement que le sulfate ; un sel qui contient une quantité très-considérable de quinine, et malgré cette double condition, est loin de produire, à un aussi haut degré que le sulfate, les accidents incommodes qu'on éprouve après l'administration de ce dernier, tels que le bourdonnement d'oreille, le serrement des tempes, l'incertitude de la marche. Est-ce à dire que cet agent nouveau, du moins en thérapeutique, ne serait pas actif dans les fièvres? Nullement, puisque le tannate a été reconnu efficace. Il y a donc des recherches, des expériences à faire, des observations à recueillir. Le quinquina était seul employé contre les fièvres avant la découverte de la quinine et de son sulfate, et il réussissait sans produire ces accidents bizarres, cette ivresse qu'on ressent après l'ingestion de ce dernier médicament. Sans doute, celui-ci méritera toujours la préférence dans un cas de fièvre pernicieuse; mais il est certain qu'on rendrait service à la science théra-

---

bation pour la plus grande partie de l'examen, deux boules noires donnent un refus. Les examens sont au nombre de douze, celui d'anatomie étant répété. Ils sont passés dans le mois de juillet; les matières sont les suivantes : Première et deuxième années, anatomie, physiologie, pathologie générale; troisième année, matière médicale, pathologie externe, opérations, pharmacie; quatrième année, anatomie pathologique, pathologie interne; cinquième année, clinique médicale, clinique chirurgicale, accouchements. Les élèves de quatrième et de cinquième années qui passent l'examen de clinique médicale et chirurgicale doivent présenter une observation écrite sur un malade de la clinique. L'examen de médecine légale exige également une preuve écrite sur une question tirée au sort vingt-quatre heures à l'avance.

Après son dernier examen passé, l'élève, s'il a eu la mention approuvée à tous les examens, peut soutenir sa thèse; il a le choix du sujet, mais il doit soumettre cette thèse au président du jury spécial. Le président est choisi par le candidat parmi les professeurs de l'École. Quatre autres professeurs titulaires ou suppléants composent le jury. Le mode de votation est le même que pour les examens. Trois boules blanches sont nécessaires pour être reçu; trois noires font refuser. Il est bon d'ajouter ici que si le président de la thèse refusait d'accepter le sujet choisi par le candidat, ou n'admettait pas sa rédaction, l'élève pourrait insister et se pourvoir devant le conseil de l'École. Les cours sont publics, à l'exception des cours de clinique, les examens également. Le coût des études est le suivant, 133 fr. 33 cent. pour les inscriptions, 148 francs 16 centimes pour le diplôme. Le diplôme délivré par l'École après la thèse, indique que le titulaire a passé tous ses examens, soutenu sa thèse (avec mention du degré d'approbation), et il est déclaré *capable* d'exercer la médecine et la chirurgie. Ce diplôme donne le droit d'exercer dans tout le royaume, mais il doit être enregistré cependant au commissariat de police de la résidence du titulaire.

Les Écoles médico-chirurgicales et la Faculté de médecine

peutique si l'on trouvait un sel quinique très-absorbable et aussi curatif que le sulfate de quinine et n'en présentant pas, au même degré, les inconvénients.

Dr Rabuteau.

Il s'est élevé au sein de la Commission de l'Assemblée nationale chargée de l'examen du projet de loi relatif au choix des lieux de déportation, une discussion sur le degré de salubrité des deux parties de territoire désignées par le projet : la *Nouvelle Calédonie* et l'*île des Saintes*.

En ce qui concerne la Nouvelle-Calédonie, l'opinion a été unanime pour reconnaître que les déportés ne trouveraient nulle part, sous le ciel colonial de la France, un climat plus sain et surtout plus exempt de maladies endémiques. La fièvre intermittente y est si rare qu'on doute même qu'elle y existe, tant chez les indigènes que chez les Européens. La dysentérie y est bénigne. La phthisie ne s'y développe ou ne s'y aggrave pas plus que dans les stations méridionales de France. Tout compté, et malgré l'apparente singularité de l'assertion, on peut dire, après l'expérience déjà faite sur nos troupes et, depuis huit ans, sur nos transportés, que la Nouvelle-Calédonie est plus propice à la santé des Européens qu'à celle des indigènes, les premiers y recevant sans la contrarier la salutaire influence d'un des climats les mieux doués du globe ; les seconds, au contraire, puisant fréquemment dans de mauvaises conditions hygiéniques, en dépit du climat, le germe de maladies graves, principalement de celles qui portent sur les voies respiratoires.

Quant aux *Saintes*, le doute peut subsister. On connaît l'insalubrité générale des Antilles françaises et les redoutables foyers morbides qu'y entretiennent la fièvre jaune, les fièvres pernicieuses et la dysentérie. Toutefois, les îlots montueux des Saintes, situés au sud de la Basse-Terre, appartiennent à ce groupe d'îles volcaniques où l'on peut trouver, à une certaine altitude, comme 300 ou 400 mètres, un refuge contre les fièvres endémiques graves, et qui se prêterait sans doute à l'établissement d'un pénitencier dans les mêmes conditions d'hygiène qu'au camp Jacob de la Guadeloupe, dont la salubrité relative est attestée par la statistique militaire. C'est une question à examiner de près, au sujet de laquelle le gouvernement s'est entouré sans doute de tous les renseignements nécessaires, mais que nous ne voudrions pas trancher au fil de la plume, surtout avant de savoir ce qu'il y a de vrai dans ce qui a été dit des heureux résultats obtenus par le comblement d'un certain nombre d'étangs.

COURS PUBLICS

Thérapeutique.

Du traitement de la syphilis. — Méthode des traitements successifs. Leçon professée à l'hôpital de Lourcine par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté.

(Suite. — Voyez le numéro 7.)

La nécessité d'un traitement étant reconnue en principe, reste l'application. A quel traitement avoir recours? Quels remèdes employer? Et surtout à quel ensemble de médication soumettre les malades?

De par l'expérience ancienne et générale, le mercure étant le remède le mieux éprouvé contre la syphilis, c'est lui qui se recommande le premier à notre attention. Toutefois, avant de le prescrire, examinons deux questions essentielles à résoudre :

1° Ce remède peut-il nuire au malade ; peut-il en quelque point lui devenir préjudiciable?

2° Ce remède peut-il lui être utile?

Première question. *Le mercure peut-il nuire?* Est-il susceptible, en quoi que ce soit, d'aggraver la situation du malade, d'ajouter quelque danger à la vérole?

Question bien essentielle et bien pratique que celle-ci, question sur laquelle vous serez incessamment, quotidiennement interrogés par vos clients, et à laquelle il importe que vous sachiez donner une réponse exacte, scientifique et péremptoire.

Car s'il est un remède qui ait mauvais renom et qui éveille la défiance du public, c'est le mercure. Et ce n'est pas assez dire. Le mercure est un remède honni, détesté, exécré, dont le nom seul est un épouvantail, pour lequel toutes les classes de la société, les plus élevées comme les plus basses, les plus cultivées comme les plus ignorantes, nourrissent une haine, une horreur native. Venez vous à le prescrire à un malade, aussitôt surgissent des questions comme les suivantes, stéréotypées, pour ainsi dire, dans la bouche des gens du monde : « Mais c'est du mercure, docteur, que vous me prescrivez là ! Alors adieu mes dents ! adieu mes cheveux ! Et la carie des os, me garantirez-vous contre elle? Puis ce mercure, comment me

---

ne délivrent pas de diplômes *in honoris causa* aux médecins non nationaux, comme autrefois en Allemagne. Les médecins étrangers doivent produire leur diplôme de médecin dûment légalisé, un certificat d'identité et un autre de tous les examens préparatoires équivalents à ceux des étudiants des écoles du pays ; ils doivent avoir versé entre les mains du trésorier une somme de 180000 reis, c'est-à-dire 1125 francs. La durée et la présence aux études n'étant pas exigées, les examens par conséquent sont passés à la fois. Tous les documents produits doivent être légalisés par les autorités portugaises de la localité où ils résident et par le ministère des affaires étrangères à Lisbonne.

L'organisation des écoles portugaises, conseil, fonctionnaires, mode de recrutement des professeurs, mérite de fixer notre attention. Sans entrer dans tous les détails de cette organisation, nous ferons remarquer que le règlement des écoles médico-chirurgicales est un des mieux élaborés que nous connaissions. Il serait à désirer, d'ailleurs, que ces règlements, sans parler seulement de celui dont nous allons nous occuper, fussent traduits en français et connus des commissions ou des conseils chargés en France de la réorganisation de l'enseignement de la médecine.

Le conseil des écoles médico-chirurgicales portugaises est composé des professeurs titulaires et suppléants. Ses attributions sont étendues. Il est chargé de la direction des études, des moyens de perfectionnement à introduire, des examens, des règlements, des programmes d'enseignement à soumettre au ministre. Il exerce son autorité sur le service hospitalier, sur les cliniques de la Faculté ou de l'École. C'est dans son sein que sont choisis tous les examinateurs et il nomme, au concours, à tous les emplois ou fonctions. Il assiste à toutes les séances solennelles, délivre tous les titres, brevets et diplômes. Ses pouvoirs sont sans appel, en ce sens que l'administration en général, celle de l'assistance publique en particulier, n'ont pas, comme chez nous, à intervenir dans l'exercice de ses attributions. Il est enfin le conseil de famille

le retirerez-vous du corps? » — Et toutes autres raisons semblables, qui ont leur origine dans une aversion profonde du mercure, aversion du reste, il faut en convenir, que le mercure a bien méritée jadis, et qui reste encore aujourd'hui comme un souvenir de ces traitements barbares auxquels étaient soumis les syphilitiques des temps passés, alors qu'on faisait résider les vertus du remède dans son action ptyalique et qu'on condamnait les malheureux patients au supplice horrible d'une salivation *entretenue*. Ce n'est pas en vain qu'on fait cracher au public ses dents et ses maxillaires; cela ne s'oublie guère, et le public aujourd'hui garde rancune au mercure en souvenir du passé.

Je n'entreprendrai pas à nouveau de justifier le mercure de toutes les calomnies dont on l'a chargé. Vous savez qu'on l'a accusé de produire non pas seulement la chute des dents, l'alopécie et la nécrose, mais encore des ulcérations, des éruptions, des tophus, des phénomènes nerveux de tout genre (tremblement, douleurs, paralysies, folie, que sais-je?), sans oublier aussi des troubles nutritifs graves, l'anémie, la cachexie, et presque tous les symptômes propres à la vérole, particulièrement les symptômes tertiaires. Certains auteurs en sont presque arrivés à nier la vérole pour charger de tous ses méfaits le traitement mercuriel. Il n'y aurait plus de vérole, à les en croire, il n'y aurait qu'une intoxication mercurielle d'où dériveraient tous les symptômes, toutes les lésions qu'un aveuglement routinier ou volontaire impute à la vérole. Ce ne sont là, messieurs, que des exagérations ou des inepties auxquelles il n'est plus rien à répondre de nos jours. Cent fois on a fait justice de ces vieilles et tenaces erreurs. Je n'ai plus à m'en occuper; les signaler seulement, c'est leur infliger le stigmate du ridicule.

Car, inutile de vous le dire, jamais, au grand jamais, le mercure administré *à dose médicamenteuse*, comme nous l'administrons aujourd'hui, comme les praticiens prudents l'ont administré de tout temps, n'a produit les accidents qu'on a mis à sa charge, et dont quelques rares détracteurs persistent encore à l'incriminer de nos jours.

Ce qui est vrai, en revanche, et rigoureusement vrai (cela non plus je ne dois pas vous le laisser ignorer), c'est que le mercure, même donné à dose médicamenteuse, est susceptible de déterminer certains troubles, essentiels à connaître. Ces troubles, je vais les spécifier d'abord et rechercher ensuite si, par eux-mêmes, si par leur gravité propre, ils sont de nature à contre-indiquer l'emploi de la médication hydrargyrique, à faire bannir le mercure du traitement de la vérole.

Ce qu'on peut réellement craindre du mercure administré aux sujets syphilitiques suivant les méthodes usuelles, ce sont les trois ordres de phénomènes suivants:

1° Effets ptyaliques (stomatite, salivation).
2° Troubles gastriques et intestinaux.
3° Troubles nutritifs ou généraux.

1° *Effets ptyaliques.* — La stomatite mercurielle est connue de tous. Chacun sait que le mercure, administré soit en frictions, soit par l'estomac, est susceptible de déterminer une irritation plus ou moins violente de la bouche. Mais ce qu'affectent de ne pas savoir les ennemis du mercure, c'est que cet inconvénient, ce danger réel peut être évité facilement. Il suffit pour le conjurer de surveiller l'action du remède, de le donner à des doses ou sous des formes qui n'excitent pas les gencives, et surtout d'en suspendre l'usage aussitôt qu'on voit la bouche se prendre. La stomatite mercurielle, en effet, ne fond pas sur le malade à l'instar de la foudre; *elle s'annonce;* elle a une période prémonitoire d'agacement gingival, période où le médecin peut agir et prévenir l'inflammation buccale. Supprimez le mercure dès qu'un point de la bouche commence à devenir endolori; intervenez à temps par l'administration du chlorate de potasse, et presqu'à coup sûr vous éviterez au malade de plus sérieux accidents.

Voyez d'ailleurs ce qui se passe dans nos services. Nous avons toujours ici, en permanence, plus d'une soixantaine de malades (femmes) soumises au traitement mercuriel. Si la stomatite était un accident inévitable du mercure, elle devrait être à l'ordre du jour dans nos salles. Eh bien, elle y est presque inconnue. Sans doute, de temps à autre, nous voyons bien quelques-unes de nos malades présenter un certain degré d'irritation des gencives; mais nous intervenons à temps, nous supprimons la médication, nous administrons le chlorate et tout est dit. Jamais, *jamais*, entendez-le bien, nous n'avons eu dans nos services un exemple de ces stomatites effroyables qui ulcèrent les gencives, qui déterminent une salivation incessante, qui menacent les maxillaires.

En un mot, avec de la prudence, de l'attention, et surtout (car tout le secret est là) avec de la *surveillance*, on se tient facilement à l'abri des effets ptyaliques du mercure.

La stomatite est donc un danger illusoire du moment qu'on s'astreint à observer ses malades. En conséquence, elle ne saurait constituer un argument contre l'emploi du mercure.

2° *Troubles gastriques ou intestinaux.* — Il est positif qu'en certains cas le mercure est mal accepté par l'estomac ou par l'intestin. Cela s'observe chez la femme plus souvent que chez l'homme; cela est vrai surtout pour certaines femmes blondes, délicates, lymphatiques, dyspeptiques, à système digestif languissant et paresseux.

Mais, d'une part, cette intolérance est assez rare. D'autre part, elle peut être prévenue, atténuée, et même efficacement combattue. Il suffit, pour atteindre ce résultat, soit de proportionner les doses du remède à la tolérance de l'estomac, soit d'associer le mercure à quelque agent correctif, tel que l'opium, les amers, le quinquina, etc.; soit même, en cer-

---

des étudiants pour les diverses questions d'ordre et de discipline.

Le directeur de l'École ou doyen est choisi parmi les professeurs. Il est chargé de l'exécution des lois et règlements et rend compte au conseil de tous ses actes. Il doit signer tous les brevets et diplômes délivrés au nom de celui-ci. Le directeur est en outre titulaire d'une chaire.

Le secrétaire de l'École remplit une fonction complexe qui n'a pas d'équivalent chez nous. Il doit toujours être professeur suppléant (*substituto*) et est nommé par l'État sur la proposition du directeur. La durée de ses fonctions est de trois ans, elles peuvent être prorogées de trois autres années, si le directeur le juge convenable, mais ne peuvent l'être davantage. Il est chargé de la tenue ou de la surveillance de tous les livres de l'École. Il rédige les procès-verbaux des séances du conseil, assiste à tous les concours, etc. Ses honoraires ne sont pas fixes; il reçoit 5 fr. 95 cent. pour chaque matricule ou inscription, 1 fr. 48 cent. par chaque certificat d'examen ou thèse, 3 fr. 10 cent. pour chaque titre délivré par l'École.

Les professeurs de l'École médico-chirurgicale de Lisbonne sont au nombre de dix-huit, savoir: douze titulaires (*proprietarios*), quatre suppléants (*substitutos*), deux démonstrateurs ou suppléants extraordinaires (*demonstradores*). Les honoraires sont fixés comme suit: 3893 francs pour les titulaires, 2222 francs pour les suppléants, 1666 francs pour les démonstrateurs. Ils sont tous nommés pour deux ans d'abord, leur nomination peut ensuite être considérée comme définitive par le gouvernement. Sur la proposition du conseil de l'École, le recrutement a lieu par la voie du concours, et l'État n'a pas réellement à intervenir. Les règlements de 1836 et plus récemment celui de 1865 ont déterminé les détails de ce concours auquel préside seul le conseil de l'École, sauf approbation du conseil général de l'instruction publique. Dès qu'une chaire de professeur est vacante, le directeur de l'École convoque le conseil pour arrêter le programme du concours, qui est envoyé au ministère et, après approbation, inséré au JOURNAL OFFICIEL. La durée du concours est de 60 ou 90 jours, à

tains cas, de varier la nature du composé mercuriel administré. Enfin, si le mercure ne peut être accepté par les voies gastro-intestinales, d'autres moyens restent encore pour l'introduire dans l'économie sans irriter le système digestif (frictions, injections sous-cutanées, etc.).

Donc, la possibilité de troubles digestifs est bien loin d'être une raison suffisante pour contre-indiquer l'administration du mercure dans le traitement de la vérole.

3° *Troubles nutritifs généraux.* — « Le mercure, a-t-on dit, produit des troubles nutritifs sérieux. Il détermine une chloro-anémie toxique. Il défibrine le sang. C'est un agent dénutritif. »

Il y a une part de vérité dans cela. Oui, quelques malades éprouvent cette action *anémiante* du mercure, mais alors surtout (je devrais dire alors *seulement*) qu'on abuse du remède, qu'on en exagère les doses, qu'on en prolonge outre mesure l'administration, en un mot alors qu'on dirige mal le traitement mercuriel. De plus, ce n'est pas encore là un danger subit, qui surprend les malades d'un jour à l'autre. C'est un danger qu'on voit naître, qu'on voit se formuler, auquel, partant, il est loisible de se soustraire, soit en suspendant à propos l'emploi du remède, soit en lui substituant les iodiques, soit en lui associant une hygiène tonique et une médication réparatrice, etc... Et d'ailleurs combien n'a-t-on pas exagéré cette action dénutritive du mercure! Nous avons ici chaque année plus de 500 malades traités par les préparations hydrargyriques; or, sur ce nombre, il n'en est certes pas plus de 5 p. 100 en moyenne sur lesquelles nous observions des troubles nutritifs du genre de ceux qui nous occupent actuellement. Presque toutes les femmes de nos services supportent le mercure à ravir, même les plus jeunes, même les enfants! Presque toutes tolèrent ce remède plusieurs semaines de suite, voire même plusieurs mois (avec la précaution nécessaire d'interruptions momentanées), sans en éprouver le moindre accident, le moindre dommage, le plus léger trouble de santé. Quelques-unes mêmes engraissent et ont une mine à faire envie. Et les malades de la ville (jouissant, il est vrai, d'une hygiène et d'un régime meilleurs), ne les voyons-nous pas aussi suivre leur traitement mercuriel sans en ressentir la moindre influence, sans même « s'en apercevoir », comme ils le disent, ce qui par parenthèse ne laisse pas de les étonner parfois et de leur inspirer quelques doutes sur l'efficacité d'une médication « aussi inoffensive » ?

Il y a plus, c'est que, d'après certains observateurs, le mercure ne serait pas dépourvu de vertus toniques. On a prétendu qu'il engraissait les lapins. Je ne vous garantis pas le fait, ne l'ayant pas observé. Mais en tout cas, ce que je puis vous affirmer par expérience, c'est qu'administré à doses convenables, avec méthode et surveillance, le mercure est un remède *admirablement toléré* par l'économie dans la presque totalité des cas.

Donc, ce troisième danger de l'influence anémiante du mercure est plus théorique que clinique. Cette influence ne s'exerce que d'une façon très-rare ou dans des conditions défectueuses d'administration. Ce n'est pas encore là un argument à opposer à la médication hydrargyrique, si tant est que d'autre part cette médication puisse présenter quelque avantage, ce que nous examinerons dans un instant.

Et voilà, Messieurs, tous les méfaits du mercure. Il ne produit que cela, il n'est passible que de ces trois ordres d'inconvénients (je ne dis pas de dangers), tous faciles en général à conjurer, à combattre ou à atténuer. Aucun autre accident, je vous l'affirme, ne résulte de son administration prudemment instituée, réglée avec mesure et surveillée avec vigilance.

Ah! que le mercure puisse devenir nuisible en des conditions différentes, alors par exemple qu'on en exagère les doses, qu'on en prolonge l'usage au delà d'un certain temps, qu'on l'impose quand même à un organisme qui se révolte contre lui, qu'on l'administre, en un mot, d'une façon abusive ou imprudente, cela peut être et cela est. Mais devons-nous conclure de là, comme certains de nos confrères le veulent, à son exclusion de la thérapeutique? A ce compte, Messieurs, il nous faudrait renoncer à prescrire un remède quelconque, car tout remède mal administré peut produire des accidents. Il n'est pas que le mercure qui soit dans ce cas. Entre des mains inhabiles ou ignorantes, l'opium, le sulfate de quinine, l'arsenic, le nitrate d'argent, la digitale, etc., sont susceptibles de bien autres dangers, de bien plus redoutables méfaits. Il n'est même pas jusqu'aux agents les plus inoffensifs qui, mal maniés, ne courent risque de devenir pernicieux. Exemple, la bénigne eau de Vichy qui, prescrite sans dose et sans raison, peut devenir meurtrière. Il est des gens qui chaque année se suicident à Vichy en prenant les eaux sans mesure et sans direction.

Donc, raisonnons mieux que nos adversaires, et concluons en disant : Si le mercure peut devenir parfois dangereux, c'est qu'il est actif; et s'il est actif, sachons profiter de son action dans la mesure où elle peut nous être utile, car il serait insensé de le proscrire par ce seul fait qu'il possède des vertus dont on peut faire abus, ou qui, mal dirigées, seraient susceptibles de nuire.

II.—Cette première question de la nocuité possible du mercure étant résolue par la négative, abordons actuellement le second problème qui s'impose à notre examen.

Celui-ci est plus délicat et plus difficile. Il se formule, vous vous le rappelez, de la façon suivante : Le mercure peut-il être *utile* contre la syphilis ?

---

partir du jour de l'insertion. Le jury pris parmi les professeurs titulaires de l'École et les suppléants, se compose des deux tiers de ces derniers en exercice. Dans le cas ou par une cause d'absence ou tout autre légale, ce nombre ne serait pas atteint, les membres du jury sont choisis parmi les anciens professeurs de l'École ou professeurs honoraires.

Les formalités pour être admis à concourir sont les suivantes : Attestation de *bom procedimento moral civil e religioso*, sorte de certificat de bonne vie et mœurs, certificat constatant que le candidat n'est pas atteint d'une maladie contagieuse, certificat de libération du recrutement ; diplôme de médecin (*doctour, licenciado, bacharel*) de la Faculté de Coimbre ou de médecin-chirurgien des écoles médico-chirurgicales, ou de docteur en médecine d'une Faculté étrangère, déjà autorisé à exercer dans le pays. Les candidats peuvent joindre à ces pièces tous documents attestant leurs titres scientifiques et les services rendus par eux à la science.

Le conseil de l'École constitué en jury de concours, comme je l'ai indiqué plus haut, examine les documents et titres déposés par les candidats, et l'on vote pour chacun d'eux sur la question posée. « *Le candidat X... peut-il être admis à concourir?* » Chaque candidat, pour être admis, doit avoir réuni la majorité absolue des suffrages. Le président du jury fait ensuite afficher à la porte de la salle des concours et insérer dans un journal de la localité un arrêté rappelant les dispositions réglementaires, les noms des membres du jury, ceux des candidats admis. Une copie de cet arrêté est envoyée à la direction générale de l'instruction publique et publié également dans le journal officiel du pays. Cette publicité est plus grande en Portugal que partout ailleurs. Les preuves du concours sont les suivantes : Deux leçons d'une heure chacune sur des questions tirées au sort quarante-huit heures d'avance, une dissertation imprimée ou thèse, au choix des candidats, sur un sujet de la matière de la chaire vacante, interrogations sur les leçons et la dissertation du candidat, travaux pratiques. Les questions sont les suivantes : Pour la partie chirurgicale : ana-

Toutes les solutions possibles, imaginables, ont été données à ce problème posé de la sorte.

Pour ne parler que des opinions extrêmes, les uns se refusent résolûment à accorder au mercure la moindre influence curative sur la syphilis. Non-seulement, disent-ils, les mercuriaux ne guérissent pas la syphilis, mais ils l'aggravent. Les autres, aux antipodes de ces irréconciliables du mercure, n'ont pas assez d'éloges et de panégyriques enthousiastes pour ce remède qu'ils présentent comme un spécifique. A les en croire, le mercure serait l'antidote né de la vérole; ils lui accordent une confiance sans bornes, et il suffirait, d'après eux, d'un poids donné de ce métal, d'un certain nombre de pilules mercurielles, pour terrasser la vérole et pour en finir à jamais avec ce redoutable ennemi. Ne vous y trompez pas, Messieurs, ces fanatiques du mercure lui ont plus nui et lui nuisent plus encore que ses adversaires les plus acharnés. Ils jouent vis-à-vis de lui le rôle des « dangereux amis » du fabuliste, dangereux amis qui compromettent les meilleures causes et qui leur font plus de mal que ne pourraient leur en faire de «sages ennemis».

Pour dégager la vérité au milieu de ces opinions contradictoires, force nous est ici de scinder le problème que nous allons chercher à résoudre, et de discuter tour à tour les deux questions suivantes :

1° Le mercure a-t-il une action réelle, évidente, sur les manifestations *actuelles* d'une syphilis donnée?

2° Le mercure a-t-il une influence d'ensemble et d'avenir sur la syphilis, pour l'atténuer comme intoxication, pour modérer ou prévenir les manifestations *ultérieures* auxquelles elle peut donner lieu?

Premier point.—Le mercure a-t-il une action sur les accidents *actuels* d'une syphilis donnée?

Précisons bien notre pensée. Voici, je suppose, un malade syphilitique présentant aujourd'hui divers accidents. Nous lui prescrivons du mercure. Ce remède va-t-il exercer une influence manifeste sur ces accidents, les atténuer et les faire disparaître plus vite qu'ils ne s'atténueraient ou ne disparaîtraient seuls, si l'on ne donnait au malade que le médicament le plus inerte ou même si on ne lui prescrivait rien?

Or, sur ce premier point l'expérience générale a répondu. Oui, mille fois oui, le mercure administré contre des accidents actuels de syphilis exerce une influence évidente, manifeste, sur ces accidents qui se modèrent plus facilement et s'effacent plus tôt qu'ils ne se modéreraient ou ne s'effaceraient abandonnés à eux-mêmes, et qui guérissent finalement de façon à ne pas laisser douteuse l'action qu'ils ont subie du remède.

« Illusion, disent nos adversaires, illusion! Ce que vous attribuez ici à l'influence du mercure n'est qu'un effet du temps et de la tendance naturelle de la maladie. Les accidents syphilitiques ne sont pas éternels; ils disparaissent *sponte suâ* après avoir duré un certain temps, sans intervention du moindre remède. Que d'un sujet à un autre ils affectent une durée variable, qu'ils persistent plus longtemps chez celui-ci et moins longtemps chez celui-là, c'est là le propre de tous les symptômes et nous n'en savons pas le pourquoi. Mais soyez sûrs que le mercure ne fait rien à la chose, et qu'avec lui comme sans lui ces accidents durent ce qu'ils doivent durer, ce qu'il est de leur essence propre de durer chez tel ou tel malade».

A cela, messieurs, il est facile de répondre.

Oui, les accidents syphilitiques (notamment les accidents dits secondaires) disparaissent spontanément sous la seule influence du temps et de l'évolution spontanée de la maladie. Cela, nous le savons, et nous ne le savons pas d'aujourd'hui, car de tout temps il y eut des malades négligents ou inconscients de leur mal qui ne se sont pas traités et sur lesquels différentes manifestations syphilitiques se sont évanouies *sponte suâ*. Mais, établissons une comparaison, s'il vous plaît. Quel temps, d'une part, un accident donné de syphilis demande-t-il pour disparaître spontanément? Et d'autre part, quelle est la durée de ce même accident alors qu'il est traité par le mercure? Donnez-nous votre moyenne; nous vous donnerons la nôtre, et nous les mettrons toutes deux en parallèle.

Or, cette comparaison, Messieurs, a été faite. Elle a été instituée sur des bases sérieuses. Et le résultat en a été ce qu'il devait être, de par l'expérience de nos pères, de par les observations de près de quatre siècles. Inutile de vous mettre sous les yeux toutes les pièces à conviction de ce procès, car j'ai presque honte d'occuper votre temps à vous parler de choses tant de fois discutées et tant de fois bien jugées. Un seul exemple nous suffira.

Prenons, comme type à servir de parallèle entre la méthode expectante et le mercure, une syphilide papulo-squameuse bien accusée, à papules lenticulaires, cuivrées, desquamatives.

Quel temps cette syphilide demandera-t-elle pour disparaître, si elle est abandonnée à l'expectation? Plusieurs mois, de l'aveu même de nos opposants, quatre, cinq à six mois en moyenne.

Or, avec le mercure, cette syphilide peut être éteinte en cinq à six semaines, deux mois au maximum. — Il y a plus, et ceci n'est pas moins frappant, c'est qu'après une quinzaine de traitement il sera souvent possible de constater l'influence évidente du mercure sur cette syphilide, qui déjà commence à pâlir, à se faner, à se flétrir.

Autre argument en faveur de l'action manifeste du mercure sur les accidents syphilitiques, et celui-ci certes bien fait pour imposer la conviction.

Il arrive parfois que des accidents syphilitiques soient méconnus quant à leur origine, quant à leur nature. C'est par exemple une syphilide psoriasiforme qui est prise pour un psoriasis dartreux ou arthritique; c'est encore une névralgie syphilitique qui est considérée comme une névralgie vul-

---

tomie, opérations chirurgicales, obstétrique pour la première leçon; pathologie et thérapeutiques externes, anatomie pathologique, médecine légale et hygiène publique pour la deuxième. Pour la partie médicale : physiologie, histoire naturelle médicale, anatomie pathologique, pour la première leçon; pathologie et thérapeutique internes, médecine légale et hygiène publique pour la deuxième leçon. Les épreuves pratiques, selon la matière de la chaire, sont déterminées dans le programme. Chacun des membres du jury reçoit autant de boules blanches qu'il y a de candidats, et le classement des candidats est fait selon le nombre de boules obtenues. Toutes les réclamations et observations des membres du jury et des candidats sont mentionnées au procès-verbal; le président, résumant les travaux de ce jury, en fait la relation détaillée; il fait ressortir le mérite de chacun des postulants, explique la préférence accordée, joint au procès-verbal un exemplaire des dissertations écrites et tous les documents exigés, et le dossier est transmis au ministère par la direction de l'instruction publique. Le gouvernement prend l'avis du conseil général de l'instruction publique qui approuve le choix fait, ou demande un nouveau concours, mais seulement dans le cas d'inobservance des prescriptions légales et réglementaires ou dans celui, beaucoup plus rare, où les pièces du dossier sont en désaccord avec le choix du jury. Le gouvernement n'a donc pas à pourvoir lui-même et directement aux chaires vacantes. Un article du même règlement de 1865, que nous venons d'analyser, permet aux candidats de récuser les votes du jury de concours, dans les cas indiqués par cette seule rubrique, quand « il y a un motif légal ». Le même règlement spécifie que dans le cas où la présence de tous les professeurs titulaires à leurs chaires respectives ne permettraient pas aux substituts et aux démonstrateurs d'occuper une chaire pendant leur temps de nomination, ils devraient faire un cours ordinaire ou extraordinaire et rendre compte au conseil des résultats de ce cours, de la méthode suivie, etc.

Je n'ai rien de particulier à dire des annexes des écoles;

gaire. Or, l'erreur commise, qu'arrive-t-il? Le psoriasis réputé dartreux ou arthritique est traité pendant de longs mois par l'arsenic ou les alcalins, et il ne guérit pas. La névralgie est longtemps traitée par l'opium, le sulfate de quinine, le bromure, etc., et elle persiste. Pourquoi donc, tout d'abord, ce psoriasis ne guérit-il pas, pourquoi cette névralgie persiste-t-elle, puisque le propre de tout accident syphilitique, au dire de nos adversaires, est de disparaître spontanément, sous la seule influence du temps et du vœu de la nature? Mais ce n'est pas tout. Voici que sur ces entrefaites, éclairé par l'insuccès de sa médication, le médecin suspecte à ce sporiasis ou à cette névralgie une origine syphilitique, et prescrit le mercure *comme pierre de touche*. Et alors, le psoriasis de s'effacer en quelques semaines, la névralgie de se calmer en quelques jours. Quel est donc, en pareil cas (et quel praticien n'a vu de cas de ce genre), quel est donc le secret de cette guérison subite et merveilleuse? Le temps et la nature ne peuvent plus être mis en cause, car ils avaient tout loisir de débarrasser le malade avant l'intervention du mercure. Est-ce là simplement un hasard et une coïncidence? Personne n'y voudrait croire, car ce hasard, cette coïncidence peuvent se reproduire à point nommé dans des conditions identiques? Est-il donc possible enfin de méconnaître là une influence médicamenteuse, de nier dans ce cas l'action curative, évidemment curative du mercure? La nier serait aller à l'encontre de la logique et du bon sens. La nier serait récuser à l'avance et de parti pris tout effet thérapeutique, car il n'en est certes pas de plus manifeste et de plus convaincant.

Mais passons, car l'action exercée par le mercure sur les accidents de la syphilis n'est plus à démontrer. Constatée par les médecins de tous les pays et de tous les âges, elle est, je puis le dire, un fait acquis et bien acquis à notre science.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

FERMENTATION. — M. *Pasteur* adresse de nouvelles observations au sujet des communications de M. Fremy. Après avoir fait remarquer que, sur les huit expériences, il y en a six faites au libre contact de l'air ordinaire, sans que M. Fremy ait pris la moindre précaution pour détruire ou pour éloigner les poussières en suspension dans l'air ou celles qui sont répandues à la surface des parois des vases et des matières dont il s'est servi, M. Pasteur continue ainsi :

« *Première expérience de M. Fremy.* — « Le but de cette expérience, dit M. Fremy, a été surtout de constater que la levûre » sort des grains d'orge mêmes. J'introduis dans un flacon » 100 grammes d'orge germée; je lave cette orge à plusieurs » reprises avec de l'eau distillée; je la mets ensuite en contact » avec de l'eau sucrée : le flacon est maintenu à la température de 25 degrés. »

» M. Fremy dit en propres termes : « On voit chaque grain » de levûre sortir de l'intérieur de l'orge. » Et comment donc M. Fremy a-t-il pu faire cette singulière observation? Est-ce à l'œil nu qu'il a vu les choses qu'il décrit, ou au microscope? Il ne s'en explique pas; mais qu'il me suffise de rappeler à l'Académie qu'il s'agit ici d'une levûre dont les articles ont seulement 1 à 2 millièmes de millimètre de diamètre.

» M. Fremy aurait eu un moyen bien simple de s'assurer de ce qui se passe dans cette expérience. Après avoir laissé les grains d'orge avec l'eau sucrée pendant un temps relativement très-court, il aurait pu décanter la liqueur, éloigner tous les grains d'orge et voir qu'alors, en l'absence de ces grains, il y avait fermentation, avec production des mêmes organismes que dans son expérience brute. Ce n'est donc pas de l'intérieur des grains d'orge que sort la levûre, comme le veut M. Fremy, puisqu'elle se produit quand les grains d'orge sont absents.

» *Troisième expérience de M. Fremy.* — M. Fremy ajoute de la levûre de bière à de l'eau sucrée mêlée à de la craie en poudre; il en résulte une fermentation alcoolique et lactique, et notre confrère en déduit que la levûre de bière peut à volonté donner la fermentation alcoolique et la fermentation lactique. Rien n'est plus erroné que cette interprétation. L'expérience dont parle M. Fremy est précisément une de celles que j'ai employées jadis moi-même pour montrer avec quelle facilité la levûre lactique prend naissance dans un milieu sucré auquel on a ajouté de la craie. Ce n'est pas du tout, comme le dit M. Fremy, la levûre de bière qui produit la fermentation lactique; de la levûre lactique naît pendant la fermentation, et c'est elle, elle seule qui détermine la formation de l'acide lactique.

» *Quatrième, cinquième et sixième expériences de M. Fremy.* — On voit bien, à la lecture de ces trois expériences, que M. Fremy n'y attache pas grand intérêt. Je les passerai sous silence, à moins toutefois que M. Fremy ne désire que je m'arrête à les critiquer. Je réserve néanmoins la seconde forme que M. Fremy donne à sa sixième expérience, parce que notre confrère s'est attaché ici à détruire les germes que pouvait apporter le lait, matière fermentescible dont il s'est servi. Je vais y revenir dans un instant.

» *Septième expérience.* — Elle porte sur le moût de raisin. Faite au contact de l'air ordinaire, au contact des poussières de la surface des grains de raisin, c'est encore une de ces expériences confuses qui ne peuvent conduire à un résultat

---

amphithéâtre d'anatomie, bibliothèque, etc., tous sont confiés à la direction d'un des professeurs de l'Ecole.

Pharmacie. — Le cours est de deux ans. Mêmes conditions pour la première inscription que pour l'élève en médecine, à l'exception de quelques épreuves non exigées, histoire, géographie, etc.

Pour la seconde année, certificat de présence de la première. A défaut d'avoir pu suivre les cours de l'Ecole, l'aspirant pharmacien peut se présenter à l'examen après huit années de pratique dans une pharmacie légale, mais non avant l'âge de vingt-cinq ans. Le jury est composé de trois membres : un professeur titulaire ou substitut, président; un démonstrateur et le botaniste de l'Ecole. Le coût des études est de 66 fr. 66 cent. pour les inscriptions, le diplôme 137 francs.

Sages-femmes. — Le cours est de deux ans. Elles doivent produire un certificat de bonne vie et mœurs délivré par les autorités de leur dernière résidence, et un certificat d'examen de lecture et d'écriture passé dans un lycée ou devant le professeur d'accouchement de l'Ecole, ledit certificat étant alors visé par un professeur de l'Université. Elles ne peuvent être âgées de moins de vingt ans. Les études, diplôme, examen, sont entièrement gratuits. Les élèves sages-femmes sont de service, un certain nombre et chacune à son tour, pendant vingt-quatre heures, dans le service obstétrical de l'hôpital de la ville. Le jury est composé du professeur d'obstétrique et de deux autres professeurs de l'Ecole.

Nous avons vu que les écoles médico-chirurgicales délivraient des diplômes autorisant leur titulaire à exercer la médecine et la chirurgie. Ceux qui les possèdent sont appelés chirurgiens ou médecins-chirurgiens. La Faculté de Coimbre délivre, au contraire, des diplômes de bachelier, licencié ou docteur en médecine. Les conditions d'admission aux cours de la Faculté diffèrent peu de celles des écoles. On paraît exiger un peu plus de mathématiques, de l'anatomie et de la physiologie comparées. Les études sont de cinq ans, les examens et les chaires sont comme suit : Première année, anatomie humaine descri-

dégagé d'incertitudes. Je suis surpris que notre confrère s'étonne que le moût de raisin, filtré à plusieurs reprises, mette plus de temps à entrer en fermentation que le moût brut. Si, comme je le soutiens, la levûre du moût de raisin provient des germes qui sont à la surface des grains de raisin, quoi de plus naturel qu'une filtration soignée, qui doit éloigner ces germes au moins en grande partie, retarde la fermentation du moût filtré? C'est le contraire qui aurait lieu de surprendre.

» *Huitième expérience.*—Cette huitième expérience de M. Fremy offre un intérêt particulier. Je n'hésite pas à déclarer qu'elle constitue une importante découverte physiologique. En effet, M. Fremy prend une moisissure qui a poussé, par exemple, dans une solution d'acide tartrique; il aperçoit dans les tubes du mycelium de cette moisissure de petits corps ronds; il broie cette moisissure dans de l'eau sucrée, et il assiste alors, nous dit-il, à la transformation de ces petits corps en véritables cellules de ferments, surtout des ferments lactique et butyrique, dit M. Fremy. Ce résultat, s'il était exact, ne contredirait pas mon opinion, puisque M. Fremy admet, au moins je le pense, que la moisissure de l'acide tartrique a pris son germe dans l'air atmosphérique. Ce serait un fait du même ordre que celui que j'ai publié en 1862 au sujet du *Mycoderma vini*, qui peut se transformer en levûre alcoolique. Toutefois, et jusqu'à ce que M. Fremy ait publié les preuves de cette formation des levûres lactique et butyrique à l'aide de petits corps sortis des tubes de mycelium d'une moisissure, j'en conteste l'exactitude d'une manière absolue.

» J'ai dit que, parmi les huit expériences de M. Fremy, il y en avait deux où il s'était attaché à détruire les germes que l'air et les poussières à la surface des objets pouvaient apporter. Ici donc, il y a contradiction formelle avec les résultats que j'ai publiés. La première de ces deux expériences porte sur l'orge germée, et la seconde sur le lait.

» L'expérience sur le lait est la seule qui ait une apparence de valeur, car M. Fremy a vu se produire des organismes dans du lait qui avait subi une température de 115 degrés, et j'ai affirmé jadis que cette température était plus que suffisante pour rendre le lait inaltérable lorsqu'on l'exposait ensuite au contact de l'air pur. M. Fremy a montré à l'Académie, en mon absence, des vases contenant du lait altéré, quoique ce lait eût été préparé dans les conditions que je rappelle.

» Je réponds que l'expérience de M. Fremy a été mal faite, car voici un vase dont l'ouverture du col effilé est tournée vers le bas, et où le lait reste intact, quoiqu'il se trouve depuis une douzaine de jours à une température comprise, jour et nuit, entre 28 et 30 degrés. Un vase pareil, qui ne s'était pas altéré au bout de plusieurs jours, a été découvert, et le surlendemain on pouvait y distinguer au microscope au moins trois sortes d'organismes. Aujourd'hui le lait est caillé par suite des fermentations que ces organismes ont provoquées. En ce qui concerne l'expérience sur les grains d'orge germés, j'ai donné, dans mon mémoire de 1862, une méthode générale pour préparer des liquides propres à s'altérer après une ébullition à 100 degrés; mais ces mêmes liquides demeurent sans altération au contact de l'air pur si l'ébullition a lieu à 100 et quelques degrés. Le lait est dans ce cas. J'ai répété dans ces conditions cette expérience sur les grains d'orge, et la liqueur n'a pas encore donné la moindre apparence de fermentation alcoolique, ni lactique, ni butyrique, quoique les vases soient dans une étuve dont la température reste comprise, jour et nuit, entre 28 et 30 degrés.»

M. Pasteur, après avoir terminé sa lecture, dépose sur le bureau de l'Académie deux tubes contenant l'un du moût de raisin, l'autre du moût d'orange, moûts naturels, exposés au contact de l'air privé de ses germes. Ces liquides n'éprouvent aucune altération et ne donnent naissance à aucun organisme, ni ferments, ni moisissures. Pourtant le premier tube, celui du mout de raisin, est à une température de 30 degrés depuis le 13 janvier, et celui de l'orange, à la même température depuis le 8 février.

Sur la demande que lui en adresse M. Fremy, M. Pasteur fait don de ces deux tubes à son confrère, en le priant d'en observer le contenu au microscope et de s'assurer à la fois de la présence de l'air atmosphérique, notamment du gaz oxygène, et de l'absence de tout organisme.

Pendant le comité secret, qui a suivi la séance, M. Pasteur a fait chercher du papier de tournesol rouge, a brisé, en présence de M. Fremy, le ballon de lait conservé qu'il venait de présenter à l'Académie comme preuve de l'erreur grave commise par M. Fremy dans sa sixième expérience, et il a reconnu que ce lait était encore alcalin comme le lait frais naturel. M. Fremy a même goûté ce lait, et s'est trouvé dans la nécessité de déclarer qu'il n'était pas du tout altéré.

Forces. — M. *E. L. Moreau* soumet au jugement de l'Académie un mémoire intitulé : De la corrélation des forces physiques, chimiques et organiques. (*Comm.* : MM. Dumas, Wurtz, Cl. Bernard.)

Choléra. — M. *Drouet* adresse une nouvelle note relative au traitement du choléra par le collodion. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Protoxyde de fer. — M. *G. Tissandier* fait connaître une nouvelle méthode de production et propriétés du protoxyde de fer anhydre, et qui consiste à faire agir l'acide carbonique sur le fer chauffé au rouge.

Iodure d'amidon. — M. *E. Duclaux* communique un travail duquel il résulte que l'iodure d'amidon n'a pas de composition constante. L'iode, mis en contact avec une solution aqueuse d'amidon, n'agit sur ce corps que lorsque l'eau ambiante en

---

ptive et comparée (1), histologie et physiologie générale (2); deuxième année, physiologie spéciale et hygiène privée (3), anatomie topographique et opérations chirurgicales (4); troisième année, matière médicale, thérapeutique et pharmacie (5), pathologie générale, anatomie pathologique générale, pathologie externe et clinique chirurgicale des hommes (6), fréquentation de la clinique des femmes; quatrième année, pathologie interne et anatomie pathologique spéciale et doctrine hippocratique (7), maladies puerpérales, clinique médicale et chirurgicale des femmes (8), fréquentation des autres cliniques; cinquième année, clinique des femmes et anatomie pathologique (9), clinique des hommes, même anatomie (10), médecine légale et toxicologie (11), hygiène publique et légale, histoire générale de la médecine (12). Les numéros entre parenthèses indiquent les noms des chaires.

Le grade de bachelier en médecine (*bacharel*) est délivré après les quatre premières années d'études aux élèves qui ont été reçus aux divers examens; ceux qui ont été reçus après la cinquième année (*licenciados*) reçoivent un diplôme de médecin-chirurgien à l'instar des écoles médico-chirurgicales. Pour obtenir le grade de docteur en médecine, il faut une sixième année de cours pour doubler l'anatomie humaine descriptive et comparée, et la physiologie spéciale et l'hygiène privée, et passer un examen final et une thèse (*acto de concluaves magnas*).

Officiers de santé. — Ce titre, établi en Portugal en 1836 sous le nom de *cirurgioes ministrantes* ou *licenciados minores*, avait été aboli en 1842; il vient de reparaître en vertu d'un décret du 22 juin 1870 qui a soulevé dans le monde médical portugais une assez vive discussion. Dans la séance de rentrée de l'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne du 5 octobre suivant, le professeur chargé du discours d'usage ne craignit pas, en présence du chef de l'Etat, qui assistait à cette solennité, de blâmer, avec toute la courtoisie possible, le retour à cet ancien ordre de choses. Nos lecteurs auront déjà fait cette remarque, que dans notre pays les souverains passent des revues, mais n'ont pas l'habitude d'assister à des rentrées de Facultés, et, le

renferme déjà une certaine quantité à l'état libre. En d'autres termes, il se dissout d'abord dans l'eau, puis se partage entre l'eau et l'amidon, et c'est seulement alors qu'apparaît la couleur bleue.

Fermentation du lait. — M. *Blondlot* envoie une note sur la fermentation alcoolique du sucre de lait. Certaines peuplades, notamment celles de la Tartarie, se procurent une boisson fermentée avec le lait de leurs troupeaux, à la condition de l'agiter de temps à autre, en le maintenant à un certain degré de température. C'est ce fait qui a servi de point de départ aux expériences de l'auteur.

« Ayant rempli, dit-il, une carafe aux deux tiers avec du lait de vache frais et aussi pur que possible, je l'exposai à une température de 30 à 35 degrés. Le vase étant fermé par un bouchon auquel était adapté un tube de dégagement, muni d'un robinet qui plongeait dans l'eau de chaux, je pus d'abord constater que pas une bulle gazeuse ne s'échappait spontanément; fermant alors le robinet, j'agitai vivement le liquide : lorsqu'on ouvrit le robinet, il en sortit une certaine quantité d'acide carbonique, qui troublait l'eau de chaux. Une seconde agitation, faite immédiatement après, produisit encore quelques bulbes gazeuses; une troisième fut sans effet. J'abandonnai alors le liquide au repos pendant deux ou trois heures, puis, l'agitant de nouveau, j'obtins le même résultat que précédemment. En continuant ces alternatives de repos et d'agitation, j'ai pu constater que le dégagement gazeux, après avoir été d'abord en augmentant, se ralentit ensuite; au bout de cinq à six semaines il avait complétement cessé. J'ajoutai alors au liquide une nouvelle quantité de sucre de lait, qui remit immédiatement la fermentation en activité. Quand elle fut terminée, je soumis le liquide filtré à deux distillations fractionnées, d'où je retirai environ 100 grammes d'alcool, marquant 25 degrés à l'aréomètre, d'un goût agréable, bien que, d'après son odeur, il dût être mélangé à un peu d'alcool butylique. Quant au résidu, il ne renfermait plus trace de lactine. »

Ces faits établissent la fermentation alcoolique du sucre de lait par le ferment spécial qui se développe dans le lait entier. On obtient le même résultat avec la glycose normale.

« L'agitation paraissant jouer dans ces expériences un rôle indispensable, je me suis demandé si, au lieu d'être une condition *sine qua non* du dédoublement du sucre, elle ne se bornerait pas à dégager l'acide carbonique déjà formé, mais retenu dans le liquide. Le fait suivant résout la question négativement. Si, lorsque le liquide se trouve dans la période où il fermente le plus énergiquement, on l'expose pendant plusieurs heures à la température la plus favorable à la décomposition du sucre, et que, sans l'avoir agité, on le laisse ensuite refroidir au-dessous de 20 degrés, température à laquelle le ferment devient inactif, le liquide qui, agité pendant qu'il était suffisamment chaud, eût dégagé de l'acide carbonique, n'en laisse plus échapper une bulle : ce qui prouve qu'il ne se produit qu'au moment même de l'agitation.

» Il m'a semblé, ajoute M. Blondlot, que ces expériences pouvaient contribuer à résoudre la question controversée relativement à la fermentation alcoolique. En effet, si, comme le prétend M. Liebig, la fermentation était corrélative à une simple décomposition du ferment, pourquoi celui-ci aurait-il deux manières d'agir si différentes? D'où viendrait la nécessité de l'agitation, et surtout l'intermittence, la décomposition chimique du ferment devant se produire d'une manière continue? Au contraire, d'après la théorie de M. Pasteur, la fermentation alcoolique étant le résultat d'une fonction vitale, on comprend qu'elle présente le caractère intermittent qui appartient à un certain nombre de fonctions organiques, soit dans les plantes, soit dans les animaux. »

Microzymas. — M. *A. Béchamp* adresse une rectification à propos d'une note récente de M. de Seynes.

Chauffage des vins. — M. *Vergnette-Lamotte* adresse une réclamation de priorité au sujet de ce mode de conservation des vins, et M. le docteur *Bart* rappelle au brevet d'invention pris, le 10 août 1827, par M. *Gervais*, sous la mention · « Amélioration des vins, des eaux-de-vie et des liqueurs vineuses, en les faisant passer dans des tuyaux aplatis qui sont en contact avec de l'eau chaude. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements des Alpes-Maritimes, des Pyrénées-Orientales et de la Dordogne. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Rougé-Rieutort* sur le service médical des eaux minérales de Rennes-les-Bains (Aude), en 1870-1871. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit une lettre de M. le docteur *Empis*, qui se présente comme candidat pour la section d'anatomie pathologique.

M. *Larrey* dépose sur le bureau un mémoire manuscrit sur les propriétés du silphion de l'ancienne Cyrénaïque, par M. le docteur *Laval*, médecin militaire.

M. *Béhier* présente, de la part de M. le docteur *Henry Liouville*, une brochure sur la généralisation de l'anévrysme miliaire.

M. *Chauffard* présente, au nom de M. le docteur *Ernest Besnier*, le 5e fascicule des Comptes rendus mensuels sur les maladies régnantes.

M. le président annonce que M. le professeur *Sédillot*, membre associé national (en dépit de l'annexion de Strasbourg), assiste à la séance.

Élections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : 1° M. *Lefort*; 2° M. *Personne*; 3° M. *Planchon*; 4° *ex æquo*, M. *Jeannel* et M. *Soubeiran*. Il y a 72 votants. M. Lefort est élu à la majorité de 39 voix contre

---

feraient-ils, peu de professeurs officiels auraient le courage de critiquer devant eux les mesures qu'ils auraient récemment décrétées. On n'a pas oublié cette phrase, restée célèbre, d'un ancien professeur de l'Université française parlant devant un chef de l'État : « Sire, l'hydrogène et l'oxygène vont avoir l'honneur de se combiner devant vous. » Ce n'est pas un professeur de ce caractère qui eût osé prononcer le discours remarquable à divers égards du docteur Aug. Motta (*Discurso pronunciado na sessão solemne de abertura da Escola medico-cirurgica de Lisboa*, no dia 5 de otubre de 1870. Lisbonne, 1870, in-8°, 23 pages). Reconnaissons toutefois que c'est encore dans la profession médicale que l'on trouve le plus d'indépendance et de dignité. Les courtisans y sont aussi rares que les talents obscurs et modestes s'y trouvent nombreux.

Quels que soient les résultats de la mesure que nous venons de signaler, nous devons dire quelques mots du cours spécial destiné à faire des officiers de santé, que l'on appelle encore *facultativos minores*. Ce cours est de trois ans. Première année, anatomie descriptive, physiologie spéciale et hygiène privée, visite des hôpitaux; — deuxième année, médecine opératoire, accouchements, matière médicale, pharmacie et pathologie générale, visite des hôpitaux; — troisième année, pathologie interne et clinique médicale, pathologie externe et clinique chirurgicale, médecine légale, hygiène publique, et clinique tokologique. En totalité, six chaires.

Les professeurs sont ceux de la Faculté. Les examens sont passés et les jurys composés de la même manière que ceux de la Faculté et des écoles. Les élèves doivent produire, au moment de leur première inscription : un certificat d'examen d'instruction primaire et un certificat d'examens de langue portugaise, française, de géométrie, passés dans un lycée de première classe. Le Conseil de la Faculté a dans ses attributions tout ce qui concerne ce cours spécial. Les officiers de santé qui peuvent exercer la médecine et la chirurgie avec des restrictions analogues à celles des officiers de santé en France.

33 obtenues par M. Personne. On a remarqué la présence de M. Andral et de M. Dumas, qui ne viennent que dans les grands jours.

L'Académie désigne ensuite, pour faire partie de la commission des associés et correspondants étrangers, MM. *Larrey*, *Gubler*, *Roger*, *Giraldès*, *Boudet* et *Daremberg*.

A cette occasion, M. le *président* établit le bilan actuel des quatre sections dans lesquelles sont répartis les correspondants et les associés nationaux et étrangers.

Dans la section de médecine et de chirurgie, le chiffre réglementaire des correspondants est dépassé, tandis que le cadre des associés présente 20 vacances, à savoir 9 parmi les nationaux et 11 parmi les étrangers. Il y a, dans la section de médecine vétérinaire, 4 places vacantes de correspondants nationaux ; dans la section de physique et de chimie, 8 places vacantes de correspondants nationaux et 5 places vacantes de correspondants étrangers.

Ces chiffres sont ceux des vacances officiellement connues de l'Académie, soit après notification directe, soit après enquête. Mais il se pourrait que le nombre des places vacantes fût plus élevé encore, par suite de décès survenus pendant la guerre et restés ignorés du conseil d'administration. Aussi, M. le président croit-il devoir adresser un pressant appel à tous les intéressés, en les invitant à porter à la connaissance de l'Académie les décès des membres correspondants et associés, nationaux ou étrangers, morts depuis l'investissement de Paris.

Hygiène. — M. le ministre de l'instruction publique avait demandé à l'Académie un progamme pour l'enseignement élémentaire de l'hygiène dans les lycées et dans les collèges. M. *Vernois*, rapporteur d'une commission nommée à cet effet, a présenté le projet de ce programme, comprenant l'exposé méthodique des notions les plus simples et les plus utiles de l'hygiène, et divisé en huit leçons au lieu de six qu'avait demandées le ministre. La commission exprime le vœu que le cours d'hygiène soit obligatoire pour les élèves de rhétorique et de philosophie et qu'il soit confié au médecin de l'établissement ou, à son défaut, au professeur d'histoire naturelle.

L'Académie, ne voulant pas traiter à l'improviste une question de cette importance, a décidé que le rapport de M. Vernois serait imprimé, distribué et soumis, s'il y a lieu, à l'épreuve d'une discussion.

Tannate de quinine. — Le tannate de quinine a été encore la pomme de discorde de cette séance. M. *Mialhe*, sans le condamner absolument, le tient en médiocre estime. « C'est, dit-il, un sel peu soluble ; et comme, en outre, il n'est pas, à la façon du sulfate basique, apte à devenir soluble sous l'influence des acides gastriques, il est conséquemment impropre à introduire dans le sang, en temps opportun, une dose de quinine suffisante pour effectuer une action efficace et rapide dans les cas où il faut agir avec énergie et promptitude. »

M. *Vulpian* maintient ce qu'il a dit précédemment sur la solubilité très-réelle, mais faible, du tannate de quinine. Sur sa demande, M. Guyochin a fait de nouvelles expériences pour résoudre cette question si vivement controversée par M. Briquet. Trois échantillons de tannate de quinine, tirés de provenances diverses, ont donné un coefficient de solubilité à peu près semblable, avec une faible variation de $\frac{1}{714}$ à $\frac{1}{909}$. M. Vulpian montre les solutions ainsi obtenues, et les traitant tour à tour par le réactif de Bouchardat et par l'iodure double de mercure et de potassium, il met sous les yeux de M. Briquet les deux précipités caractéristiques de la quinine.

Quant à l'absorption du tannate, elle est tout aussi incontestable que sa solubilité. Sans doute, elle est plus faible que celle du sulfate de quinine, ce qui tient probablement à ce que celui-ci étant plus soluble dans les acides, rencontre, par cela même, dans l'estomac des conditions plus favorables à son absorption ; mais nul ne pourrait la nier après la démonstration clinique qu'en apporte M. Vulpian.

Voici les urines d'un malade qui a pris, pendant trois jours, 4 grammes de tannate de quinine. Traitées par les réactifs de la quinine, elles produisent un précipité tellement significatif, que M. Briquet lui-même est obligé de se rendre à l'évidence. M. Vulpian a observé — chose digne de remarque — que le précipité est plus abondant et la présence de la quinine plus manifeste le troisième jour que durant les premières vingt-quatre heures.

Néanmoins, M. Vulpian ne demande pas que l'on substitue le tannate de quinine au sulfate dans le traitement des fièvres intermittentes ; car il est persuadé que l'action du premier de ces sels ne possède pas, à beaucoup près, la même énergie que celle du second contre les intoxications palustres. Mais pourquoi contester *a priori* son efficacité contre la diarrhée et contre la cholérine ! C'est là une question d'expérience et non de raisonnement, dont le dernier mot appartient à la clinique.

M. *Regnauld* vient à la rescousse. Le tannate de quinine, dit-il, n'est nullement insoluble. Récemment précipité ou séché à une basse température (+ 10° ou + 15°), il se dissout assez pour donner du dichroïsme à l'eau et disparaître peu à peu par des lavages prolongés sur un filtre. Mais ce qu'il importe de savoir, c'est que la solubilité de ce sel croît assez rapidement avec la température ; de sorte que ce phénomène est déjà très-sensible à + 38°, qui est la température du sang, la seule offrant, dans l'espèce, un intérêt thérapeutique. Sous ce rapport, la solubilité du tannate ne diffère pas sensiblement de celle du sulfate neutre de quinine. Mais, bien que le tannate ne soit pas un médicament inerte, on doit toujours lui préférer le sulfate dans le traitement des fièvres palu-

---

Écoles secondaires de Goa et de Madère. — L'organisation de ces établissements est très-simple. Deux chaires, l'une contenant les matières suivantes : anatomie, physiologie, opérations chirurgicales et obstétrique, confiée au chirurgien principal de l'hôpital de la ville où se trouve l'École ; l'autre, comprenant la pathologie, la matière médicale et la thérapeutique, confiée au médecin principal du même hôpital. Ces deux chefs de service reçoivent des honoraires fixés à 3125 francs. A la première chaire est attaché un adjoint, chef des travaux anatomiques, chargé de la salle des dissections, sous la direction du professeur, aux appointements de 1875 francs. Les élèves sont tenus de suivre un cours de pharmacie et de botanique à l'hôpital, sous la direction du botaniste qui reçoit une gratification de 375 francs. Les deux professeurs, l'adjoint et le botaniste forment le Conseil de l'École. Ce Conseil a la direction et l'inspection de l'École, il délivre aux élèves reçus après l'examen un diplôme de *licenciado menore*. Ce titre permet d'exercer la médecine et la chirurgie dans le district, avec les mêmes restrictions que celles auxquelles sont soumis les officiers de santé.

En résumé, nous avons reconnu en Portugal trois classes différentes de praticiens, le gradé en médecine de Coimbre, l'officier de santé de la même Faculté, le chirurgien ou mieux le médecin-chirurgien formé dans les Écoles de Lisbonne et de Porto.

A. Dureau.

déennes, car celui-ci a fait ses preuves, tandis que son rival a échoué dans la « tentative avortée » de Bareswil.

En ce qui concerne l'utilité du tannate de quinine dans le choléra, M. Regnauld estime que la question vaut bien la peine qu'on l'étudie et qu'on la soumette à de sérieux essais, avant de se prononcer contre elle.

M. *Hérard*, dont le rapport sur le prix Barbier a été l'occasion de toute cette polémique, cherche à relever la réputation un peu compromise du tannate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. A cet effet, il produit à la tribune une lettre apologétique de M. le docteur Lambron, de laquelle il résulte que la tentative de M. Bareswil n'aurait pas été aussi « avortée » que l'a prétendu M. Regnauld.

M. Lambron est un des trois médecins qui ont été chargés d'expérimenter le tannate de quinine dans les régions palustres du Berry. Or, les nombreuses observations de ce praticien, consignées dans un rapport au préfet de l'Indre, lui ont démontré que le tannate de quinine coupe la fièvre intermittente et qu'il détermine la diminution du volume de la rate, à la manière du sulfate de quinine, mais avec une rapidité et une intensité d'action moitié moindres; de sorte qu'il faut doubler la dose de tannate pour obtenir les mêmes effets qu'avec le sulfate. Le tannate de quinine donne lieu à des phénomènes physiologiques moins prompts et moins marqués que le sulfate; il exerce sur les voies digestives une action moins irritante et il amène plus lentement la satiété. Le sulfate de quinine doit donc être employé dans les accès pernicieux, à l'exclusion du tannate; mais celui-ci est préférable pour les fièvres rebelles, invétérées, qui réclament un long traitement. M. Lambron ajoute qu'il donne encore la préférence au tannate de quinine lorsque la fièvre intermittente s'accompagne de sueurs profuses, ou se complique de diarrhée.

M. *Briquet* a lancé contre le tannate de quinine le trait du Parthe, en déclarant, une dernière fois, que « c'est un médicament très-irrégulier ».

Que conclure, en définitive, des doutes et des opinions contradictoires qui se sont produits dans cette discussion, sinon que les expériences sur le tannate de quinine sont à recommencer, tant en ce qui est de son action sur les fièvres paludéennes, qu'en ce qui touche son influence sur la diarrhée et le choléra?

A quatre heures et demie, comité secret pour la lecture et la discussion du rapport de M. Verneuil sur les candidats à la section de pathologie externe.

A. Linas.

Société de chirurgie (1).

SÉANCE DU 31 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

TUMEUR HÉMATO-KYSTIQUE DU FÉMUR. — BLÉPHAROPLASTIE PAR UN LAMBEAU COMPLÉTEMENT DÉTACHÉ DU BRAS ET REPORTÉ A LA FACE, INSUCCÈS. — PRÉSENTATION DES MALADES.

M. *Dolbeau* fait hommage à la Société, au nom de M. Chipault (d'Orléans), d'un volume sur les fractures, les résections et les amputations après les blessures de guerre.

— M. *Houzé* (*de l'Aulnoit*) lit une observation de tumeur hémato-kystique du fémur développée chez une femme encore jeune.

— M. *Le Fort*. Un article ayant un caractère fâcheux, et qui, je ne veux pas en douter un seul instant, a été inséré à l'insu du chirurgien qu'il désigne dans la Patrie et les Débats, parle d'une blépharoplastie pratiquée par un de nos collègues, au moyen d'un lambeau complétement détaché de l'avant-bras et reporté sur la face. Comme j'ai fait il y a deux ans, mais sans succès, cette opération, qui n'avait pas que je sache été encore tentée, je crois devoir donner quelques détails sur cette tentative infructueuse.

Il y a sept ou huit ans, je lus dans les Indians annals, journal de médecine publié à Calcutta, un travail d'un médecin anglais sur les procédés de rhinoplastie employés par les indigènes pour restituer un nez à ceux qui avaient perdu le leur par la main du bourreau et à la suite de condamnation. Le lambeau était pris sur la fesse quelquefois du patient, quelquefois d'un malheureux, qui fournissait un morceau de son tégument fessier moyennant finance. On dessinait le morceau à enlever, et pendant qu'on avivait la cicatrice nasale, l'aide, se servant de la chaussure de celui qui devait fournir le nez nouveau, lui appliquait à l'endroit dessiné un nombre varié de coups pour faire rougir la pièce qu'on devait détacher. C'était un moyen d'attirer le sang dans le réseau des capillaires et d'activer la vitalité du lambeau au moment où on allait le détacher.

J'eus l'occasion en 1869 de tenter l'expérience. Le 17 novembre, un mégissier, âgé de trente ans, vint à l'hôpital pour une pustule maligne occupant les deux paupières de l'œil gauche et la partie voisine de la région malaire. La guérison laissa un ectropion de la paupière inférieure des plus marqués. La suture des paupières avait cédé à la rétraction de la cicatrice. Le 15 février 1870, je fis appliquer un sinapisme sur la partie externe du bras gauche et j'avivai le bord libre des deux paupières en arrière de l'implantation des cils, afin de pratiquer l'occlusion permanente. En même temps, je détruisis la cicatrice à la base de la paupière inférieure et vers l'angle externe; je disséquais la peau de manière à remonter le bord palpébral; j'avais ainsi, entre la paupière et la région malaire, un espace losangique cruenté, que je me proposai de combler avec la peau empruntée au bras. Je séparai du bras un lambeau capable de venir répondre à toute la surface saignante sous-palpébrale, et je l'y fixai par sept ou huit points de suture. Le lambeau fut de plus tenu appliqué par une douce compression. Le lendemain, il était froid et décoloré; quatre jours après l'opération, tout le lambeau était putréfié. La suture retint pendant huit mois les paupières à peu près en place; mais l'ectropion se reproduisit dès qu'on enleva la suture.

Cette tentative infructueuse n'avait point découragé le malade; moi-même j'avais l'espoir de réussir en modifiant le procédé. J'avais eu le tort de prendre la peau dans toute son épaisseur; j'espérais au contraire le succès si, ne prenant que les trois quarts de l'épaisseur du tégument, j'opposais une surface saignante à la plaie résultant de la dissection de la paupière. Mon malade sortit de l'hôpital pendant la Commune et je n'en ai pas eu de nouvelles.

M. *Panas*. Il y a plus de trente ans, M. Laugier, dans son Bulletin chirurgical, a rapporté un fait où le chirurgien avait emprunté un lambeau à la peau du bras et l'avait transporté sur la plaie qu'il voulait réparer, et sur laquelle le lambeau a repris.

M. *L. Labbé*. Je ne puis trop remercier M. Le Fort de la communication qu'il vient de faire, puisqu'elle me fournit l'occasion de m'expliquer sur un fait fâcheux auquel, comme il l'a pensé, je suis complétement étranger. Je n'ai pu savoir quel était l'auteur de l'article et ne puis être responsable de ce qu'un homme du monde se permet d'écrire un article déplacé. Quant au fait chirurgical, voici sa valeur réelle. Il s'agit d'un cas de gangrène de la paupière supérieure droite. Pendant la période de réparation, j'ai utilisé la greffe épidermique de M. Reverdier, et après avoir pris sur l'avant-bras cinq petits lambeaux, je les ai appliqués avec soin sur la plaie. La réunion a eu lieu et j'ai pu éviter la production d'un ectropion. M. Ch. Loiseau, sur un malade que j'ai eu occasion de voir et auquel il donnait des soins avec M. Wecker, a pratiqué également avec succès la greffe épidermique dans un cas analogue. Il ne s'agit donc pas de la transplantation d'un lambeau comprenant toute l'épaisseur de la peau.

(1) La séance du 24 janvier sera publiée ultérieurement avec le rapport lu par M. Dolbeau dans la séance du 10 janvier.

M. *Larrey* fait remarquer l'analogie qu'il y a entre ce procédé et celui de Tagliacozzi. En effet, dans beaucoup de cas, il a pu se faire que le pédicule du lambeau fût très-petit, et que la peau transplantée ait pu reprendre comme si elle avait été entièrement détachée.

M. *Demarquay*. Je demanderai à M. Le Fort si, dans le travail qu'il a lu, il y a des cas de succès. J'ai vu Blandin faire des opérations autoplastiques par le procédé de Tagliacozzi, mais il gardait de larges pédicules.

M. *Le Fort*. Dans le travail anglais que j'ai cité, les opérations autoplastiques par transplantations sont données comme des opérations courantes.

— M. *A. Guérin* présente une malade à laquelle il a enlevé un séquestre représentant la moitié du maxillaire inférieur. Après dix-huit mois de suppuration peu abondante, l'os est sorti pour ainsi dire de lui-même hors du périoste; aussi la reproduction osseuse est excellente. Elle est bien meilleure, dit M. Guérin, que celle d'un malade que j'ai présenté l'année dernière à la Société, et qui était aussi atteint de nécrose phosphorée; chez ce dernier, j'avais dû pratiquer l'ablation du maxillaire prématurément, à cause d'une salivation excessive, opération qui avait été suivie de la chute du nouvel os.

M. *Chassaignac*. Chez les malades qui ont une nécrose non limitée, on peut hâter l'élimination des séquestres en employant les tubes à drainage. Ce qui cause le plus la destruction des ostéophytes de réparation, c'est le séjour du pus autour de l'os nécrosé.

— M. *Lannelongue* présente un malade auquel il a pratiqué la staphylorrhaphie par le procédé classique, après avoir antérieurement pratiqué l'uranoplastie en prenant un lambeau sur la membrane muqueuse des fosses nasales. Ce malade a déjà été présenté à la Société.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre correspondant national.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. H. BLOT.

CORRESPONDANCE. — PROJET D'UN HÔPITAL SUR LA SEINE. — DEUX NOUVELLES OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE SUIVIES DE GUÉRISON. — APPAREIL POUR LES FRACTURES DE LA MACHOIRE.

M. *Trélat* donne lecture d'une lettre adressée à la Société par M. *Deshayes* (d'Issoudun), relative à un cas d'*infection purulente, suite de phlébite par compression*. Un malade, âgé de trente-sept ans, était entré dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, pour une douleur à l'épaule gauche et une autre douleur à la région parotidienne droite; il avait en outre de la fièvre. Le délire survint et la mort arriva cinq jours après l'apparition d'une douleur dans le genou gauche. A l'autopsie, on trouva du pus franc dans l'articulation du genou et dans l'articulation scapulo-humérale gauche. Il s'agissait d'une infection purulente. Rien dans les viscères. La veine jugulaire examinée présentait un caillot long de 5 à 6 centimètres, adhérant à la paroi interne du vaisseau, caractère certain d'une phlébite déjà ancienne. L'auteur pense que la veine a été comprimée dans une rixe, dont on a eu la connaissance certaine après la mort du malade.

— M. *Rochard* lit un travail sur un projet d'un hôpital sur la Seine. (Renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Perrin, Chassaignac.)

— M. *Panas*. L'année dernière, j'ai communiqué à la Société deux observations d'ovariotomie pratiquées à l'hôpital Saint-Louis. Aujourd'hui, je viens apporter deux nouveaux faits; sur ce chiffre, on compte trois guérisons et une mort. Pour mieux apprécier le résultat, je compte numéroter les observations que j'aurais l'honneur de vous communiquer intégralement.

Obs. III. — Adèle D..., vingt ans, piqueuse de bottines, réglée à quatorze ans, mariée à vingt et un ans, elle a eu deux enfants; n'a jamais été malade. Il y a dix-huit mois, douleurs dans l'hypochondre droit où l'on découvre une tumeur. La malade entre dans mon service le 2 octobre 1871. L'abdomen mesure alors 1m,30 de circonférence; tumeur déjetée à gauche. Bruit de cuir neuf en pressant sur ses parois. Col de l'utérus remonté et déjeté à gauche. Le 6 octobre, douleurs vives dues à la distension de la tumeur; une ponction soulage la malade. Cette ponction, faite avec un trocart capillaire, donne 300 grammes d'un liquide colloïde filant, composé surtout de matières albuminoïdes d'après l'examen microscopique.

L'opération fut pratiquée le 17 octobre comme il suit: Chloroformisation; incision sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'à trois travers de doigts de l'ombilic. On arrive sur la surface du kyste qui est immédiatement ponctionné. Trois grands kystes sont ouverts successivement laissant écouler plusieurs litres d'un liquide jounâtro. Quoique réduite des deux tiers de son volume, la tumeur ne montre aucune tendance à se porter au dehors, ce qui s'explique par la consistance charnue du reste de la tumeur, et surtout par son adhérence. Il s'agit d'un kyste proliférant développé dans l'ovaire droit, et qui, en refoulant les deux feuillets du ligament large, a rempli de sa masse toute l'excavation pelvienne. L'utérus et la vessie, refoulés à gauche, sont directement appliqués sur la tumeur, de sorte qu'il n'y a point de pédicule entre celle-ci et l'utérus, et que pour l'en détacher il nous a fallu raser le bord latéral de cet organe. Du côté externe ou iliaque, la tumeur, intimement adhérente à la fosse iliaque, recevait l'artère et la veine ovarique contenues dans un repli du péritoine. Enfin, la tumeur offrait une adhérence avec le pavillon de la trompe opposée et avec l'épiploon.

Voici ce que nous fîmes pour la mobiliser: un double fil très-fort est passé au ras du bord latéral de l'utérus entre celui-ci et le kyste; puis, en serrant isolément les deux anses de fil en haut et en bas, on pédiculise la tumeur de ce côté. On détache ensuite les adhérences épiploïques et la trompe gauche dont le pavillon adhérent à la masse a dû être retranché. Pour détacher la tumeur du bassin, il nous a fallu l'arracher du tissu cellulaire sous-péritonéal et inciser le péritoine à l'endroit des vaisseaux ovariques après y avoir appliqué une forte ligature. L'opération avait duré plus d'une heure et demie. Le 24 novembre, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Obs. IV. — D... (Sophie), placière, quarante-deux ans; mal réglée jusqu'à dix-huit ans; mariée à vingt ans. Deux enfants; accouchements faciles. Il y a six ans, la malade s'aperçoit d'une tumeur siégeant à gauche et dont le volume croît de jour en jour. Prolapsus de l'utérus à travers la vulve, datant de la première couche. Le 5 octobre 1871, la malade entre à l'hôpital Saint-Louis. Tumeur déjetée à gauche, abdomen mesurant 86 centimètres. Fluctuation. Opération le 25 octobre; cette opération n'a duré en tout que vingt minutes. Le 8 décembre, la malade sort parfaitement guérie. Il s'agissait d'un kyste muqueux contenant à son centre une kyste dermoïde. Depuis l'opération, la chute utérine n'a point reparu.

M. *Blot*. J'ai vu les malades dont M. Panas vient de rapporter l'observation; j'ai remarqué combien la cicatrice abdominale était solide.

M. *Guéniot*. A quelles circonstances sont dues d'aussi bons résultats? M. Panas a-t-il employé un mode de suture spécial?

M. *Panas*. J'ai employé le mode de suture de M. Boinet, la suture profonde, comprenant largement le péritoine.

M. *Boinet*. Les cicatrices solides se rencontrent chez les femmes qui ont la paroi abdominale épaisse et chez lesquelles on fait la suture profonde en comprenant 1 centimètre du péritoine.

M. *Forget* demande si c'est dans les salles mêmes de l'hôpital Saint-Louis que M. Panas a opéré ses malades.

M. *Panas*. Les malades ont été opérées dans les chalets établis à Saint-Louis d'après la méthode prussienne. Le chalet contient deux lits, mais un seul est occupé. Il n'y a pas jusqu'ici de succès obtenu dans les salles ordinaires des hôpitaux.

M. *Le Fort*. J'ai opéré à Cochin une malade qui a guéri; il est vrai que je l'ai opérée dans la petite Maternité, dans une salle à part.

— M. *Dubreuil* présente un appareil pour remédier à l'écartement des fragments d'une fracture de la mâchoire inférieure. Cet appareil se compose d'une tige métallique placée

comme une mentonnière, munie de deux plaques, destinées à presser sur la région des masséters et réunies sous le menton à l'aide d'un écrou et d'une vis qui permettent de serrer à volonté les deux plaques contre les fragments de la fracture. Une tige métallique croisant la première, à laquelle elle est fixée, sert à appliquer l'appareil sur le sommet de la tête et à le maintenir en place.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place de membre titulaire.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'électro-puncture du cœur comme moyen de traitement dans la syncope par le chloroforme, par le docteur Steiner (de Vienne).

L'emploi du galvanisme et des courants continus contre la syncope par le chloroforme n'est pas une nouveauté, et l'on doit avoir encore présentes à la mémoire les discussions auxquelles a donné lieu, de la part de Duchenne, Abeille, Legros et Onimus, Liégeois, la publication des expériences faites par Legros et Onimus. Actuellement, on est loin d'être d'accord sur le choix du mode d'application et même du lieu d'application de l'électricité. Le docteur Steiner croit pouvoir proposer un moyen plus énergique encore, c'est-à-dire l'électro-puncture du cœur. On trouverait facilement cette proposition déjà formulée et même des exemples d'électro-puncture du cœur non suivis du retour à la vie; mais ce n'est pas au titre de conception originale que nous analysons ce travail. L'auteur s'est appliqué à réunir tous les arguments qui peuvent établir que l'électro-puncture est inoffensive en même temps qu'elle agit efficacement.

Parmi les questions principales qui devaient être examinées, celles qui se présentent le plus naturellement sont les suivantes : La piqûre du cœur avec l'aiguille est-elle dangereuse? Quel est le point le plus convenable pour la piqûre? L'emploi de courants électriques faibles à travers le cœur est-il dangereux? Quelle est la meilleure méthode d'électro-puncture?

Sur le premier point, l'auteur a pu trouver une démonstration clinique dans une étude historique sur les plaies du cœur par instruments piquants, dont on connaît un nombre de guérisons suffisant pour montrer que le tissu du cœur n'est pas doué d'une sensibilité extrême à l'égard des piqûres. Aux expériences déjà connues, l'auteur a ajouté une série de recherches dont les conclusions peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

La piqûre avec une fine aiguille pratiquée dans une partie de la paroi ventriculaire sans produire la perforation n'offre pas de danger. Lorsque l'aiguille pénètre dans le ventricule, il n'y a pas d'accident si l'aiguille est retirée rapidement. Il ne se produit ni cardite ni péricardite lorsque par des mouvements ou le séjour prolongé de l'aiguille, le trajet de la piqûre n'est pas irrité. La piqûre des oreillettes est dangereuse, elle a pour résultat ordinaire l'écoulement de sang pendant la systole et la diastole.

Pour la détermination du point le plus favorable à la ponction, l'auteur s'est inspiré de recherches cadavériques faites par Luschka et donnant des indications intéressantes sur l'épaisseur des diverses parties du cœur. Le point d'élection pour la piqûre est la pointe du cœur, car c'est la partie où, grâce à l'épaisseur des parois, et à l'éloignement des artères coronaires, on a les meilleures chances. Extérieurement, la piqûre sera pratiquée au milieu du cinquième espace intercostal gauche, à 3 centimètres en dehors du bord sternal; la piqûre doit être perpendiculaire et pénétrer à 3 centimètres de profondeur; mais chez les individus fortement musclés, on peut pénétrer de 1 cent. à 1 cent. et demi au plus. Il faut d'abord explorer la région pour reconnaître les changements pathologiques pouvant exister. Il faut éviter toute manœuvre inutile, tout ébranlement donné à l'aiguille.

L'auteur a multiplié les expériences destinées à étudier les effets du galvanisme sur le cœur, chez des animaux tués par le chloroforme ; elles ont donné des résultats qui viennent à l'appui de la théorie qui admet comme cause de mort l'arrêt de l'activité cardiaque, et elles montrent que l'excitabilité du cœur est très-rapidement éteinte dans la mort par le chloroforme.

Les conclusions de ces recherches, par rapport de l'électro-puncture du cœur, sont résumées par l'auteur en une série de propositions.

L'électro-puncture du cœur est une opération qui ne présente aucun danger. Après l'arrêt du cœur dans la syncope par le chloroforme, l'emploi de l'électro-puncture n'est pas un moyen certain de *résurrection*, parce que par l'action du chloroforme, la perte de l'excitabilité du muscle cardiaque est détruite avec une promptitude extrême. La galvanisation du cœur doit être préférée à la respiration artificielle lorsque l'arrêt du pouls et le collapsus font craindre la perte d'irritabilité du cœur. Les cas heureux dans lesquels l'emploi de la respiration artificielle a ramené la vie, s'expliquent par la persistance de l'irritabilité cardiaque, et parce que la respiration artificielle a été accompagnée d'irritation mécanique du cœur.

Le courant électrique employé doit être très-faible ; l'auteur s'est servi d'un élément de Smée avec un appareil d'induction ; le courant doit toujours être transmis par voie indirecte, le pôle positif sera porté dans le cœur par l'aiguille à électro-puncture, le pôle négatif sera placé sur le côté gauche de la poitrine, dans le septième espace intercostal. La galvanisation du cœur n'est pas seulement le moyen le plus actif de l'excitation de la force cardiaque, mais elle agit énergiquement sur les mouvements respiratoires. Lorsque, pendant la galvanisation du cœur, il survient passagèrement un mouvement dans l'aiguille, des mouvements respiratoires, et la réapparition du pouls, il faut continuer la galvanisation tant que les mouvements du cœur ne sont pas redevenus rhythmiques et forts; mais dans cette période, les mouvements de la respiration artificielle sont un bon moyen complémentaire. Lorsqu'au bout de quinze minutes, la galvanisation n'a produit aucun effet, l'irritabilité du muscle cardiaque est à jamais complétement détruite et toute tentative pour la rétablir reste inutile. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, 12e Bd., 3. H., 1871.)

BIBLIOGRAPHIE.

Du rétrécissement de l'artère pulmonaire contracté après la naissance. De ses symptômes, de ses complications et particulièrement de la phthisie pulmonaire consécutive. (Mémoire lu, le 11 août 1871, à la Société de médecine des hôpitaux, par le docteur Constantin Paul, médecin des hôpitaux.)

L'immense majorité des travaux qui ont été publiés sur les maladies du cœur traitent des lésions du cœur gauche. Les maladies du cœur droit, bien autrement obscures, ne nous sont guère connues aujourd'hui que par quelques symptômes qu'on pourrait appeler de retentissement, et d'après lesquels on ne peut, dans la plupart des cas, que soupçonner la maladie sans jamais atteindre le diagnostic précis qui donne un attrait particulier à l'étude des maladies du cœur gauche. — Il faut donc accueillir et enregistrer avec soin les travaux qui ont pour objet cette partie difficile de la pathologie cardiaque, surtout quand on y trouve des renseignements nouveaux résultant de la critique des faits déjà connus et s'appuyant sur des cas directement observés.

Le travail de M. le docteur Paul a ce double caractère. Son

point de départ est l'histoire d'un malade étudié par lui dans le service de clinique de la Charité, alors qu'il y suppléait M. le professeur Bouillaud. A cette histoire, aussi complète que possible, est jointe une revue critique d'observations recueillies sur le même sujet. Il en résulte un mémoire très-substantiel et dont il est facile d'apprécier la valeur clinique.

Le malade dont il s'agit était atteint d'un rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire et d'une pneumonie caséeuse. Le diagnostic fut établi et justifié par l'autopsie. Rapprochant ce fait d'un certain nombre de cas précédemment publiés, mais dans lesquels le diagnostic n'avait pas été fait sur le vivant, l'auteur arrive à des conclusions qu'il formule à la fin de son travail.

Il établit que l'artère pulmonaire peut être le siége de lésions congénitales ou acquises, parmi lesquelles le rétrécissement est la plus importante à considérer.

Ce rétrécissement siége tantôt au niveau de l'orifice sigmoïde, tantôt au niveau de l'infundibulum (rétrécissement préartériel); enfin sur l'une ou sur les deux branches de bifurcation de l'artère.

Le rétrécissement de l'orifice est ordinairement consécutif à une endocardite ; celui de l'infundibulum à une myocardite. L'artère est dilatée au delà du rétrécissement. Presque constamment il survient une hypertrophie consécutive du ventricule droit, hypertrophie caractérisée à la percussion par une matité de forme particulière à grand diamètre transversal indiquant une déformation pathognomonique du cœur dont le bord inférieur prend une direction horizontale.

Le rétrécissement valvulaire de l'artère pulmonaire peut s'accompagner d'insuffisance des valvules sigmoïdes, ou de la tricuspide, ou d'une lésion des valvules du cœur gauche.

Ce rétrécissement se révèle par un bruit de souffle systolique rude, râpeux, se prolongeant dans le petit silence et couvrant souvent le second bruit, s'accompagnant quelquefois du frémissement cataire.

Ce bruit s'entend habituellement dans toute la région cardiaque ; mais son maximum se trouve au niveau du bord gauche du sternum, dans le deuxième espace intercostal. Il se prolonge en haut et à gauche, vers la clavicule et diminue subitement d'intensité au point qui correspond à la bifurcation de l'artère pulmonaire.

Il se distingue donc du bruit du rétrécissement aortique qui a son maximum vers le bord droit du sternum, se prolonge en haut vers l'extrémité interne de la clavicule droite et dans les carotides où il se transmet avec beaucoup d'intensité.

M. Paul note sur son malade l'absence de cyanose. Ce symptôme ne serait pas propre au rétrécissement pulmonaire. Il n'existerait que quand il y a communication des deux cœurs. — Or, quand le rétrécissement pulmonaire n'est pas congénital, mais acquis, le trou de Botal est toujours fermé ; mais il est possible qu'à la suite d'une myocardite, une perte de substance se produise dans la cloison ventriculaire, d'où résulterait la communication des deux cœurs. Il y a dans la science plusieurs exemples de faits analogues.

Parmi les complications du rétrécissement de l'artère pulmonaire, l'hémoptisie figure rarement et plutôt à titre de complication ultime. Elle peut cependant se manifester à une période moins avancée de la maladie. Dans ces cas, elle est liée à une complication bien autrement grave : la phthisie pulmonaire.

Cette complication est loin d'être rare, et nous en voyons treize cas relatés dans le travail de M. Paul.

Qu'il soit congénital ou acquis, le rétrécissement de l'artère pulmonaire doit être considéré comme prédisposant au développement de la tuberculose. La forme de la maladie est ordinairement lente, procédant par poussées successives. Les deux poumons sont également atteints.

Quant au mécanisme suivant lequel se produit la phthisie en pareil cas, on ne pourrait à cet égard avancer que des hypothèses dont l'auteur, et nous l'en félicitons, s'est abstenu complétement. Il se contente de mettre en relief ce fait ancien de l'influence du rétrécissement pulmonaire sur la production de la phthisie et de faire remarquer combien cette coïncidence donne à la maladie cardiaque un cachet spécial et qui la distingue des autres maladies du même organe où cette relation est absolument inconnue.

VARIÉTÉS.

Glanes.

LE SAUCISSON A LA FARINE DE POIS.

Parmi les aliments distribués à l'armée prussienne pendant la campagne actuelle, il n'y en a aucun qui ait rendu autant de services que le saucisson aux pois. Ce saucisson est de facture toute récente. Il est exclusivement fabriqué à la manufacture royale de Berlin, où se préparent les conserves destinées à l'armée et à la marine de Prusse. Sa confection et son mode de préparation ont été jusqu'ici enveloppés d'un certain mystère, sans doute afin de se réserver le privilége exclusif de son emploi.

C'est là, du moins, ce qu'ont affirmé plusieurs officiers et médecins de l'armée allemande, qui n'ont pu signaler aucun rapport, aucune étude sur cette nouvelle conserve, où il soit possible de puiser des renseignements positifs. Mais on se fera une idée de l'importance que l'on attache à son usage, en apprenant que le roi, aujourd'hui empereur, Guillaume a récompensé son inventeur par une gratification de 30 000 thalers, ou 112 500 francs de notre monnaie.

Au point de vue du service en campagne, les avantages du saucisson à la farine de pois peuvent s'énumérer comme il suit :

1° Il contient, dans une bonne proportion, des substances nutritives tirées du règne végétal et du règne animal.

2° Il se conserve parfaitement à travers tous les accidents possibles d'humidité et de variété de température.

3° L'extrême propreté de sa préparation, qui a eu lieu au moyen de machines, en fait un aliment aussi salubre qu'agréable.

Enfin il ne faut pas plus de cinq à six minutes de cuisson, sans addition de condiments d'aucune espèce, pour le convertir en potage excellent et nutritif à un haut degré.

Quelle est la variété de pois employée, par quel procédé les pois sont-ils réduits en farine, dans quelle proportion cette farine est-elle mêlée à la viande de porc et au lard qui constituent le fond de la conserve, c'est ce qu'il n'a pas été possible de savoir. Mais l'examen, l'analyse, la dégustation et surtout les expériences, parviendront, sans doute, à découvrir ce que l'on cherche à cacher, et fourniront peut-être des procédés pour faire aussi bien, sinon mieux. Tout ce que M. Laverrière a pu apprendre, c'est que les pois sont préalablement dépouillés de leur pellicule épidermique, et que l'on débarrasse la viande, avant de la broyer à la mécanique, de tous les tissus, de toutes les peaux qui enveloppent les faisceaux musculaires. Ainsi purifiée et cuite, cette viande est introduite, en même temps que la farine de pois, dans un appareil rotatif où le mélange s'opère intimement. Il en résulte une matière pâteuse que l'on convertit en saucisson par les procédés usités chez les charcutiers ; seulement le boyau qui sert d'enveloppe est remplacé par du papier-parchemin. Chaque saucisson pèse en moyenne une livre ; on en distribue ordinairement un par trois hommes pour un repas. Dans l'armée de terre, il n'est livré que lorsqu'on est en campagne ; dans la marine, il entre dans le régime ordinaire des équipages, soit dans les ports, soit en mer. (*Note presentée à la Société d'agriculture de France par M. Laverrière.*)

LE CUNDURANGO ET LE DOCTEUR BLISS.

En dépit des avertissements dus à l'expérience de médecins consciencieux, le cundurango a fait son apparition à la quatrième page des journaux politiques français ; il semble même que la drogue, en se vulgarisant, ait perdu de son prix. Nous avions pensé que nous n'aurions plus à reparler du fallacieux topique ni de l'exploitation qu'il a alimentée (et cette propriété est quant à présent la seule parfaitement acquise à la plante); mais nous croyons qu'un dernier avertissement ne sera pas inutile, et nous l'empruntons au Journal de San Francisco, qui nous apprend les infortunes du médecin qui a patronné le cundurango, dans l'intérêt général de l'humanité et plus particulièrement pour son profit personnel. Le docteur Bliss, dit le rédacteur, a eu grande foi dans le cundurango ; comme beaucoup de praticiens, il s'est trompé lui-même par des conclusions prématurées, il s'est laissé captiver par les apparences. Ceci est une erreur de jugement pour laquelle nous ne pouvons le condamner. Mais

il a fait plus : il a voulu frapper monnaie avec le cundurango, et il n'a pas craint d'associer son titre à une œuvre de spéculation. Il en a obtenu comme résultat professionnel l'obligation de renoncer à sa position de professeur au collége médical de Georgetown, en compensation, l'industrie compte une raison sociale nouvelle, la maison Bliss Keine and Co.

Mort par un anesthésique nouveau. — Ceux qui recherchent des anesthésiques ont toujours pour but de remplacer le chloroforme et l'éther par un agent d'une innocuité parfaite, et leur espoir persiste jusqu'au premier échec, qui suffit en général pour détruire toute illusion, au moins chez ceux qui ont voulu favoriser les essais de l'inventeur. Un nouvel anesthésique avait été proposé par O. Liebreich, qui s'est illustré par ses travaux sur le chloral, il s'agissait de l'*Æthyliden-Chloride*. Des essais tentés à la clinique de Langenbeck, en 1870, avaient donné les résultats les plus satisfaisants, le nouvel agent ne produisait pas de vomissements, la narcose semblait s'établir très-facilement, mais était plus passagère et moins profonde que par le chloroforme. Malheureusement un cas de mort pendant la narcose produite par cet agent a démontré publiquement que l'innocuité n'est pas dévolue à cet anesthésique plus qu'à tout autre.

— Nous avons la douleur d'annoncer, — et le regret d'annoncer un peu tard — la mort de M. le docteur Pamard, ancien député, ancien maire d'Avignon. On se rappelle qu'il s'est fait, il y a quelques années, beaucoup de bruit autour du nom de ce confrère, à qui le titre de membre de l'Académie de médecine était contesté dans la presse, au sein de la Chambre, et même à l'Académie. Mais sa bonne foi, comme son savoir et son honorabilité est restée hors de contestation.

Association générale. — Le Conseil général de l'Association vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les présidents de la Société centrale et des Sociétés locales :

Paris, le 25 février 1872.

Monsieur et très-honoré confrère,

Conformément à la délibération de l'Assemblée générale du 29 octobre dernier, et selon ce que vous indiquait la dernière circulaire de M. le président, le Conseil général a l'honneur de vous faire connaître la liste des candidats à la présidence de l'*Association générale*, présentés par les commissions administratives de la *Société centrale*, et de cinquante-quatre Sociétés locales dont le Conseil général a reçu des présentations.

Le dépouillement de ces présentations, fait en séance du Conseil général, le 17 février courant, a donné la liste suivante des candidats que le Conseil général vous présente par ordre alphabétique.

MM. Andral, Bardinet, Barrier, Barth, Béhier, Bouillaud, Bouisson Broca, Brun, Cazeneuve, Cruveilhier, Demarquay, Denonvilliers, Gavarret, Guépin, Jeannel, Larrey, Lasègue, Am. Latour, Nélaton, Ricord, Robin, J. Roux, Tardieu, Vernois, Vingtrinier.

Le Conseil général croit devoir vous faire observer que M. le docteur Barrier est décédé depuis deux ans, que M. le docteur Bouisson ne fait pas partie de l'Association générale, et que MM. les docteurs Barth, Brun, Jeannel, Larrey, A. Latour, Ricord et Vernois, ont déclaré ne pas accepter la candidature. Le Conseil général croit devoir aussi vous faire remarquer qu'il s'est abstenu de présenter aucun candidat, et que pour laisser au vote des membres de l'Association toute sa liberté, il n'indique pas le nombre des suffrages obtenus par les candidats au sein des commissions administratives des Sociétés locales. Le Conseil général, enfin, a l'honneur de vous rappeler que cette liste de candidats n'est qu'une simple indication et que les votants peuvent choisir en dehors d'elle.

Vous savez, Monsieur le président, que l'élection de M. le président de l'Association générale doit avoir lieu simultanément, le 10 mars prochain, dans toutes les Sociétés locales, et que le procès-verbal de cette séance d'élection doit être transmis aussitôt que possible à M. le président de l'Association générale.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Pour le Conseil général et en son nom :

Le secrétaire général : Amédée Latour.

Police médicale. Toxicologie. — On lit dans le Journal de l'Aisne : « Avis vient d'être transmis à tous les pharmaciens de s'abstenir de vendre les sulfates de potasse (*sel duobus*) provenant d'une maison très-connue de Paris, qui tient un rang important dans le commerce de la droguerie. A la suite d'accidents, les *sels duobus* vendus par ces droguistes auraient été analysés, et l'on y aurait découvert un poison des plus énergiques. Nous n'avons aucun détail sur les circonstances qui ont motivé l'avis transmis aux pharmaciens, mais on n'a pas dû oublier qu'il y a quelques jours une femme des environs de Saint-Quentin mourait quelques heures après s'être purgée avec le médicament en question.

» Y a-t-il eu erreur de manipulation, emploi d'une autre formule dans la fabrication du produit? C'est sans doute ce que la suite nous apprendra, car une affaire aussi grave ne peut manquer d'être éclaircie.

» L'affaire à laquelle fait allusion notre confrère, ajoute le Journal de Saint-Quentin, est l'objet d'une instruction qui se poursuit en ce moment à Saint-Quentin. Les paquets de sel duobus, saisis au domicile de la pauvre femme qui a succombé quelques heures après l'absorption de ce médicament, ont été analysés par M. le docteur Roussin, professeur à l'École de pharmacie et du Val-de-Grâce, commis comme expert.

» Le jour même où le rapport de l'illustre chimiste est parvenu à Saint-Quentin, le garde des sceaux, le ministre du commerce, les préfets ont été informés, par l'intermédiaire du procureur général près la Cour d'Amiens, que certains sels duobus livrés au commerce contenaient neuf dixièmes de bi-arsenicate de potasse, c'est-à-dire l'un des poisons les plus énergiques que connaisse la science.

» D'urgence, cette communication a été transmise à tous les pharmaciens. »

École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger. *Concours pour la place de préparateur de chimie et d'histoire naturelle.* — Tout aspirant au titre de préparateur devra justifier de sa qualité d'élève inscrit dans une École supérieure de pharmacie, une Faculté ou une École préparatoire de médecine et de pharmacie française.

Chaque concurrent devra se faire inscrire au secrétariat de l'École avant le 1er avril 1872.

Il déposera, indépendamment de sa feuille d'inscription, un certificat de bonnes vie et mœurs, obtenu dans le courant du mois qui précède l'ouverture du concours.

La durée des fonctions de préparateur est de trois ans.

Il jouit d'un traitement annuel de 600 francs.

Le préparateur peut être en même temps interne à l'hôpital civil.

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Aug. Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les *maladies mentales et nerveuses*, le dimanche 3 mars, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 17 au 23 février 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 4. — Scarlatine, 3. — Rougeole, 13. — Fièvre typhoïde, 23. — Typhus, 0. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 56. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 209. — Affections chroniques, 344 (1). — Affections chirurgicales, 65. — Causes accidentelles, 26. — Total : 820.

(1) Sur ce chiffre de 344 décès, 163 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Sommaire. — **Paris.** Sur le tannate et le gallate de quinine. — La Nouvelle-Calédonie et l'île des Saintes. — **Cours publics** Thérapeutique : Du traitement de la syphilis. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **Revue des journaux.** De l'électro-puncture du cœur comme moyen de traitement dans la syncope par le chloroforme. — **Bibliographie.** Du rétrécissement de l'artère pulmonaire contracté après la naissance. — **Variétés.** Glanes : Le saucisson à la farine de pois. — Le cundurango et le docteur Bliss. — Mort par un anesthésique nouveau. — **Feuilleton.** Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 7 mars 1872.

L'ARCHIPEL DES SAINTES (ANTILLES) COMME LIEU DE DÉPORTATION. — *Académie des sciences* : L'ANESTHÉSIE COMBINÉE PAR LE CHLOROFORME ET LA MORPHINE : LABBÉ ET GUYON. — MODIFICATIONS DE LA MOELLE ÉPINIÈRE CHEZ LES AMPUTÉS : VULPIAN.

L'archipel des Saintes (Antilles) comme lieu de déportation.

Nous revenons — et cette fois avec des renseignements précis — sur la question du choix de l'île des Saintes comme lieu de déportation.

Le petit archipel des Saintes, *los Santos*, a été ainsi nommé par Christophe Colomb en souvenir du jour où il y aborda la première fois, le 1er novembre 1493, jour de la Toussaint.

Il se compose d'un groupe de huit petites îles ou îlots, situé à cinq lieues environ au sud de l'île de la Guadeloupe, par 15° 54' de latitude nord et 64° 1' de longitude ouest. — Les quatre îles les plus importantes ont reçu le nom de : 1° *Terre d'en haut* ou *du Vent ;* 2° *Terre d'en bas* ou *de dessous le vent,* à environ 1 kilomètre dans l'ouest-sud-ouest de la première ; 3° le *grand Ilet*, au sud, 4° le *petit Ilet*, ou *Ilet à Cabri,* au nord. Les quatre autres îlots sont des rochers sans importance. Entre la Terre d'en haut et le petit Ilet se trouve une rade fort sûre qui sert de refuge aux navires pendant les ouragans, et qui bien souvent aussi protégea nos vaisseaux lors de nos guerres maritimes avec l'Angleterre. Pour la première fois, en 1648, une petite expédition de trente Français chercha à s'établir aux Saintes, mais la seule source qui pouvait donner de l'eau étant venue à se tarir, ils durent retourner à la Guadeloupe; ces îles ne furent définitivement occupées qu'en 1652; en 1794, les Anglais s'emparèrent des Saintes et les rendirent à la paix d'Amiens en 1802; en 1809, ils les occupèrent de nouveau, et, avant de les restituer au gouvernement français, en 1814, eurent soin d'y brûler tous les établissements, casernes et hôpitaux que les Français y avaient élevés à grands frais. Au premier bruit du retour de Napoléon, en 1815, avant même la déclaration de guerre, ils en prirent de nouveau possession et les restituèrent définitivement à la paix générale.

L'archipel des Saintes a, comme on le voit, une importance militaire considérable, sa rade bien défendue, sa position géographique qui les place *au vent* des autres Antilles, lui ont valu le nom un peu prétentieux de Gibraltar des Antilles. A diverses époques, elles ont servi de lieu de détention ; notamment de 1802 à 1809, on y exila les noirs ou mulâtres qui paraissaient dangereux et que le général Richepance, alors gouverneur, soupçonnait d'avoir trempé dans les complots qui éclatèrent à cette époque. Actuellement, il se trouve encore un pénitencier colonial sur le petit Ilot.

La constitution géologique des Saintes démontre complétement leur origine volcanique ; elles sont capricieusement découpées, émergent hors de l'eau comme des sommets de montagnes, sont irrégulièrement formées et présentent une succession de vallées et de hauteurs; le plus élevé de ces soulèvements, celui de la Terre d'en bas, ne dépasse pas 600 mètres d'altitude. Les couches de roche ignée se sont peu à peu recouvertes de terre végétale, mais elle a en général peu d'épaisseur, naturellement un peu plus dans les vallées et sur le littoral que sur les mornes.

La *Terre d'en haut*, la plus grande des Saintes, est longue et irrégulière ; elle était autrefois boisée, mais actuellement les arbres de haute futaie ont presque complétement disparu, et l'on n'y rencontre plus que des arbustes ou des arbrisseaux, cependant on pourrait y établir des cultures, car la terre végétale s'y rencontre en quantité suffisante. Il s'y trouvait jadis deux étangs assez profonds qui ont été à peu près comblés par des terres alluvionnaires, néanmoins les vallées encaissées qui existent entre les différents mornes, ayant autrefois communiqué avec la mer, conservent encore une sorte d'humus marin, et, lorsque les pluies abondantes de l'hivernage viennent le saturer d'humidité, il s'en dégage des effluves maremmatiques dont l'action délétère se fait parfaitement sentir sur la population. La plus dangereuse de ces plaines est celle du *Marigot*, qui, pendant l'hivernage, est convertie en un véritable lac où l'eau de mer pénètre par infiltration et même directement par le déplacement des vagues. Cette plaine est fort peu habitée, et les quelques familles qui y cultivent des jardins sont chaque année éprouvées par la fièvre. La plaine du Marigot est séparée de l'*Anse à Mirre*, où se trouve le bourg par une sorte de coulée en dos d'âne qui protége les habitations contre les effluves marécageux, les vents dominants de l'est et du sud-est se trouvant arrêtés par cette élévation, qui est fort heureusement recouverte elle-même de bois de mancenilliers. L'influence salutaire de ces arbres est des plus manifestes, car lorsqu'on a voulu couper, même partiellement, ce rideau protecteur, les maisons directement exposées au vent du sud-est qui balaye la plaine du Marigot ont été envahies par la fièvre. Un fait assez remarquable de la constitution géologique de cette île est l'absence de rivière et même de sources d'eau potable; il n'en existe qu'une donnant une eau sulfatée fort insalubre. La population, composée de 700 habitants environ, dont 560 permanents, presque tous mulâtres, en est réduite à boire de l'eau de pluie séjournant dans les mares ou recueillie dans des citernes.

La *Terre d'en bas* est traversée dans toute sa longueur par

une chaîne de collines de 500 à 600 mètres d'altitude, elle n'a pas non plus de rivières, mais seulement quelques petits ruisseaux qui viennent déverser à la mer les eaux pluviales et sont taris une bonne moitié de l'année. Les habitants doivent également faire usage d'eau conservée.

Le climat des Saintes passe pour être salubre; de fait, il l'est relativement, si on le compare à celui de la Guadeloupe, et l'on a été conduit à y envoyer les convalescents de dysentérie; ils s'y remettent assez bien pendant la saison sèche, beaucoup moins pendant l'hivernage. On ne saurait cependant les regarder comme jouissant d'une climatologie réellement bien favorable. Leur température est la même que celle des Antilles, c'est-à-dire tropicale; la moyenne annuelle au niveau de la mer est d'environ 26 degrés.

Si les fièvres y paraissent peu communes, c'est en raison de la sécheresse habituelle de leur sol, mais nous avons dit déjà que dès qu'un peu d'humidité vient à se fixer dans les vallées, ces dernières se transforment en foyers maremmatiques intenses. De plus, il en est aux Saintes comme de tous les pays chauds, il n'est pas besoin de marais pour développer la fièvre; que l'on remue le sol pour des défrichements ou des constructions, et l'on donne issue à des miasmes fébrigènes.

Le docteur Brassac (thèse de Montpellier, 1863) indique très-nettement que lorsqu'en 1861 on donna une grande activité aux travaux de terrassements pour la construction du Fort-Napoléon, dans la Terre d'en haut, on vit éclater de nombreux cas de fièvre intermittente parmi les travailleurs. Le fort se trouve cependant par 114 mètres d'altitude, bien au-dessus de la zone d'action des miasmes fébrigènes; il en serait certainement de même, si, en vue d'établissements nouveaux, on venait à faire de grands travaux, à remuer des masses de terre, à bouleverser un sol, qui, pour ainsi dire, ne demande qu'à dégager la fièvre.

La dysentérie, l'hépatite, qui sont endémiques aux Antilles, frappent également la population flottante, en moindre proportion qu'à la Guadeloupe, mais elles existent cependant aux Saintes comme dans tous les pays tropicaux. Enfin, la salubrité de ces îles doit encore être envisagée au point de vue de la fièvre jaune, cette terrible endémo-épidémie du nouveau monde. Elle fait, on le sait, des apparitions presque régulières aux petites Antilles, s'y maintient pendant une période de cinq à six ans avec une intensité variable suivant la saison, prenant un caractère de recrudescence pendant la période de l'hivernage (septembre à décembre), puis diminuant sans s'éteindre complétement pendant la saison sèche. Elle disparaît ensuite pour une période à peu près égale. On affirme que jusqu'à présent les Saintes ont été préservées; mais en admettant l'exactitude de ce fait, qu'il n'est pas très-facile de démontrer, peut-on affirmer qu'il en sera toujours de même? A l'exception d'une très-faible garnison, la population des Saintes n'est composée que de mulâtres ou de blancs acclimatés, sur lesquels la fièvre jaune n'a point de prise; mais que ces îles viennent à recevoir une nouvelle population européenne, une garnison qui serait fatalement assez importante, on créera ainsi de toutes pièces un foyer de réceptivité, et, à la première épidémie qui frappera la Guadeloupe, on aura une épidémie bien plus terrible aux Saintes, car la fièvre jaune y trouvera les conditions les plus favorables à son développement. Il serait tout à fait illusoire d'espérer, au moyen de quarantaines, empêcher toute communication avec les autres Antilles; les Saintes ne sont qu'à cinq lieues de la Basse-Terre, et les relations entre ces deux points seront impossibles à éviter.

Il paraît donc bien difficile de créer aux Saintes de nouveaux établissements; la nature du sol, l'absence d'eau, la constitution pathologique, semblent s'y opposer. Sans doute les Saintes sont infiniment plus salubres que Cayenne, mais elles le sont au même degré que les autres Antilles, beaucoup moins en tous cas que la Nouvelle-Calédonie, dont il est également question comme lieu de déportation. Il existe encore d'autres motifs très-sérieux contre le choix de l'archipel des Saintes, motifs d'ordre politique ou de possibilité de surveillance des condamnés, mais nous n'avons point qualité pour les traiter à cette place, et nous avons désiré donner simplement au public médical un aperçu du climat de ces îles, sur lesquelles l'attention est actuellement appelée (1).

Dr Morache,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

L'anesthésie combinée par le chloroforme et la morphine. — Modifications de la moelle épinière chez les amputés.

Nous donnons au compte rendu de l'*Académie des sciences* l'analyse de deux communications fort intéressantes au point de vue de la pratique chirurgicale et de la physiologie.

MM. Labbé et Guyon viennent de faire une application des observations de M. Claude Bernard sur l'anesthésie obtenue au moyen de l'action combinée de la morphine et du chloroforme. Nussbaum le premier avait tenté sur un malade ce mode d'anesthésie, et nous parlerons plus loin du résultat de ses observations; MM. Labbé et Guyon, encouragés par des essais récents de MM. Rigault et Sarazin, viennent de démontrer que des opérations graves peuvent être tentées par l'anesthésie combinée. Ces quatre faits sont très-encourageants, puisqu'ils ajoutent une démonstration expérimentale sur des opérés aux considérations théoriques ou empruntées à l'expérimentation chez des animaux, et autorisent à établir cette conclusion importante : que l'injection préalable de morphine à petites doses permet d'obtenir, avec des quantités de chloroforme bien plus faibles que celles qui sont employées d'ordinaire, une anesthésie très-prolongée.

La démonstration semblera plus complète encore si l'on ajoute à ces faits les observations de Nussbaum, qui sont plus nombreuses qu'on ne le croit généralement. Puisque la question vient d'être soulevée, il n'est pas sans intérêt de rappeler ces essais.

Nussbaum, en pratiquant l'ablation d'un cancer du cou volumineux chez un homme de quarante ans, eut l'idée d'injecter de l'acétate de morphine pendant que le malade était encore sous l'influence du chloroforme; le but du chirurgien était d'épargner au malade les douleurs consécutives à l'opération. Le sommeil anesthésique fut ainsi prolongé pendant douze heures. Nussbaum a employé les injections de morphine dans seize autres cas, l'injection sous-cutanée étant pratiquée pen-

(1) On pourra consulter au sujet du climat des Antilles : Dutroulau, *Maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861. — Dutroulau, article ANTILLES, in *Dictionnaire encycloped.*, vol. V, 1866. — Boyer-Peyreleau, *Les Antilles françaises*. Paris, 1825. — Brassac, thèse de Montpellier, 1863; *Revue coloniale* et *Archives de médecine navale*, travaux divers. — Levacher, *Guide médical aux Antilles*, 1840, etc...

Il ne paraît point exister dans la littérature médicale de travaux spéciaux sur les îles des Saintes.

dant la narcose due au chloroforme. Dans tous ces cas, les résultats obtenus ont été excellents, c'est-à-dire que la douleur a été supprimée pour un temps fort long; dans quatre cas seulement on a observé un sommeil aussi profond, avec anesthésie aussi complète, que dans le précédent, mais le sommeil n'a duré que deux, trois, cinq et huit heures. Une remarque analogue a été faite par von Pitha dès l'année 1861 : ce chirurgien avait employé les lavements avec l'extrait de belladone chez un malade qui était réfractaire à l'anesthésie par le chloroforme. A la suite des lavements le malade put être anesthésié et le sommeil fut profond et prolongé.

On remarquera que Nussbaum faisait les injections de morphine pendant l'anesthésie : MM. Labbé et Guyon emploient la morphine avant l'anesthésie ; le but qu'ils se proposent est différent, puisqu'ils cherchent non pas à empêcher les douleurs consécutives à l'opération, mais bien à faciliter l'anesthésie et à en diminuer les dangers par l'emploi d'une quantité moindre de chloroforme.

Nous savons qu'il faut être très-réservé quand il s'agit de juger du degré d'innocuité des anesthésiques; mais il est utile que des expérimentateurs prudents poursuivent le perfectionnement des procédés anesthésiques.

— Nous avons signalé, en 1869 (*Gazette hebdomadaire*, p. 283), les recherches de M. Vulpian et les conclusions des études analogues faites par M. Dickinson, postérieurement à la publication des résultats constatés par M. Vulpian dans l'examen de la moelle épinière chez les individus amputés d'un membre.

De nouvelles recherches ont permis à M. Vulpian d'établir définitivement le siége, la nature et la cause des modifications qui se produisent dans la moelle épinière à la suite de l'amputation d'un membre. Il y a diminution en tous sens des dimensions de la moitié correspondante de la moelle, par atrophie simple. Les différences qui existaient entre les premières observations de M. Vulpian et celles de M. Dickinson ont disparu, et les deux physiologistes sont d'accord sur la détermination du siége principal de l'atrophie, dans les faisceaux postérieurs et les cornes postérieures.

M. Vulpian, par ses expériences sur les sections des nerfs principaux d'un membre, a démontré en outre que c'est à la section des nerfs qu'est due cette atrophie. Celle-ci ne représente pas un processus morbide ; elle est le résultat de cette loi générale que tout organe condamné à l'inactivité fonctionnelle tend à s'atrophier.

L'Académie de médecine a procédé mardi dernier à l'élection d'un membre de la section de pathologie chirurgicale. Un incident a marqué cette élection. Pour des motifs que nous ne devinons pas, et auxquels, en tout cas, on sacrifiait des droits scientifiques incontestables, M. Voillemier avait été placé en *sixième*, c'est-à-dire en dernière ligne, sur la liste de la section. L'Académie a protesté contre ce classement en lui donnant 21 voix au premier tour, 27 au second tour, et 30 au troisième. C'est néanmoins M. Dolbeau qui a été élu à ce dernier tour par 43 suffrages ; c'est assez dire que l'insuccès de la protestation ne sera pas préjudiciable à l'Académie.

M. Maurice Perrin, qui venait en seconde ligne, a souffert de l'incident; M. Voillemier l'a de fait refoulé au troisième rang. Il a pourtant obtenu 10 voix au premier tour, ce qui est un assez beau chiffre dans la circonstance. Nous ne doutons pas qu'il ne lui soit tenu compte plus tard de cette malechance inattendue.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

Durée du choléra asiatique en Europe et en Amérique, ou persistance des causes productrices des épidémies cholériques hors de l'Inde, par J. D. Tholozan, médecin principal d'armée, membre correspondant de l'Académie de médecine de Paris et de la Société épidémiologique de Londres.

(Suite et fin. — Voyez les numéros 42, 44, 45, 47 (année 1871), 5 et 7 (année 1872).

V. — Durée du choléra asiatique en Amérique.

1. *Durée de l'épidémie cholérique de 1832 dans l'Amérique du Nord.* — Le nouveau monde fut atteint pour la première fois par l'épidémie cholérique en juin 1832. Cette date est remarquable sous plus d'un rapport : en premier lieu, elle montre avec quelle rapidité le fléau se propagea à cette époque à travers l'Atlantique, dans la direction de l'ouest (1). Déjà l'épidémie avait semblé parcourir plus rapidement et plus sûrement cette route de l'ouest que celle des autres points cardinaux en Allemagne, et en France en particulier. C'est là un fait qui s'explique par le hasard des contagions ou par la multiplicité plus grande des communications, ou par leur nature, ou par l'immunité dont jouirent pendant quelques années certaines régions du centre de l'Allemagne, ainsi que la Suisse, l'Italie, le midi de la France. Quoi qu'il en soit, moins de trois mois après l'invasion de Paris, le choléra asiatique fait son apparition presque simultanément à Québec, Montréal et New-York. En juillet et août Philadelphie et d'autres grandes villes des États-Unis furent envahies; en octobre ou novembre la Nouvelle-Orléans (1).

Dans l'année 1833, en février, le choléra est à la Havane; en mai à Tampico; en juin à Mexico; en août à Vera-Cruz. On ne signale, du moins dans les documents que j'ai sous les yeux, aucune épidémie cholérique en 1833 dans les États-Unis. Le mal s'y est-il conservé à l'état d'incubation pendant ce laps de temps? S'y est-il montré, comme cela est très-probable, dans certaines localités, par des cas sporadiques? On en est réduit aux conjectures pour le moment. Peut-être serait-il possible, en consultant les journaux de l'époque, les archives des différentes villes et les publications assez nombreuses en Amérique qui ont trait à la topographie médicale du pays, de rassembler à ce sujet quelques faits qui ne manqueraient pas d'avoir leur importance. Ce qui me porte à croire que la maladie ne s'éteignit pas totalement aux États-Unis et au Canada, c'est qu'en 1834 ces pays sont le siége d'une recrudescence cholérique qui est signalée dans un certain nombre d'écrits spéciaux. Est-ce une recrudescence véritable ou une nouvelle invasion? Question difficile que l'analyse des premiers cas observés dans les diverses localités aurait seule pu permettre de résoudre (3).

Le Conseil général de santé d'Angleterre, dans un rapport important sur la quarantaine (4), pour démontrer que la

(1) En 1831-1832, le choléra n'atteignit que tardivement l'extrême nord et l'extrême sud de l'Europe. — La Suède ne fut envahie qu'un ou deux ans, et la Sicile que quatre ans après que la maladie eut atteint la Nouvelle-Orléans.

(2) Le 8 juin Québec, le 10 Montréal, la vallée du Saint-Laurent et celle du Mississippi; New-York, le 24 juin; Albany, le 3 juillet; Philadelphie, le 5 juillet; Baltimore, en juillet aussi. Au commencement de novembre une île voisine de Charleston-Wood. (*Traité de médecine* en anglais; vol. 1, article Choléra.)

(3) Dans les États-Unis, il y eut des retours partiels de la maladie après la première invasion. Le choléra régna, en 1834, sur une étendue considérable du pays. (Wood, *loc. cit.*)

(4) Londres, 1851.

marche des épidémies cholériques ne dépend pas de la contagion et est influencée quelquefois par une loi régulière de progression, cite les données suivantes relatives aux dates d'invasion du choléra dans l'Amérique anglaise en 1832 et en 1834 : « En 1832, le choléra parut à Québec le 8 juin, à Montréal le 10, à Kingston le 16, à Toronto le 18, à Détroit et à Amertsberg à l'extrémité du lac Érié le 6 juillet, à Fort-Georges le 14. En 1834 la maladie se déclara de nouveau dans les localités précitées, sur la ligne du Saint-Laurent et le long des lacs; à Québec le 7 juillet, à Trois-Rivières entre Montréal et Québec le 9 juillet, à Montréal le 11, à Kingston le 26, à Toronto le 30, à Fort-Georges le 13 août, à Détroit et Amertsberg à la fin d'août. »

Le colonel Tulloch, qui a relevé ces dates d'invasion, dit qu'en 1833 il n'y eut pas de choléra au Canada. On a donc là un exemple de ces épidémies cholériques qui sautent une année pour reparaître l'année suivante, comme cela s'est vu maintes fois dans l'Inde et hors de l'Inde. De plus, ces faits s'ajoutent à ceux qu'un observateur et un statisticien fort habile, le docteur Bryden, a tout récemment mis en lumière (1), relativement au parallélisme qui existe quelquefois entre les dates d'invasion des localités envahies dans un même pays dans différentes épidémies cholériques. Par toutes ces données réunies, on peut arriver à démontrer, comme l'a pensé en 1851 le Conseil général de santé d'Angleterre, que la marche des épidémies cholériques n'est pas déterminée par le hasard des contagions.

Le seul point important à établir pour nous en ce moment, c'est que dans cette même année 1834, avec le Canada, les États-Unis présentent dans plusieurs localités le choléra épidémique. Indépendamment de presque toutes les parties atteintes en 1832, plusieurs villes qui avaient échappé dans la première invasion furent atteintes dans la seconde. M. Milroy cite particulièrement la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick; à Halifax, la maladie dura du mois de juillet jusqu'à celui de septembre.

Là s'arrêtent les documents pour le continent de l'Amérique du Nord. Cela donnerait une durée de deux ans et demi à la première épidémie cholérique dans ce pays (2). La véritable terminaison du mal eut-elle lieu à la fin de l'année 1834? Rien ne le démontre positivement.

La tâche que nous nous sommes imposée, de réunir toutes les données relatives aux épidémies cholériques d'Amérique vers cette époque, serait incomplète si nous ne mentionnions les faits suivants : Le choléra épidémique exista de nouveau à la Havane dans la première moitié de l'année 1836, puisqu'on attribua l'introduction de la maladie à Honduras à l'arrivée d'un navire de ce port. L'Amérique centrale fut affectée cette année, et San-Salvador eut à souffrir d'une terrible explosion (3). Ces localités avaient-elles été envahies déjà en 1833, lors de la première invasion de la Havane et des ports mexicains du golfe des Antilles, ou bien étaient-elles restées indemnes jusqu'en 1836? Dans tous les cas, il faut noter dans ces parages deux épidémies cholériques en trois années, comme au Canada et aux États-Unis.

M. Milroy (4) dit que l'Amérique jouit de la même immunité cholérique que l'Europe pendant les neuf ou dix années qui suivirent 1837. Cette assertion donne à penser que l'Amérique ne fut pas tout à fait indemne d'épidémies cholériques pendant l'année 1837, sans cela le savant épidémiographe aurait fait compter l'immunité de la fin de 1836. On peut d'autant

(1) *A report on the cholera of* 1866-1868, *in the Bengal presidency, and its relations to the cholera of previous epidemies*, by James L. Bryden, p. 410. Calcutta, 1869.

(2) Wood dit que dans l'Amérique du Nord, comme dans la plus grande partie de l'Europe, le choléra disparut entièrement après une durée d'un peu plus de deux années.

(3) Il s'agit ici très-probablement de la ville et de l'État de San-Salvador ou Cuscatlan dans l'Amérique centrale, et non pas de San-Salvador ou Guanahani, une des îles Lucayes.

(4) *British medico-chirurgical Review*, octobre 1865, page 442.

plus supposer que dans l'année 1837 il y eut certaines manifestations cholériques dans l'Amérique du Nord, que quelques écrivains signalent une importation cholérique au Canada à cette époque. De quel point venait-elle? Il est difficile de le préciser. M. le docteur Zennaro (1) dit qu'en 1837 des navires anglais des Indes portèrent le choléra au Canada. L'honorable praticien de Constantinople a probablement voulu parler des Indes Occidentales, c'est-à-dire des îles ou des ports du golfe du Mexique. Cela donnerait, pour la persistance du poison cholérique dans ces contrées, une durée de cinq années, de 1833 à 1837. Mais nous aimons mieux nous en tenir aux indications tout à fait authentiques et très-précises. Nous dirons donc que le choléra présenta en trois années, de 1832 à 1834, deux épidémies bien caractérisées aux États-Unis et au Canada. Dans les îles et sur le pourtour du golfe du Mexique, il présenta des épidémies en 1833 et en 1836.

2. *Durée du choléra de 1848 en Amérique.* — Dans le nouveau monde comme en Europe, la grande marée cholérique de 1848 eut un développement immédiat plus grand et des effets consécutifs beaucoup plus prolongés que celle de 1832. Ces manifestations successives, si indispensables à connaître au point de vue de l'histoire du choléra asiatique, sont réunies dans ce paragraphe.

C'est vers le 10 décembre 1848 que le choléra se montra à la Nouvelle-Orléans à une époque où la maladie n'existait que dans un petit nombre de localités de la France (Douai, Fécamp). On sait que Paris ne fut atteint qu'au mois de février 1849. Or, introduit à l'embouchure du Mississippi par un navire chargé d'émigrants, et parti du Havre vers le commencement de novembre, à une époque où la maladie ne s'était pas encore manifestée dans cette ville, le choléra s'étendit avec une grande rapidité dans l'intérieur du pays. Il atteignit Memphis à la fin de décembre 1848 et Saint-Louis au commencement de janvier 1849. En mai, on l'observa à Chicago et dans d'autres villes de la chaîne des Lacs, plus tard à New-York, à Philadelphie et dans les autres métropoles du littoral de l'Atlantique.

La relation de cette maladie avec l'épidémie qui s'était développée en Europe depuis la fin de 1847 (mai et juillet Astrakan) est établie par le fait de ce navire chargé d'émigrants, parti du Havre en novembre 1848 et dans lequel le fléau se déclara vingt-sept jours après le départ de France. Les émigrants venaient probablement de localités infectées de l'Allemagne. L'étude de ce fait et des autres analogues, si intéressante à faire au point de vue de la contagion du choléra, ne doit point nous occuper ici. Ce que nous cherchons à enregistrer ce sont les dates d'invasion et de disparition de la maladie, ses recrudescences et ses explosions successives et les traînées qu'elle laisse après elle. James Whynne, dans un rapport officiel sur le choléra de 1849-1850 aux États-Unis, a étudié avec un soin particulier les premières explosions de cette épidémie. Il a fait voir, d'après tous les documents topographiques et météorologiques relatifs aux localités des États-Unis où le fléau se montra, que l'agent principal qui influença son mode de distribution dans le temps et dans l'espace fut la chaleur, et non pas les communications, leur nombre, leur nature. La maladie parut à New-York, comme à la Nouvelle-Orléans, pendant le mois de décembre 1848 à la suite de l'arrivée d'un navire chargé d'émigrants et parti aussi du Havre. Il y eut vers cette époque 60 cas de choléra bien caractérisé à la quarantaine. Cet établissement n'était pas isolé de la ville; plusieurs personnes purent s'en échapper et deux d'entre elles furent attaquées dans la ville même. Une gelée vive survint et la maladie disparut entièrement. A la Nouvelle-Orléans, au contraire, où la température était chaude et humide pendant tout le cours de décembre, et où une constitution médicale particulière, caractérisée par le grand nombre des affections gastro-intestinales, existait manifestement, selon

(1) *Gazette médicale d'Orient*, 1868-1869, page 154.

le docteur Jenner, quelque temps avant l'arrivée du navire infecté le *Swanton*, le choléra fit de rapides progrès. Pendant l'hiver de 1848-1849, relativement peu froid dans ces régions, des cas isolés de choléra asiatique se manifestèrent à Saint-Louis, Louisville, Cincinnati, mais la maladie ne se développa avec toute son intensité que pendant l'été. On vit partout aux États-Unis, pendant cette épidémie de 1849-1850, que le fléau, dans son accroissement et dans son déclin, suivait d'une manière remarquable les élévations et les abaissements thermométriques.

On a vu le choléra se manifester et sévir avec violence pendant l'été 1849 à New-York et à Philadelphie; au Canada, il exista en juillet, août et septembre. En 1850, dit M. Milroy, auquel nous empruntons la plupart des données suivantes, le fléau s'observa de nouveau dans un grand nombre de localités de l'Amérique du Nord, en été à New-York et à Washington, en automne à Halifax, dans les mois de juin, juillet, août, dans la plupart des États-Unis du Sud et dans une grande partie du Mexique, à Saint-Louis de Potosi, Jalapa, Véra-Cruz. A la même époque, Carthagène, Sainte-Marthe, Chagres, Bogota, furent attaqués; en septembre l'île de Cuba; en octobre celle de la Jamaïque.

Au printemps 1851 la maladie paraît de nouveau dans ces deux grandes Antilles; on l'observe aussi à Québec et dans d'autres villes du Canada; en automne elle se montre dans différentes parties des États-Unis.

En 1852, réapparition légère de l'épidémie à Québec et dans d'autres localités du Canada; pendant l'été, les provinces occidentales des États-Unis furent affectées, ainsi que différentes parties de l'isthme de Panama et l'île de Cuba.

Au commencement de 1853, le choléra est à Mexico, Jalapa, Véra-Cruz; on l'observe vers la fin de cette année dans différentes parties des États-Unis, particulièrement New-York et la Nouvelle-Orléans.

En 1854, le choléra se montre pendant l'été au Canada, dans le Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve. Pendant les mois d'été et d'automne un grand nombre de localités des États-Unis et du Mexique furent atteintes, ainsi que Honduras, Cuba, la Jamaïque et plusieurs autres Antilles. Cette même année, le fléau disparut pendant plusieurs mois de la Jamaïque; à Saint-Thomas, dès le 18 février, il était presque entièrement éteint; mais vers le mois de juin il reparut à la Jamaïque, à la Barbade et dans la Guyane anglaise. Des cas assez graves, développés subitement, faisaient craindre une épidémie semblable à celle de 1850-1851. A la Barbade, il y eut 5 décès sur les 6 premiers cas; à Honduras la mortalité fut aussi fort élevée. Le 28 juin, à New-York, le choléra, qui donnait depuis un mois un chiffre assez élevé de mortalité, diminuait de 12 décès par semaine. A Mexico, le fléau faisait encore de grands ravages, on parlait de 200 décès par jour. Le 12 juin, la maladie existait à la Martinique et à Kingston (Jamaïque).

L'épidémie qui régnait sur les îles du Vent se ralentit à la fin de 1854; mais au commencement de 1855 elle existait encore à Saint-Kitts; à la même époque, des cas sporadiques avaient lieu à la Jamaïque. Vers la fin de l'année, Porto-Rico fut envahi. Pendant toutes ces épidémies, l'île de Cuba fut rarement indemne.

Pendant toute l'année 1856, Porto-Rico fut infecté; en été et en automne retour de la maladie à Saint-Thomas; choléra à Costa-Rica, Vénézuela, Nicaragua. A la fin de cette année, l'île hollandaise de Curaçao, du groupe des îles Sous-le-Vent, fut atteinte. M. Milroy dit encore, à propos de cette année 1856 (1) : « Toute la ligne de côte de Vénézuéla au Brésil fut plus ou moins infectée, ainsi que plusieurs îles des Indes Occidentales et la plus grande partie de l'Amérique centrale, de l'isthme jusqu'en Californie.

En 1857, la maladie persista encore dans cette région du monde; on la rencontre à la Guyane anglaise, déjà atteinte à la fin de 1856. Vers la fin de 1857 la maladie paraît à Nicaragua et s'étend de là au Pacifique. A Porto-Rico, qui avait cruellement souffert en 1856, la maladie cesse au commencement de 1857.

En 1858, le choléra est encore dans la Guyane. Quant à l'année 1859, Babington, dans un discours prononcé en novembre à la Société épidémiologique de Londres, dit que vers la fin de l'été il y eut à la Jamaïque des cas sporadiques de choléra en août, septembre et octobre. Enfin, en 1862 les seuls points du nouveau monde signalés par M. Milroy comme ayant été le théâtre d'une manifestation cholérique, sont Cearia, port et province du Brésil au nord-nord-est de Rio, et les ports de Pernambouc et de Rio-Janeiro.

Pour analyser et résumer les faits précédents, nous les considérerons région par région. Nous voyons ainsi le Canada, les villes frontières des États-Unis et celles qui sont baignées par l'Atlantique envahies par le choléra dès le printemps 1849; la maladie se prolonge en été, et au Canada elle dure jusqu'en septembre. En 1850, dans l'Amérique du Nord, le choléra s'observe encore dans un grand nombre de localités. En 1851, l'épidémie réapparait au Canada et aux États-Unis. A l'automne 1852 le choléra est encore au Canada, mais avec une moindre intensité; quelques points des États-Unis du Nord furent aussi affectés pendant l'été. En 1853 le choléra est à New-York vers la fin de l'année. En 1854 la maladie existe l'été au Canada et au Nouveau-Brunswick, ainsi qu'à Terre-Neuve et à New-York. Quelle conclusion tirer de là? La conclusion très-importante et très-peu connue qui va suivre : que de 1849 à 1854 inclus, c'est-à-dire dans une série consécutive de six années, le choléra a existé à l'état d'accroissement, de décroissance ou d'incubation épidémique dans le Canada et les ports voisins des États-Unis du Nord.

Si nous faisons le même travail pour le littoral du golfe du Mexique et pour les îles qui se trouvent dans ce bassin tropical, nous trouvons, à la fin de 1848, le choléra à la Nouvelle-Orléans. En 1849 la maladie est encore à la Nouvelle-Orléans, et de là elle s'est répandue et a fait explosion dans les États riverains du Mississippi méridional. En 1850, la plupart des États-Unis du Sud, et Vera-Cruz, Carthagène, Sainte-Marthe, Cuba, la Jamaïque; en 1851 Cuba, la Jamaïque; en 1852 Cuba, différentes parties de l'isthme de Panama; en 1853 la Nouvelle-Orléans, Vera-Cruz; en 1854 Honduras, Cuba, la Jamaïque et plusieurs autres Antilles, les Barbades, Saint-Thomas, la Martinique, Kingston; en 1855 Saint-Kitts, la Jamaïque, Porto-Rico, Cuba; en 1856 Porto-Rico, Saint-Thomas, Costa-Rica, Vénézuéla, Nicaragua, Curaçao; en 1857 Nicaragua, Porto-Rico; en 1858 les Guyanes. Cette série si prolongée d'explosions épidémiques dans le golfe du Mexique, ou sur ses rivages, ou aux environs, n'avait pas jusqu'à ce jour fixé l'attention des personnes qui se sont occupées de l'étiologie du choléra. Il y a là pourtant des faits de la plus haute importance qui montrent que le choléra a pu se maintenir dans ces régions à l'état épidémique ou endémo-épidémique pendant une série de neuf années complètes.

On est libre de faire à ce sujet toutes les spéculations voulues; on peut dire, par exemple, que la cause de cette persistance de la maladie tient au climat chaud et humide des Indes Occidentales, semblables à certains points de vue à celui des Indes Orientales. Nous ne voulons encourager ni décourager ces essais de théorie; nous remarquerons seulement que nous avons trouvé il y a un instant une persistance très-grande de la maladie dans une partie de l'Amérique du Nord, dont le climat est tout autre que celui des Antilles. Nous rappellerons en même temps que dans le nord de l'Allemagne, dont les conditions météorologiques sont encore différentes et toujours très-distinctes de celles de l'Inde, le choléra s'est maintenu, après l'épidémie de 1848, pendant un laps de temps bien plus long que sur les rivages du golfe du Mexique.

On pensera peut-être qu'on a pu confondre dans ce travail deux épidémies distinctes, celle de 1848 1850 et celle de

(1) *Epidemiological Memoranda*, in *British medico-chirurgical Review*, juillet 1860.

1852-1855, et qu'en les unissant l'une à l'autre on a eu ces séries si extraordinairement prolongées d'années épidémiques consécutives. Je répondrai que si en Europe il est facile de distinguer dans le choléra, qui éclata à Astrakhan en 1847, deux séries épidémiques, l'une qui commença à la fin de 1847 en Russie et qui se termine en 1850-1851 dans la presque totalité du continent, l'autre qui débuta en 1852 en Pologne et se prolonge par une série presque interminable de cas isolés jusqu'en 1863 à Saint-Pétersbourg, la même distinction ne peut pas être faite pour l'Amérique. Les faits authentiques que nous venons de citer sont opposés à cette manière de voir. De 1848 à 1859, c'est-à-dire pendant une série de onze années, on voit le choléra régner dans le continent américain et dans les îles qui en dépendent généralement par explosions épidémiques saisonnières, comme l'a très-bien démontré James Whynne pour les années 1849-1850. Ces explosions se répètent quelquefois d'année en année, d'autres fois elles cessent pendant une certaine période pour se reproduire ensuite; presque toujours ces manifestations sont en rapport avec la température; elles cessent complétement en hiver dans certaines localités et réapparaissent avec la saison chaude ou en automne. Il est impossible de saisir, au milieu de ces temps d'arrêt, une période de répit général ou presque général; il est de même impossible de déterminer, au milieu des recrudescences ou des explosions secondaires si nombreuses, une de ces séries pressées d'invasions successives qui caractérisent les épidémies nouvelles. En un mot, on ne trouve pas en Amérique de trace distincte et générale de la grande explosion épidémique qui, partie du centre de l'Europe, ravagea ce continent de 1852 à 1856.

Conclusions. — Les faits qui servent de base à ce mémoire ont été choisis dans la catégorie de ceux qui ne laissent pas de prise au doute. Pour assurer qu'il y a eu du choléra asiatique dans une localité, nous nous sommes fondés non-seulement sur les symptômes de la maladie et sur sa gravité, mais sur sa généalogie, c'est-à-dire sur sa filiation avec les épidémies venues d'Asie. Ce dernier critérium est celui qui nous a le plus servi, et c'est en effet celui qui offre le plus de garantie dans la difficile et épineuse question de la distinction des *diverses variétés* de choléra.

Il y a probablement pour certaines maladies, et pour le choléra en particulier, ce qui s'observe parmi les plantes et parmi les animaux, ce que les botanistes et les zoologistes connaissent depuis longtemps sous le nom de *différences d'origine, de race, de lignée*. Ces différences, l'histoire naturelle et la pathologie ne peuvent point les ramener généralement à des lois fixes, ni les faire entrer toujours dans leurs classifications scientifiques, parce qu'elles ne sont point ordinairement basées sur des caractères extérieurs appréciables. Elles dépendent de quelques propriétés cachées inhérentes à la matière elle-même et se traduisent, par exemple chez les animaux et sur les plantes, tantôt par une longévité et une prolification plus grandes, tantôt par le développement de certaines maladies appelées héréditaires; tantôt, dans le règne pathologique par une virulence plus grande sous des symptômes quelquefois légers en apparence.

Ce qui fait que toutes les tentatives de distinction entre le choléra nostras et le choléra asiatique ont échoué, c'est qu'il n'y a pas entre ces deux maladies de différence spécifique. Il y a cependant entre elles une grande et immence lacune : le choléra nostras ne paraît pas avoir jamais réalisé à lui seul, *de notre temps*, en Europe, en Amérique, en Afrique, ni dans la plupart des contrées de l'Asie, d'épidémie régionale ou générale considérable et meurtrière. C'est là un fait capital qu'il faut accepter pour le moment. Mais, d'un autre côté, il s'en faut que le choléra asiatique en Europe soit toujours épidémique. Il revêt chez nous comme dans l'Inde ses trois formes de manifestation; il peut être épidémique, endémique, sporadique.

Son introduction a toujours donné lieu jusqu'ici à des épidémies violentes et générales quand la période d'immunité antérieure avait été suffisamment prolongée. Mais après ces épidémies il peut s'assoupir et même s'éteindre en apparence dans nos pays pour se rallumer ensuite et donner lieu à de nouvelles épidémies régionales ou générales qui ont tous les caractères des manifestations primitives et violentes du fléau (1). En un mot, le choléra asiatique introduit en Europe se manifeste tant qu'il y dure par les mêmes phénomènes que dans l'Inde. Il y est peut-être moins grave à le prendre dans tout l'ensemble de sa durée; il y est aussi moins stable, puisqu'il disparaît complétement de la plupart des localités après un temps assez court.

Ce n'est jusqu'ici que dans certains points de l'Europe, caractérisés par l'infériorité des conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve la population, que le choléra a fait un séjour prolongé, a présenté des recrudescences nombreuses, a eu de longues traînées et s'est réveillé à plusieurs reprises sous forme d'épidémies locales, régionales et générales. Voilà les données principales que l'épidémiologie et la science sanitaire doivent avoir en vue à l'heure actuelle.

Si nous avions suivi une autre marche, si nous n'avions pas toujours tenu en main la chaîne généalogique de la maladie, nous aurions trouvé au choléra asiatique en Europe une durée bien plus grande que celle que nous avons fixée ici, et nous aurions pu dire que cette maladie s'est acclimatée dans nos pays depuis 1832. On se rappelle sans doute à ce sujet ce que notre Grisolle écrivait en 1857 : « Le choléra asiatique est endémique dans l'Inde. Ce n'est qu'accidentellement qu'on le voit en Europe. Cependant, depuis l'épidémie de 1832, il n'est pas d'année où nous n'en ayons rencontré plusieurs cas généralement bénins, ce qui nous porterait à penser que le choléra asiatique est désormais une affection définitivement importée dans notre continent. »

D'autre part, Woillez a dit, quatre années après Grisolle : « Comparé au choléra épidémique, le choléra sporadique est habituellement beaucoup moins grave dans sa forme comme dans sa terminaison. Cependant, la différence notée dans les symptômes est-elle toujours bien réelle? Il est difficile de l'admettre. Pendant l'été des dernières années on a pu observer dans les hôpitaux de Paris quelques cas isolés de choléra que l'on ne doit pas évidemment considérer comme épidémique et cependant plusieurs en ont présenté tous les caractères, et entre autres la cyanose et les évacuations caractéristiques. »

A ces témoignages, j'ajouterai celui d'un grand praticien, le professeur Watson, de Londres, qui écrivait en 1843 : « J'ai parlé, pendant tout cet article, du choléra épidémique comme d'une maladie passée, car pendant les dix ou onze dernières années nous n'avons que peu entendu parler de cette affection. Cependant nous pouvons à peine oser espérer que cette peste étrangère nous ait abandonnés, car nous avons eu de légères éclosions de cette maladie dans Londres et aux environs, chaque été, je crois, depuis 1832; mais elle n'a jamais depuis lors été épidémique sur une grande échelle.

Ainsi donc, des assertions de quelques hommes du plus grand mérite comme observateurs et praticiens, il appert : 1° *que de 1832 à 1857 des cas de choléra asiatique, généralement bénins, ont été observés à Paris* (2); — 2° *que dans l'été des années*

(1) M. Daremberg, qui partage tout à fait l'avis de la conférence de Constantinople, dit à ce sujet : « *Jamais* le choléra, quand une précédente épidémie a *complétement* et *depuis un certain temps* cessé en Europe, ne s'est montrée de nouveau parmi nous sans qu'on ait signalé une recrudescence dans l'Inde, et sans que des rapports suspects aient été établis entre la presqu'île de l'Inde et les voies qui mènent en Europe ». (*Journal des Débats*, juillet 1867.) — Le même écrivain avait dit : « Dans les grandes épidémies il se forme assez souvent des foyers secondaires qui se rallument à de *courts intervalles, mais qui finissent bientôt par s'éteindre complétement, et le mal ne reparaît que s'il revient de nouveau de l'Inde* ». (*Journal des Débats*, 10 août 1866.) — Dans le même journal, M. Daremberg dit encore que : « les *quatre invasions cholériques* dont l'Europe a souffert depuis moins de quarante ans sont dues les unes au pèlerinage de la Mecque, les autres aux caravanes de marchands ». Ces citations définissent bien l'opinion que nous combattons.

(2) Griselle, *Pathologie médicale*.

1858, 1859, 1860, *on observa dans les hôpitaux de Paris quelques cas isolés de choléra qui ont présenté les caractères les plus pathognomoniques du choléra asiatique* (1); — 3° *que dans Londres et aux environs de cette capitale on observa, à peu près chaque été, de 1833 à 1843, de légères éclosions du choléra asiatique* (2).

On pourrait ajouter d'autres autorités à celles que je viens de citer, cela agrandirait le nombre des preuves sans en augmenter le poids; je me suis arrêté expressément à ces citations, empruntées à des praticiens le moins imbus d'idées théoriques, à des écrivains qui se sont bornés à relater fidèlement les faits dont ils ont été les témoins personnels. Voici maintenant, au sujet du problème de la distinction de deux sortes de choléra, l'opinion de l'homme éminent qui dirige en Angleterre, depuis plus de quinze ans, le service médical du Conseil privé, l'une des intelligences de notre époque qui s'est occupée avec le plus d'élévation de vues et de sûreté de principes des questions relatives à l'étiologie et à la prophylaxie des maladies : « Il est aujourd'hui complétement incertain, en pathologie, s'il y a une différence essentielle entre le choléra qui donne la mort à un grand nombre de personnes en même temps et celui qui ne fait que des victimes isolées, en un mot, entre le choléra épidémique et le choléra sporadique, le choléra asiatique et le choléra nostras (3) ».

On comprendra maintenant pourquoi je me suis tenu toujours en dehors de la question complexe des différentes sortes de choléra. Cette question est insoluble à l'heure actuelle, et la meilleure manière d'expliquer tous les faits est d'admettre entre le choléra nostras et le choléra asiatique *la seule différence d'origine ou d'extraction* à laquelle j'ai fait allusion ci-dessus. Pour terminer, il ne nous reste plus qu'à présenter le sommaire de nos conclusions; le lecteur qui voudra les comparer à celles qui ont cours dans la science trouvera l'exposé et le commentaire de ces dernières dans le dernier chapitre de mes recherches sur le point de départ de l'épidémie de 1852 (4).

I. — Le choléra véritablement asiatique a été observé à Paris en 1832, 1833, 1834, 1835; dans le Royaume-Uni en 1831, 1832, 1833, 1834, et dans l'Allemagne du Nord de 1831 à 1837. En France et en Angleterre il débute violemment et s'éteint en présentant, pendant plusieurs années successives, des recrudescences légères pendant l'été. En Allemagne, il commença d'une manière relativement bénigne, épargna d'abord certaines contrées pour les frapper plusieurs années après, présenta plusieurs recrudescences marquées et se termina après avoir donné lieu à une explosion ultime très-caractérisée.

Dans la péninsule Ibérique, le choléra épidémique régna du commencement de 1833 à la fin de 1834. On n'a pas de données sur les manifestations sporadiques post-épidémiques qui ont dû sans doute se présenter dans ce pays; on sait seulement qu'en 1837 il y eut à Barcelone une épidémie intense.

A Marseille et dans le midi de la France, le choléra donna lieu, de 1834 à 1837, à trois explosions épidémiques.

Entre l'invasion du choléra à Calais en mars 1832 et la terminaison de l'épidémie du midi de la France à la fin de 1837, il faut compter un intervalle de près de six ans pour la durée du choléra asiatique en France dans la première marée épidémique.

Pour étudier les causes cachées de la disparition du choléra après sa première manifestation en Europe, de 1830 à 1837, il faut remarquer que le fléau s'éteignit subitement de partout, dans le nord comme dans le midi, après les fortes explosions de 1837 à Dantzig, à Berlin, comme à Barcelonne, à Marseille, à Rome, à Naples, à Gênes (5), à Malte, à Alger et dans toute la Sicile.

(1) Woillez, *Traité du diagnostic médical.*
(2) Watson, *Pathologie médicale* en anglais.
(3) *Huitième rapport de l'officier médical du conseil privé d'Angleterre.*
(4) *Origine nouvelle du choléra asiatique.* Paris, 1871.
(5) A Gênes il y eut des épidémies en 1835, 1836, 1837; la première dura soixante-dix jours; la seconde cent cinq; la troisième cent vingt.

II. — De 1847 à 1868, on observa en Europe des foyers cholériques, tantôt nombreux, tantôt isolés; les cas sporadiques véritablement asiatiques se prolongèrent jusqu'en 1863. Cela donne à l'ensemble des manifestations épidémiques seulement une durée de douze années. Il faut compter seize années pour avoir la durée totale du choléra asiatique dans cette seconde grande manifestation, qui par le fait se divise en deux grandes épidémies véritables, dont l'une a son point de départ en Asie et l'autre au centre de l'Europe.

On voit pendant cette longue période, d'une manière encore plus marquée que pendant la première, que le choléra peut renaître de ses cendres en Europe pour produire des épidémies locales et régionales. Les épidémies générales sont assez rares, même dans l'Inde, et les périodes à la suite desquelles elles reproduisent leur cycle ne sont pas fixées ni déterminées d'une manière précise. Or en Europe, de 1830 à 1861, dans un intervalle de trente et un ans, on compte trois épidémies générales, dont une a eu son point de départ en Europe même.

La durée véritable du choléra asiatique en Espagne, en Portugal et au Maroc dans la troisième épidémie, est non pas de 1853 à 1855, mais de 1853 à 1860, soit de huit années, dans lesquelles s'intercale l'année non épidémique de 1858.

Le choléra parvenu au nord de l'Europe en 1848 y règne avec force cette année et l'année suivante, puis décline en 1850 et 1851, pour se rallumer de nouveau en 1852, 1853, 1854, 1855. Les années 1856-1857 marquent un nouvel apaisement de la maladie. Enfin, l'année 1859 nous montre une incandescence nouvelle. En 1860 et 1861 le fléau ne se reproduit ni sur place, ni dans de nouvelles localités, si ce n'est à Saint-Pétersbourg.

L'année 1859 vit se réaliser de toutes pièces au nord de l'Europe une de ces épidémies régionales de choléra asiatique qui sont si fréquentes dans l'Inde. Aucun trait ne manque au fléau, ni le nombre des cas dans certaines localités, ni la gravité dans beaucoup de points, ni la contagion du mal, mise hors de doute par les faits observés sur le littoral de l'Angleterre.

III. — Aux États-Unis et au Canada, de 1832 à 1834, il y a eu deux épidémies bien caractérisées, liées entre elles probablement par une traînée de cas sporadiques ou de petites épidémies sévissant dans des localités peu importantes et non reconnues.

Dans les îles ou le pourtour du golfe du Mexique il y a des épidémies marquées en 1832, 1833 et 1836. L'épidémiologie manque de données précises pour établir la filiation des deux dernières épidémies sévissant à deux années d'intervalle l'une de l'autre.

De 1849 à 1854 inclus, c'est-à-dire dans une série de six années consécutives, le choléra a existé à l'état d'accroissement, de décroissement ou d'incubation dans le Canada et les ports voisins des États-Unis du Nord.

Quant au littoral du golfe du Mexique et aux îles de cette mer, le choléra s'est maintenu dans ces régions à l'état épidémique ou endémo-épidémique pendant une série de neuf années complètes, de la fin de 1848 à la fin de 1858.

On ne trouve pas en Amérique de trace distincte et générale de la grande explosion épidémique qui, partie du centre de l'Europe, ravagea ce continent de 1852 à 1856.

Post-scriptum (Téhéran, 1er octobre 1871). — L'histoire du choléra asiatique en Europe en 1865 et dans les années suivantes n'est pas encore faite et ne peut pas aujourd'hui être présentée au public, parce que cette maladie n'a pas encore terminé chez nous ses évolutions ni le cycle de ses manifestations. Cependant on peut tirer des faits connus jusqu'à l'heure actuelle les enseignements suivants : L'épidémie de 1865 parcourt l'Europe cette année et les deux années suivantes. En 1868 elle existe encore en Algérie et au Maroc. L'année 1865 marque son invasion, l'année 1866 son apogée, l'année 1867

sa décroissance. L'année 1868 est une période de repos presque général. L'année 1869 voit se rallumer le fléau en Russie. En 1870 tout l'empire de la Russie d'Europe est atteint; on voit déjà que la maladie dépasse les proportions d'une simple épidémie régionale. L'année 1871 marque de nouveaux progrès du choléra vers l'occident de l'Europe. Il n'est donné à personne de prévoir combien de temps le fléau durera ni où il s'arrêtera. La probabilité, d'après les faits connus en juillet 1871, est pour que la maladie prenne les proportions d'une épidémie générale. Si, à Dieu ne plaise, cette prédiction se réalise, c'est au printemps 1872 que le mal prendra des proportions considérables, et c'est en été ou en automne de cette année que l'apogée épidémique arrivera pour l'Europe occidentale.

Ainsi, en *quarante et un ans*, de 1830 à 1871, l'Europe compte *cinq* grandes épidémies cholériques, dont *trois* de provenance asiatique et *deux* de provenance indigène; une multitude d'épidémies locales secondaires et tertiaires et plusieurs épidémies régionales considérables. Le seul temps de répit bien caractérisé est celui de 1837 à 1847, soit une période de dix années, et celui de 1861 à 1865, soit une période de quatre années; en tout *quatorze années* non épidémiques sur quarante et un ans. Ce qui donne pour les années épidémiques dans cette période le chiffre de *vingt sept*.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

INVENTION DE LA MÉTHODE DE CONSERVATION DES VINS PAR LE CHAUFFAGE. — M. *Balard* revendique cette invention au profit de M. Pasteur contre M. Vergnette-Lamotte. « La découverte de M. Pasteur, dit-il, c'est que, contrairement à une assertion de M. de Vergnette, tous les vins peuvent subir l'action de la chaleur sans s'altérer, et qu'une minute de chauffage assure la conservation d'un vin quelconque; que le vin le plus faible, le plus disposé à tourner à l'aigre, à la graisse, à l'état visqueux, à l'amer, est garanti des altérations qu'il aurait pu éprouver. Grâce à elle, l'ouvrier et le paysan, si peu soigneux pour leur vin, pourront le laisser presque impunément en vidange, en lui conservant les qualités d'un liquide sain et agréable. »

M. *Thenard* réplique : « Le chauffage, de quelque manière qu'on le pratique, n'améliore pas un vin, il le détériore toujours dans une certaine mesure; mais il prévient une perte complète au cas où, par lui-même, ce même vin ne serait pas assez solide pour se conserver spontanément. Le chauffage est donc en quelque sorte une amputation qu'on fait subir au vin, pour le sauver de la gangrène. »

MÉTÉOROLOGIE. — M. *Ch. Sainte-Claire Deville* présente à l'Académie la troisième année (1870) des NOUVELLES MÉTÉOROLOGIQUES, recueil mensuel, contenant les données atmosphériques pour soixante-quatre stations de la France et de l'étranger, et publié par le double concours de l'Observatoire météorologique central de Montsouris et de la Société météorologique de France, dont il a l'honneur d'être président.

FUSION DES BALLES. — M. *Mégnin* adresse deux observations cliniques qui viennent à l'appui des idées émises récemment par M. *Coze*, sur la fragmentation des balles et leur fusion probable dans les plaies d'armes à feu.

PLAIES D'ARMES A FEU. — M. *E. Lantier* soumet au jugement de l'Académie un Mémoire imprimé, accompagné d'une Note manuscrite sur la conservation des membres blessés par les armes à feu perfectionnées. Ces deux pièces seront transmises, comme documents, à la commission nommée pour le Mémoire de M. *Coze*, commission qui se compose de MM. Morin, Phillipps, Larrey, Dupuy de Lôme.

PHYLLOXERA VASTATRIX. — M. *Anez* adresse une nouvelle Note concernant la maladie du *Phylloxera vastatrix* (*Commissaires précédemment nommés* : MM. *Dumas, Milne Edwards, Blanchard.*)

CHOLÉRA. — Madame *Eyssartier* adresse une lettre accompagnée de deux brochures, concernant diverses questions de médecine, et en particulier le choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

— M. *Fonssagrives* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place de correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, place devenue vacante par le décès de M. *Guyon*. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

IODURE D'AMIDON. — M. *J. Personne* rappelle qu'il a émis il y a six ans la même opinion que M. E. Duclaux sur la formation de ce corps aux dépens de ses constituants, formation qui est physique au même titre que l'absorption exercée, par exemple, par le charbon sur les sels de plomb en dissolution. »

INFLUENCE QUE LES CHANGEMENTS DANS LA PRESSION BAROMÉTRIQUE EXERCENT SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA VIE, 3e Note de M. *P. Bert*, présentée par M. Cl. Bernard. — M. Bert a montré que [des animaux maintenus dans des vases clos y périssent par empoisonnement dû à l'acide carbonique, si l'air contenu dans les vases est à une pression supérieure à deux atmosphères, et par véritable asphyxie, c'est-à-dire par privation d'oxygène, lorsque la pression est inférieure à une atmosphère. Dans le premier cas, la proportion centésimale de l'acide carbonique contenu dans l'air du récipient est telle que, multipliée par le chiffre qui exprime la pression, elle donne un nombre constant (26 à 28 pour les moineaux); dans le second, la proportion de l'oxygène qui reste est telle que, multipliée par la fraction qui exprime la pression, elle donne un nombre constant (3,5 pour les moineaux). Entre une et deux atmosphères, ces lois n'ont plus leur application, et l'animal périt à la fois par privation d'oxygène et par empoisonnement dû à l'acide carbonique. Cherchant à savoir ce qu'il adviendrait en employant des atmosphères artificielles beaucoup plus riches en oxygène que l'air, il établit que l'influence des gaz oxygène ou acide carbonique sur l'économie animale est en rapport direct avec la force élastique que présentent ces gaz dans les atmosphères confinées où respirent les animaux. Cette force, à son tour, dépend de deux facteurs : la proportion centésimale et la pression manométrique. On peut obtenir les mêmes résultats si, augmentant l'un de ces facteurs, on diminue l'autre proportionnellement.

Considérant ensuite ce qu'il advient des animaux confinés dans un air suroxygéné dont la pression dépasse $2 \frac{1}{2}$ atmosphères, l'auteur établit que la loi précédemment indiquée devient fausse : à 3 atmosphères, par exemple, on ne trouve dans l'air où l'oiseau est mort que 5,6 p. 100 d'acide carbonique au lieu de 8,3 qu'indique le calcul; à 4 atmosphères, 2,1 au lieu de 6,1 ; à 5 atmosphères, 1,4 au lieu de 5. Mais il se produit dans ces expériences un résultat remarquable et tout à fait imprévu. Lorsqu'on porte la pression à 4 ou 5 atmosphères, on voit, presque immédiatement, l'oiseau donner des signes de malaise : de petites trépidations de la tête et des pattes apparaissent, auxquelles succèdent, de dix à quinze minutes après le début de l'expérience, des convulsions violentes.

La conclusion principale à tirer de ces derniers faits, pour étrange et paradoxale qu'elle paraisse, n'en semble pas moins rigoureuse : *l'oxygène, lorsque sa proportion dans le sang est augmentée d'une manière notable, se comporte comme un poison* et tue en déterminant des convulsions.

RESPIRATION DES POISSONS. — M. *N. Gréhant* communique diverses expériences desquelles il résulte que :

1° Deux tanches, pesant $6^k,37$, ont absorbé $5^{cc},06$ d'oxygène, qu'elles ont exhalé $5^{cc},3$ d'acide carbonique pour chaque litre d'eau, et que l'azote fut exhalé dans la proportion de 1/14 ;

2° Qu'une tanche, pesant 95 grammes, privée de sa vessie

natatoire, a absorbé tout l'oxygène, ou 7^{cc},43 d'oxygène par litre d'eau respirée, et exhalé 10 centimètres cubes d'acide carbonique et n'absorba point d'azote;

3° Que les poissons sont capables d'enlever à l'eau non renouvelée dans laquelle on les place la totalité de l'oxygène dissous; une expérience comparative très-simple a fait reconnaître qu'ils jouissent aussi de la propriété d'extraire l'oxygène combiné avec les globules sanguins ou avec l'hémoglobine.

Sur les modifications anatomiques qui se produisent dans la moelle épinière a la suite de l'amputation d'un membre ou de la section des nerfs de ce membre. Note de M. *A. Vulpian*. — « L'amputation totale ou partielle d'un membre chez l'homme, dit l'auteur, détermine des modifications remarquables dans la région de la moelle épinière qui fournit les nerfs destinés à la partie amputée. Ces modifications consistent essentiellement en une diminution en tous sens des dimensions de la moitié correspondante de la moelle dans cette région. Contrairement à ce que j'avais remarqué dans les premiers cas que j'avais examinés, et conformément à ce qu'a indiqué M. Dickinson, ce sont les parties postérieures de la moelle épinière, c'est-à-dire la corne postérieure et le faisceau postérieur, qui subissent au plus haut degré ces modifications. La diminution en tous sens des dimensions des parties modifiées n'est pas due à une altération réelle de structure; il n'y a ni myélite interstitielle, ni atrophie granulo-graisseuse des éléments constitutifs du tissu de la moelle épinière. Dans quelques cas tout à fait exceptionnels, le tissu interstitiel du faisceau postérieur modifié s'est un peu hypertrophié. Peut-être, dans ce cas, y avait-il eu pendant longtemps de violentes douleurs dans le moignon. Il s'agit là, en règle générale, d'une atrophie simple, c'est-à-dire d'une réduction du diamètre des éléments, principalement des tubes nerveux.....

» Les changements que les amputations font subir à la moelle épinière s'observent non-seulement lorsque l'amputation a été faite avant le moment où s'arrête l'accroissement du corps, mais encore lorsque cette amputation a été faite dans l'âge adulte et même dans la période sénile de la vie. Ils sont cependant d'autant plus rapides et plus prononcés que l'âge est moins avancé. Pour que ces changements deviennent très-manifestes dans l'âge adulte, il faut toujours un intervalle de plusieurs mois au moins entre le jour de l'opération et le moment de la mort...

» On devait se demander si l'atrophie locale de la moelle épinière, dans les cas d'amputation, est due principalement à la section des nerfs effectuée par l'opération. Pour s'éclairer sur ce point, il fallait couper isolément les nerfs d'un membre, en respectant les autres parties. J'ai donc fait la section du grand nerf sciatique d'un côté, et parfois aussi du crural du même côté, sur divers animaux (chiens, lapins, cochons d'Inde). Après des intervalles de temps variables, j'ai examiné la région dorsale et la région lombaire de la moelle épinière de ces animaux. Deux ou trois mois après l'opération, et même après trente-six jours chez de jeunes lapins, j'ai constaté une atrophie de la moitié correspondante de la moelle, dans la région en relation avec les racines des nerfs coupés, et cette atrophie offrait les mêmes caractères que l'atrophie observée chez l'homme à la suite des amputations. C'est donc principalement, sinon uniquement, par suite de la section des nerfs du membre amputé qu'a lieu l'atrophie locale de la moitié correspondante de la moelle épinière... »

Action combinée de la morphine et du chloroforme. Note de MM. *L. Labbé* et *E. Guyon*, présentée par M. Cl. Bernard. — Les recherches des auteurs les ont conduits à conclure :

« 1° Que l'on peut obtenir chez l'homme, comme l'a montré M. Claude Bernard pour les animaux, l'anesthésie bien plus rapidement en combinant l'action du chloroforme et de la morphine.

» 2° Que cette anesthésie est de plus longue durée et peut se prolonger très-longtemps avec de faibles doses de chloroforme, et que par ce fait les risques d'accidents mortels peuvent se trouver considérablement diminués.

» Nous croyons également que l'on pourrait sans inconvénient élever un peu la dose du chlorhydrate de morphine dans l'injection préalable, et qu'il y aurait peut-être avantage à pratiquer l'injection un peu plus longtemps avant l'opération que nous ne l'avons fait. Nous avons cru remarquer que tout n'était pas absorbé au point où avait été pratiquée l'injection au moment de l'opération.

Emploi des greffes épidermiques pratiquées avec des lambeaux de peau de lapin, pour la guérison des plaies rebelles. (Mémoire présenté par M. Larrey, au nom de M. Coze.) « L'auteur, dit M. Larrey, rappelle d'abord le travail lu à l'Académie des sciences, en novembre 1871, par M. le docteur L. Reverdin, sur les greffes animales étudiées expérimentalement au Collége de France.

» M. Coze apporte ensuite trois observations de sa pratique à l'hôpital militaire de Perpignan, à l'appui des expériences de M. Reverdin.

» La première de ces observations est relative à une plaie ancienne et fistuleuse de la cuisse, par un éclat de bois; la deuxième à une plaie ulcérée du genou, compliquant une fracture de rotule, par coup de pied de cheval; et la troisième à une plaie par éclat d'obus, de l'extrémité inférieure de la jambe.

» Ces trois observations, recueillies avec soin, dans tous leurs détails, sont suivies de remarques pratiques sur les opérations d'anaplastie, et de conclusions précises en faveur de la transplantation d'un lambeau cutané du lapin, sur une plaie ulcérée ou difficile à guérir chez l'homme.

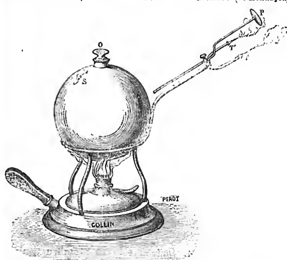
» Le Mémoire de M. Coze mérite d'être transmis à la commission des prix de médecine et de chirurgie. (Renvoi à cette commission.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements des Ardennes, de la Mayenne, du Cantal et du Rhône. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de M. le docteur *Charcot* et de M. le docteur *Cornil*, qui se présentent comme candidats dans la section d'anatomie pathologique.— *b.* Une circulaire adressée par M. *Quételet*, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Bruxelles, invitant l'Académie de médecine de Paris à se faire représenter par un de ses membres à la cérémonie du centième anniversaire de la fondation de l'Académie belge, qui aura lieu les 28 et 29 mai prochain. — c. Une note de M. *Ramel*, relative à l'*Eucalyptus globulus*.— *d.* Un pli cacheté renfermant un travail sur les moyens propres à éviter les inhumations prématurées (*accepté*). — *e* Une note sur les phénomènes de la respiration, par M. le docteur *Édouard Robin*. — *f* Une lettre de M. le docteur *Dechaux* (de Montluçon) accompagnant l'envoi de la deuxième partie d'un mémoire sur les maladies du col de l'utérus et l'hystérie. (*Comm.* : MM. Depaul, Jacquemier, Devilliers.)



M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie un appareil dit *vaporisateur* destiné, dans sa forme actuelle, au traitement des maladies des yeux, et construit par M. *Collin*, d'après les indications de M. le docteur *Lourenço* (de Bahia.) (Voy. la figure à la page précédente.)

Il se compose d'un globe métallique que l'on remplit d'eau chaude jusqu'à moitié par l'orifice *o*, et que l'on fait évaporer au moyen d'une lampe à esprit-de-vin. Le malade est assis devant l'appareil, son front est appuyé contre la plaque P. La tige à laquelle est fixée cette plaque est à coulisse et graduée pour tenir le malade à une distance donnée qui doit être en rapport du degré de chaleur que l'on veut obtenir. Deux tiges bifurquées, percées d'orifices TT, lancent deux jets de vapeur sur une compresse appliquée sur les yeux du malade. La lettre S indique la soupape de sûreté.

Au moyen de cet appareil, on peut donner à volonté des douches de vapeur plus ou moins chaudes, simples ou médicamenteuses, et qui agissent d'une manière très-efficace dans certaines affections oculaires et plus particulièrement dans les maladies de la cornée et du le conjonctive.

M. le *secrétaire annuel* donne lecture de l'ampliation d'un décret du président de la République, en date du 19 février, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur *Marey* dans la section de physiologie, en remplacement de M. *Poiseuille*, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Marey* prend place parmi ses collègues.

Tannate de quinine. — Le tannate de quinine a tellement occupé l'Académie depuis quelques semaines, que nous croyons devoir emprunter à la correspondance de ce jour l'extrait d'une note de M. le professeur *Colin*, du Val-de-Grâce, où se trouvent résumées les recherches expérimentales de M. le docteur *Kerner*, sur la facilité et la rapidité d'absorption par l'organisme, à l'état normal, des divers sels quiniques. (*Pflüger's Archiv für die gesammte Physiologie*, t. III, p. 160.)

« Le tannate de quinine est le sel dont l'absorption s'est faite le plus lentement. Tandis que les diverses combinaisons de la quinine avec les acides chlorhydrique, sulfurique, carbonique, citrique, acétique, pénètrent assez rapidement dans le torrent circulatoire pour que l'examen et l'urine en décèle l'élimination commençante 30 minutes au plus et quelquefois 15 minutes seulement après l'ingestion du médicament, il faut trois heures au tannate de quinine pour y apparaître en très-faible quantité. Aussi ce sel n'arrive-t-il à son maximum d'élimination qu'au bout de vingt-quatre heures, et l'on en retrouve encore des traces dans l'urine soixante-douze heures après son ingestion, tandis que les autres composés quiniques sont d'ordinaire complétement éliminés en quarante-huit heures. »

Election. — Le principal intérêt de la séance a été l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie externe. Les candidats étaient nombreux, tous d'un grand mérite et dignes, à des titres divers, des suffrages de l'Académie. La lutte a été vive et la victoire chaudement disputée entre les deux candidats placés à l'un et à l'autre bout de la liste. Après trois engagements, M. Dolbeau l'a emporté de 13 voix sur son concurrent M. Voillemier.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. *Dolbeau;* en deuxième ligne, M. *Maurice Perrin;* en troisième ligne, M. *Léon Le Fort;* en quatrième ligne, M. *Trélat;* en cinquième ligne, M. *Desormeaux;* en sixième ligne, M. *Voillemier*.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 74 et la majorité 38 : M. Dolbeau a obtenu 28 voix ; M. Voillemier, 21 ; M. Perrin, 10 ; M. Desormeaux, 9; M. Trélat, 4 ; M. Le Fort, 2.

Au second tour, M. Dolbeau a réuni 37 voix ; M. Voillemier, 27; M. Desormeaux, 4; M. Perrin, 3 ; M. Trélat, 2; M. Le Fort, 1.

Au troisième tour (ballotage); le nombre des votants étant toujours 74 et la majorité 38 : M. Dolbeau a obtenu 43 suffrages; M. Voillemier, 30; billet blanc, 1.

En conséquence, M. *Dolbeau* est élu membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation du président de la République.

Un cas de choléra. — M. *Bouillaud* rapporte qu'il a observé, il y a dix jours, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blachez, un cas de choléra asiatique foudroyant, avec l'ensemble des symptômes cliniques et des lésions anatomiques qui caractérisent cette redoutable maladie : face hippocratique, cyanose, refroidissement des extrémités, crampes, vomissements, diarrhée riziforme, suppression des urines, extinction de la voix ; abaissement de la température à 36 degrés dans l'aisselle et à 38 degrés dans le rectum. La mort survint le même jour à cinq heures et demie du soir; et le lendemain, à l'autopsie, on trouva la muqueuse intestinale couverte d'une éruption psorentérique.

En présence de ce cas de choléra type, survenu spontanément, en dehors de toute influence épidémique ou contagieuse, chez un homme vivant sous le climat de Paris, M. Bouillaud se demande s'il est possible encore d'admettre une différence essentielle entre le choléra asiatique et le choléra européen. Il pense que tant que l'on n'aura pas découvert le principe générateur de cette maladie, il restera toujours une inconnue sur sa nature.

Eaux minérales. — M. *Mialhe*, au nom de la commission des eaux minérales, lit cinq rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources pour l'usage médical.

Les conclusions favorables de la commission sont adoptées pour la source nouvelle des Célestins, à Vichy, la source de Saint-Julien (Ardèche), et la source de Meurchin (Pas-de-Calais) :

Quant aux sources de Charlieu (Loire) et du Broustet, près de Villeneuve-de-Marsan, les rapports qui les concernent sont renvoyés à la commission pour un complément d'analyse, sur la proposition de M. Caventou.

La séance est levée à cinq heures.

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

MALADIES RÉGNANTES. — RAPPORT DU PRIX PHILIPS. — ÉRUPTIONS DE LA DENTITION.

— Allocutions du président sortant, M. Marrotte, et du président nouvellement élu.

— M. *E. Besnier* lit le rapport de la Commission des maladies régnantes, pour les mois d'octobre, novembre et décembre 1871.

L'hiver de 1871-1872 a été précoce, et le froid y a été plus intense que pendant l'hiver précédent ; le thermomètre est descendu très-bas, jusqu'à 23 degrés au-dessous de zéro, chiffre tout à fait exceptionnel dans notre climat. Ces conditions atmosphériques n'ont paru exercer aucune influence extraordinairement nuisible, et la mortalité n'a pas été sensiblement plus élevée qu'elle ne l'est communément à cette période de l'année. L'apparition des froids a immédiatement éteint les affections intestinales qui avaient été fréquentes pendant l'automne, mais elle a déterminé une élévation brusque dans le chiffre de la mortalité due aux maladies respiratoires et plus particulièrement aux affections pseudo-membraneuses.

M. Besnier fait suivre ces considérations préliminaires de deux tableaux comparatifs dans lesquels sont indiqués jour par jour, pour chacun des mois dont il s'agit, les températures maxima et minima, la pression atmosphérique, le degré et la quantité d'ozone mesurée par vingt-quatre heures, l'état hygrométrique de l'air, la nébulosité du ciel et la direction des vents. Ces tableaux, très-intéressants à étudier, ne sauraient trouver place dans un résumé comme le nôtre, aussi nous bornons-nous à les indiquer. Un troisième tableau montre la mortalité causée dans les hôpitaux par les diverses affections

internes qui peuvent être influencées par la constitution régnante.

Affections des voies respiratoires. — C'est en novembre et décembre que ces maladies, et plus particulièrement celles de nature catarrhale, se sont placées en première ligne.

La *grippe*, caractérisée d'abord par des angines, puis par des bronchites plus ou moins graves. Quelques-unes de ces dernières ont conduit à des pneumonies insidieuses très-graves chez les vieillards, plus franche chez les adultes et les enfants. La guérison a été souvent marquée par des crises sudorales.

Le caractère de ces grippes et de ces broncho-pneumonies d'abord inflammatoire, a été en dernier lieu adynamique.

Les grippes caractérisées surtout par les laryngo-bronchites aiguës ont été très-tenaces. Vers la fin de décembre on les a vues se juger plus souvent par des selles diarrhéiques; elles se compliquaient même d'embarras gastro-intestinal, avec vomissements, gastro-entéralgie, diarrhée inquiétante. La forme ataxique s'est montrée aussi quelquefois.

La fièvre, dans ces affections catarrhales saisonnières, a paru sous forme rémittente ou intermittente, à type régulier ou irrégulier. Le sulfate de quinine uni à l'extrait de quinquina a généralement triomphé de la fièvre en même temps qu'il faisait disparaître les symptômes du catarrhe.

Les cas de *phthisie* rapide ont paru pendant ces mois, chez la population civile et militaire. M. Villemin a communiqué à la Commission quelques considérations que nous reproduisons *in extenso :*

« La *tuberculose*, que l'on aurait cru devoir apparaître dans de grandes proportions, parmi une population qui a été si rudement éprouvée par des privations et des misères de toutes sortes, n'a pas justifié les idées que l'on se fait généralement sur les causes de sa production. Nous avons pu constater, en effet, pendant le siége de Paris, que nos pauvres soldats, exténués par des fatigues excessives, des nuits sans sommeil, souffrant du froid, de l'humidité, d'une restriction alimentaire que tout le monde a bien connue, supportant, en un mot, la misère physique et la misère morale sous toutes leurs formes, ne nous ont que peu offert de cas de tuberculose. Assurément, si toutes ces causes, considérées habituellement comme productives de la phthisie, jouaient le rôle *principal* dans l'étiologie de cette maladie, nous aurions dû voir se multiplier d'une façon saisissante les cas de tuberculose aiguë ou autres. Il n'en a rien été cependant. Et aujourd'hui, que le soldat jouit, dans ses casernements, d'un bien-être incomparablement plus grand, on voit réapparaître quelques cas d'éruption tuberculeuse. Les mois d'octobre et de novembre nous en ont amené quelques-uns. Mais c'est lorsqu'il s'agit de préciser le début de cette désolante affection, qu'on ne saurait trop se prémunir contre les causes d'erreur auxquelles on est exposé si l'on ne conduit pas l'interrogation des malades d'une façon méthodique. Parmi les malades de cette catégorie, nous avons pu sans difficulté constater que la tuberculose remonte à dix-huit mois, deux ans, et plus. Deux sujets ont puisé, d'autre part, le germe de leur mal dans les forteresses prussiennes, où, entassés pendant leur captivité, ils ont trouvé les conditions réellement efficaces dans la production de la phthisie.

» Une des principales raisons qui ont fait entrer dans l'étiologie de la tuberculose les causes les moins justifiables, c'est le silence, souvent prolongé, qui succède parfois à une éruption tuberculeuse, avec un retour à la santé qui fait oublier au malade les premières atteintes de son mal.

» On a tous les jours l'occasion de remarquer, dans l'interrogation des phthisiques, qu'ils font rarement remonter le début de leur maladie au delà de la recrudescence la plus rapprochée. Mais, il ne faut pas perdre de vue que la tuberculose procède par *poussées*, qui sont parfois séparées par des intervalles fort longs et pendant lesquels quelques malades jouissent d'une santé presque parfaite. Que, durant ces périodes d'assoupissement, survienne une circonstance quelconque, favorisant une nouvelle éruption ou coïncidant avec elle, et, aussitôt le malade saisit avec empressement le fait le plus banal, qui concorde le mieux avec les théories qu'il se fabrique, pour expliquer son affection. Nous connaissons un malade qui a les apparences de la plus luxuriante santé, et qui, cependant, a fait une éruption tuberculeuse depuis près de cinq ans. Nous avons eu la douleur de perdre cette année un de nos amis, médecin fort distingué, des suites d'une éruption tuberculeuse du poumon et de la plèvre, et chez lequel la première éruption remontait à 1859. Pendant douze ans, il avait joui d'une santé, sinon irréprochable de tous points, susceptible, au moins, de lui avoir fait oublier qu'il avait craché le sang et toussé pendant plus d'une année.

» Le nombre est grand de ces personnes qui sont en puissance de tuberculose sans qu'elles s'en doutent. La première poussée est oubliée au point vue de l'étiologie, les suivantes, surtout celles qui menacent sérieusement la vie, sont l'objet des explications les plus problématiques. Et cependant, la seule raison de la seconde est l'existence de la première.

» Tous les phthisiques ne jouissent pas du privilége des poussées multiples séparées par des intervalles de santé relative. Certains succombent sous l'acuité d'une unique poussée ; d'autres fois, une première poussée, quoique peu aiguë, est sans rémission, elle amène plus ou moins rapidement une consomption mortelle. Rien n'est plus varié que les diverses formes cliniques de la tuberculose, et rien cependant ne peut autoriser à contester l'unicité de cette affection. »

Fièvres typhoïdes. — En décembre, l'épidémie persiste avec une recrudescence : 45 décès en octobre, 37 en novembre, 71 en décembre.

A l'hôpital Cochin, M. Bucquoy a observé quelques cas à début grave, adynamiques, ou même ataxo-adynamiques pendant les dix ou douze premiers jours et qui semblèrent tourner court au milieu du second septénaire. Le même médecin a vu un cas de mort subite chez un typhoïde en pleine et régulière convalescence.

Au Val-de-Grâce, M. Villemin constate que les fièvres typhoïdes ont été très-bénignes, et que quelques cas ont été si peu accentués qu'on peut les ranger sous le nom de fébricules typhoïdes.

M. Bergeron, à Sainte Eugénie, a vu, sur onze malades, trois succomber dans un état d'ataxo-adynamie extrêmement intense. Chez l'un de ces derniers, une pneumonie était venue en complication. Chez un autre, on a trouvé une endocardite non ulcéreuse.

D'autre part, M. Roger, à l'hôpital des Enfants, n'a eu à traiter que des cas bénins.

A l'Hôtel-Dieu (service de M. Hérard), fièvres typhoïdes nombreuses, surtout en octobre et en novembre : quelques cas très-graves ; tous guéris. Cependant une femme succomba rapidement à des accidents cérébraux : on trouva des ulcérations intestinales, beaucoup plus prononcées dans le gros intestin que dans l'iléon. — A l'occasion de la fièvre typhoïde, M. Hérard signale le cas suivant : Une femme, après avoir eu pendant quelques jours des douleurs lombaires très-vives et avoir rendu des urines purulentes, présenta tout à coup les symptômes de l'adynamie typhoïde caractérisés par : langue sèche, fuligineuse, vomissements, diarrhée, ballonnement du ventre, toux, râles sibilants généralisés, prostration, délire, etc. Si l'on n'avait tenu compte des douleurs lombaires et de l'état purulent des urines, on eût incliné vers le diagnostic de fièvre typhoïde, au lieu de voir là des phénomènes d'urémie. L'autopsie vint d'ailleurs démontrer et l'absence d'aucune lésion typhoïde et l'existence d'une stéatose généralisée des reins. Ces organes, très-augmentés de volume, présentaient une vive injection et un pointillé hémorrhagique. La surface externe était parsemée d'une multitude de petites granulations blanchâtres constituées par de la graisse.

Ictère. — L'épidémie observée au commencement de l'automne n'était pas encore tout à fait terminée en octobre. Pendant les mois suivants, on n'en trouve plus que fort peu de cas.

Fièvres intermittentes. — M. Villemin a vu au Val-de-Grâce un assez grand nombre de ces fièvres à type quotidien et exceptionnellement à type tierce. Cette fréquence est d'ailleurs normale à cette époque de l'année, à Paris ; le sulfate de quinine s'est montré constamment utile.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Guyot signale un cas de fièvre grave avec accidents cérébraux et œdème des extrémités, cédant au sulfate de quinine et à l'hydrothérapie.

Affections cérébrales. — Un cas de méningite cérébro-spinale, causée par le froid, a été observé par M. Moissenet. En voici le résumé :

Un homme de vingt-quatre ans, cultivateur, arrive du Cantal à Paris, le 15 novembre, par un temps très-froid dont il ressent vivement l'influence. Un mal de tête violent avec torticolis l'oblige à consulter un médecin, qui le purge et lui fait mettre des sangsues à l'anus. Entré à l'Hôtel-Dieu le 17, il présente tous les signes de la méningite cérébro-spinale, et succombe le 24, c'est-à-dire au neuvième jour de la maladie. L'autopsie montre les méninges et la surface du cerveau vivement injectées et remplissant exactement la cavité crânienne; des adhérences nombreuses entre les méninges et le cerveau ; enfin, du pus et du séro-pus disséminés par petites plaques ou suivant les trajets vasculaires. Les ventricules sont distendus par une sérosité lactescente. La vascularisation des méninges, ainsi que l'exsudation purulente de ces membranes, peuvent être suivis jusque sur les lobes du cervelet et à la partie postérieure de la moelle jusqu'au milieu de la région dorsale.

Cette méningite causée par le froid a commencé comme un rhumatisme fibro-musculaire de l'occiput et de la partie postérieure du cou ; mais l'intensité des douleurs, la tension convulsive des muscles, la céphalée, les cris de détresse arrachés au malade par la vivacité de ses souffrances; enfin, la lenteur du pouls (60) au début, son accélération finale, la dyspnée et le coma des dernières heures, n'ont pas permis de douter de la nature et de la gravité de la maladie. Les ventouses scarifiées, les vésicatoires et les dérivatifs intestinaux n'ont produit que des amendements passagers. Les sueurs, que l'on s'était efforcé de provoquer, n'ont commencé à se produire que le dernier jour, lorsque toute crise était inutile.

Affections puerpérales. — La diminution considérable des accouchements dans les hôpitaux a déjà été signalée dans le précédent rapport. Cette disproportion avec les années précédentes persiste encore pendant les trois derniers mois de l'année 1871; tandis qu'en octobre 1869 on comptait 646 accouchements, en novembre 684 et en décembre 516 ; on ne compte plus pour l'année 1871 que 243 accouchements en octobre, 305 en novembre, 457 en décembre, ce qui fait au total 1846 accouchements pour les trois derniers mois de 1869, et 1005 seulement dans la période correspondante de 1871 ; différence 841 accouchements en moins.

La mortalité reste dans les chiffres moyens de la saison d'hiver dans les hôpitaux, 4,33 p. 100 en octobre, 3,60 en novembre, 4,81 en décembre.

M. *Jules Simon*, rapporteur de la commission du prix Philips, rend compte des trois mémoires qui ont concouru. La question proposée par la Société était la méningite tuberculeuse.

On avait eu soin d'établir dans un programme détaillé les points particuliers sur lesquels devaient porter les recherches. Aucun des trois mémoires qui ont concouru n'ayant réuni toutes les qualités requises, la commission est d'avis qu'il n'y a pas lieu de décerner le prix. Une mention honorable avec encouragement de 500 fr. est décernée à l'auteur du mémoire qui porte en légende ces mots : Principiis obsta.

— M. *Guyot* appelle l'attention sur une éruption qu'il désigne sous le nom de varicelle de dentition.

Une petite fille de six mois présenta une varicelle, laquelle suivit son cours régulier. La coïncidence d'une première éruption dentaire avait passé inaperçue. Au bout de quelque temps, seconde éruption dentaire, nouvelle, éruption en tout semblable à la première. Le fait s'étant reproduit deux autres fois chez le même sujet, M. Guyot est disposé à y voir une varicelle spéciale dépendant du travail de la dentition.

M. *C. Paul* dit qu'il est fréquent de rencontrer des éruptions multiples pendant le travail de la dentition. Ces éruptions se produisent sous l'influence de la constitution de l'enfant. C'est pendant ce travail de la dentition que les jeunes dartreux montrent leur nature constitutionnelle.

M. *Vidal* dit que la varicelle dont parle M. Guyot devait être une éruption d'hydroa, que l'on a souvent occasion de voir à l'hôpital des Enfants, ainsi que le lichen strophulus pendant la dentition.

M. *Guyot*, qui a suivi l'hôpital des Enfants et l'hôpital Saint-Louis, dit n'avoir jamais vu, pendant la dentition, ni hydroa, ni strophulus, pas plus que cette varicelle dont il est question. Cette éruption n'avait aucun caractère commun avec l'herpès. Quatre fois, chez le même enfant, il vit survenir ces vésicules, sans bulles, ni impétigo, ni eczéma ; en un mot, sans qu'à aucune époque il se soit produit chez cet enfant aucune éruption arthritique ou dartreuse.

M. *Vidal* dit que dans quelques cas il se produit une éruption de swine-pox, espèce de varicelle à grosses vésicules entremêlées de papules de lichen. A. L.

BIBLIOGRAPHIE.

A Synopsis and Analysis of one hundred cases of lithotomy, lithotrity, etc., par P. F. Eve. — Collins, Philadelphia, 1871.

Le docteur Eve de Nashville (Tennessee, États-Unis) a présenté à l'Association médicale américaine le relevé de cent observations de calculs vésicaux. Cette statistique, qui retrace les résultats de trente années de pratique, offre un grand intérêt. Des tableaux synoptiques renferment les traits principaux des observations, l'analyse chimique des calculs, et ils seront consultés désormais par ceux qui aiment les statistiques. Le docteur Eve les a résumés dans une introduction à laquelle nous ferons quelques emprunts.

La première catégorie d'opérés comprend les enfants. Le plus jeune des malades avait deux ans et demi, le plus âgé soixante-dix-sept ans. 17 des opérés n'avaient pas cinq ans, 28 entre cinq et quatorze, c'est-à-dire un total de 45 enfants. La mortalité dans ce groupe a été de 3, c'est-à-dire 1 mort pour 15 guéris. Les autres opérés, au nombre de 55, ayant plus de quatorze ans, ont présenté une mortalité de 8. C'est donc pour les différents âges réunis une perte totale de 11 pour 100.

Des 87 calculeux traités par la taille bilatérale, 8 sont morts : c'est environ une mortalité de 10 pour 100.

Au point de vue de la race des malades, cette statistique semble montrer que les calculs sont moins fréquents chez les nègres, puisque sur les 100 opérés, 6 appartenaient à la race noire, 6 étaient mulâtres, et 88 étaient de race blanche. On remarquera certainement le grand nombre de tailles bilatérales pratiquées par l'ancien élève de Dupuytren, et il serait donné à peu de chirurgiens de présenter des statistiques aussi étendues et aussi favorables.

VARIÉTÉS.

Réflexions sur l'opinion de M. X..., dans la question de candidature pour la place vacante a l'Académie des sciences, par M. Bil..., docteur en médecine.

On sait que plusieurs membres de l'Académie des sciences ont émis le vœu, à l'occasion de la vacance ouverte par la mort de Laugier, de supprimer la section de *médecine et chirurgie*, pour ne laisser subsister, en ce qui touche la science médicale, que la section d'*anatomie et zoologie*. La convenance de cette innovation est longuement et habilement discutée dans la lettre suivante que nous recommandons à toute l'attention du lecteur.

M. X... a émis cette opinion que l'on doit, dans l'Académie des sciences, augmenter le nombre des places destinées aux personnes qui s'occupent exclusivement de l'étude de l'organisation animale. Si le célèbre académicien s'était borné à manifester ce vœu dans les séances privées de la Compagnie dont il est un des membres les plus distingués, nul du dehors n'aurait eu le droit de prendre part à la discussion : la raison et les convenances auraient imposé à chacun l'obligation d'attendre en silence la décision de cette question par l'assemblée à laquelle elle était soumise. Mais en communiquant son discours à une autre Société, en le faisant imprimer et répandre, M. X... s'est placé sur un autre théâtre; il a en quelque sorte initié le public aux débats de l'Académie; il a provoqué le jugement de tous les hommes qui s'intéressent aux progrès des sciences, et a manifestement ambitionné leurs suffrages, en même temps qu'il a dû se soumettre à leur critique. Or, comme il s'agit, dans le cas présent, d'un système général, et non de discussions individuelles, il m'a semblé convenable et utile de présenter quelques réflexions sur l'opinion de M. X... Livré spécialement aux études médico-chirurgicales, je n'ai pu résister au besoin de démontrer combien il serait illégal et contraire aux intérêts bien intendus et de la science et de l'Académie, d'exclure, ainsi que le propose le savant anatomiste que je viens de nommer, la médecine et la chirurgie du nombre des connaissances humaines qui doivent être représentées à l'Institut.

J'ai d'autant moins hésité à prendre ce parti, que les questions de personnes passent et s'oublient, tandis que les attaques portées aux principes demeurent toujours présentes, et peuvent se renouveler avec succès jusqu'à ce qu'elles aient été repoussées et détruites. L'opinion que j'essaye de combattre n'est pas applicable seulement à la circonstance à l'occasion de laquelle son auteur l'a publiée : elle est de tous les temps, et l'on pourrait incessamment la reproduire, si aucune objection ne s'élevait contre elle, si personne ne repoussait l'injure dont elle frappe la médecine et la chirurgie.

Donner, d'une part, aux seuls zoologistes la section entière de l'Académie qui est aujourd'hui désignée sous le titre de section d'anatomie et de zoologie; de l'autre, créer, sans doute aux dépens de la section actuelle de médecine et de chirurgie, deux nouvelles sections, l'une d'anatomie et l'autre de physiologie, tel est le double projet que M. X... soumet à la délibération de ses collègues (1). Le besoin d'un tel déclassement de personnes et de choses ne lui semble pas encore, toutefois, assez généralement senti pour être actuellement opéré dans son entier. Mais en attendant que l'Académie puisse seconder sur ce point l'élan qu'il suppose exister dans les esprits, l'auteur du projet que je combats propose de supprimer de fait la section de médecine et de chirurgie, en n'y appelant désormais que des anatomistes et des physiologistes.

Examinons, avant d'aller plus loin, si la zoologie, l'anatomie et la physiologie réclament une extension aussi considérable que le pense M. X... dans le nombre des places que leur accordent les cadres de l'Institut. Quelle importance convient-il d'attacher à la zoologie, séparée de l'anatomie comparée et de la physiologie générale? N'est-il pas démontré que cette science isolée de l'étude des organes et des fonctions des êtres vivants se réduit à une simple et presque stérile nomenclature, à laquelle il serait plus que superflu de consacrer une section entière de l'Institut? L'anatomie spéciale de l'homme est trop avancée, trop voisine de la perfection, pour avoir également besoin d'une section complète de l'Académie; elle doit demeurer réunie à la section de zoologie, car, sans elle, l'anatomie comparée n'existerait pas, ou resterait incomplète : cette nécessité résulte surtout de ce que la plupart des découvertes anatomiques les plus récentes sont nées de l'investigation des organes dans le diverses classes d'animaux. Enfin, la physiologie de l'homme a été ralliée avec trop de succès à la médecine et à la physiologie générale, pour que l'on doive la séparer de ces sciences en créant pour elle une section distincte. Cette partie de nos connaissances ne se compose d'ailleurs encore que de faits presque dépourvus d'union et de théories partielles, dont l'ensemble est loin de former un corps régulier de doctrines. Cet aperçu rapide suffirait déjà pour démontrer que l'on ne saurait justifier par aucune raison tirée de la nature des choses l'innovation que propose M. X...

Mais les règles imposées à l'Institut par les lois et les ordonnances repoussent invinciblement et frapperaient d'une évidente nullité tout changement opéré dans son organisation, s'il n'était préalablement consenti ou autorisé par de nouvelles dispositions législatives. En effet, les constitutions de l'an III et de l'an VIII portent qu'un Institut national sera chargé *de recueillir les découvertes, et de perfectionner les sciences et les arts*. La loi du 25 octobre 1795 porte que la première classe de cette compagnie sera divisée en dix sections, dont la neuvième, *composée de six membres*, portera le titre de *section de médecine et de chirurgie*. Ces dispositions ont été confirmées par les règlements et arrêtés du 4 avril 1796 et du 23 janvier 1803. Ce dernier ajoute seulement à la classe une section de géographie et de navigation. Enfin, l'ordonnance royale du 21 mars 1816 confirme, non-seulement la division générale de l'Institut, en rendant à chaque classe le nom d'Académie, mais la division spéciale de l'Académie des sciences en sections, parmi lesquelles existe encore celle de médecine et de chirurgie composée de six membres.

Il était important de rappeler ces dispositions, parce qu'elles ne sont pas *réglementaires*, ainsi que l'avance à tort M. X..., mais *fondamentales*, *organiques*, et liées au plan général des travaux que, d'après le vœu de ses fondateurs, l'Académie doit exécuter, ou qui peuvent être soumis à son jugement. Elles sont au-dessus du pouvoir de la compagnie, et personne, parmi ses membres, ne pouvait, à la rigueur, faire mettre en délibération une proposition qui avait pour objet d'y porter atteinte. Il ne faut pas oublier que les Sociétés académiques n'existent que par les lois qui les ont instituées, ou par les règlements qu'elles se sont faits et que l'autorité a sanctionnés. En enfreignant ces lois ou ces règlements, elles détruisent elles-mêmes la condition qui les constitue en corps public, et se précipitent dans la voie de l'arbitraire et du caprice. Une infraction déjà faite en amène toujours d'autres; et nul ne sait où l'on pourrait s'arrêter sur une pente aussi glissante et aussi rapide. Si maintenant les zoologistes veulent, pour avoir la place plus large à l'Institut, donner à l'anatomie et à la physiologie la section de médecine et de chirurgie, qui empêcherait les botanistes, s'ils étaient les plus nombreux et les plus influents, d'envahir la section d'économie rurale et de l'art vétérinaire? Qui s'opposerait ensuite à ce que la chimie ne fût reléguée près de la physique générale, de manière qu'enfin les sciences physiques ne se composassent, dans l'Institut, que de la seule science de l'organisation animale et végétale. Et comme la grande section des sciences mathématiques pourrait imiter un tel exemple, qui l'empêcherait de s'épurer elle-même et de bannir de son sein toutes les applications, comme l'astronomie, la mécanique, la géographie et la navigation. Enfin, quand l'Académie royale ne se composerait plus que d'hommes divisés en deux corps, occupés d'objets essentiellement différents, sans intermédiaires entre eux, invoquerait-on des règles et des lois jusque-là incessamment violées pour empêcher l'un des camps d'envahir l'autre et de l'expulser à son tour?

Telles sont les conséquences possibles d'une première infraction. Et que l'on ne dise pas que l'on ne trouverait pas de motifs pour opérer de tels changements; les amitiés de quelques-uns, les inimitiés des autres, les préventions favorables ou contraires à tels ou tels candidats, les ligues opérées entre les personnes d'une même profession, attachées aux mêmes établissements, et une foule d'autres causes inhérentes à la faiblesse de l'esprit humain, ne manqueraient pas de faire désirer chaque jour des mutations qui permettraient d'admettre certaines personnes, ou d'en repousser d'autres. Les raisons ne manqueront jamais davantage. Les intérêts de la science, le mouvement des esprits, les vœux de l'époque, viendront bientôt colorer d'un séduisant vernis les conseils des intérêts privés, ou des intérêts de corporations. L'Académie des sciences, que ce projet menace de convertir, pour les sciences physiques, en une succursale du Jardin des Plantes, refusera de porter une première atteinte, non à son règlement intérieur, mais aux lois qui la régissent, et d'après lesquelles elle existe. Elle se rappellera que les associations scientifiques ne sauraient improviser des règles qui tendraient à repousser de leur sein telles ou telles branches du savoir humain, pour l'encouragement et les progrès desquelles elles ont été spécialement fondées.

Dans l'ancienne Académie des sciences, dit M. X..., il n'existait pas de section de médecine et de chirurgie. Cela est vrai, car cette ancienne Académie n'était pas divisée en sections; mais en accordant à l'argument que l'on tire de ce fait toute la valeur dont il est susceptible, que démontre-t-il? Peut-il donner à quelqu'un le droit de supprimer, sans disposition législative préalable, la section de médecine et de chirurgie

(1) L'extension, dit M. X..., que prend aujourd'hui la science de l'organisation, étant reconnue, et *portant au pressentiment* qu'elle sera bien plus considérable dans la suite, nous a convaincu que, pour perfectionner nos cadres, il faudrait, de cette seule section (celle d'anatomie et de zoologie), faire une section de zoologie, une autre d'anatomie, et une troisième de physiologie.

de l'Académie nouvelle? D'ailleurs qui ne sait que la médecine et la chirurgie étaient admises autrefois dans l'ancienne Académie? Qui ne se rappelle que partout, la chirurgie et la médecine ont puissamment coopéré à l'institution des associations scientifiques, et que ces sciences sont le berceau de l'anatomie, de la physiologie et de la zoologie elle-même qui voudrait les proscrire? D'ailleurs, je le répète, l'ancienne Académie n'avait pas l'organisation de celle qui existe : elle formait une réunion de ce que Paris et la France offraient de plus illustre dans toutes les sciences ; et la médecine ainsi que la chirurgie, non-seulement y étaient dignement représentées, mais ont contribué à fonder l'immense renommée qu'elle s'était acquise dans le monde entier.

Au moins, dit M. X..., votre règlement ne porte pas que vous composerez votre section de médecine et de chirurgie d'un nombre égal de personnes prises dans ces deux sciences. Mais la lui ainsi que l'ordonnance qui régissent l'Académie, en disant que cette section, formée de deux sciences, sera composée de six personnes, ont entendu que les choix seraient partagés. C'est ainsi que cette disposition a, jusqu'à présent, été interprétée. Si le législateur avait voulu quatre médecins et deux chirurgiens, ou réciproquement, ne l'aurait il pas exprimé? Les qualifications de médecin et de chirurgien sont, dit M. X..., indéterminées et variables de siècle en siècle. Cela peut être vrai pour quelques praticiens ; cela existe même dans les rangs inférieurs des hommes qui se livrent à l'exercice de la médecine ; mais demandez dans quelle catégorie il faut ranger les Pinel, les Hallé, les Corvisart, les Percy, les Boyer, les Dupuytren : ni l'opinion publique, ni le sentiment de leurs confrères, n'hésiteront à leur assigner leur véritable place. Lorsqu'on arrive aux sommités de la science, il n'y a plus mixtion dans les genres, ou inexactitude dans l'acception des termes ; tout est distinct et tranché parmi les hommes, plus encore peut-être que dans les choses elles-mêmes. Or, c'est là que l'Académie des sciences a toujours fait ses choix, et l'usage ainsi que tous les précédents, conformes aux dispositions législatives qui la régissent, lui indiquent dans quelle classe, des médecins ou des chirurgiens, elle doit chercher, suivant la nature des places vacantes, les hommes destinés à remplir ses cadres.

Le Gouvernement, assure M. X..., a résolu de ne plus consulter l'Institut sur l'administration sanitaire, le jour où il a institué l'Académie de médecine et de chirurgie ; d'où il résulte, suivant le savant orateur, que l'une et l'autre de ces deux branches de nos connaissances doivent ne plus figurer dans l'Académie dont il est membre. Il est à remarquer d'abord que rien ne justifie l'insinuation de M. X... L'Institut reçut une section de médecine et de chirurgie, non pour éclairer le gouvernement sur les questions relatives à la santé publique, mais afin de réunir dans la même enceinte toutes les notabilités des sciences et des arts ; afin de réaliser et d'animer en quelque sorte la pensée de Bacon, en rassemblant en une vaste Société toutes les porties du savoir humain, dans l'intention de les éclairer les unes par les autres, d'étendre la sphère des esprits qui les cultivent, et de hâter leur progrès. Cette nécessité de rassembler dans l'Académie les hommes de première ligne dans tous les genres est telle, que si elle en laissait seulement deux ou trois volontairement en dehors, le but de son institution serait manqué ; elle ne serait plus dès lors la réunion complète de ce que les sciences offrent de plus illustre, et l'association de toutes les parties des connaissances humaines. L'Institut ne fut plus consulté sur l'hygiène, les remèdes secrets, et d'autres sujets analogues, aussitôt que la société de la Faculté de médecine, que remplace aujourd'hui l'Académie de médecine, entra en fonctions ; et la section de médecine et de chirurgie, de l'Académie des sciences n'a cependant jamais été menacée depuis cette époque. M. X... lui-même, dans un discours précédent, n'osa proposer de la supprimer. La mort qui moissonne à coups pressés les membres de cette section, a-t-elle donc pu lui faire croire l'époque arrivée d'opérer un tel changement et d'envahir leurs places?

Mais que pourrait objecter M. X..., si, poussant à l'extrême son raisonnement, fondé sur l'existence de l'Académie de médecine et sur l'inutilité d'un double emploi, on renvoyait les membres de la section d'astronomie au Bureau des longitudes, ceux de l'art vétérinaire à Alfort, ceux de la section de mécanique au Conservatoire des arts et métiers, les agriculteurs dans les pépinières et à la Société royale d'agriculture, enfin les botanistes et les zoologistes eux-mêmes au Jardin des Plantes, où ils pourraient se livrer plus à loisir qu'à l'Académie royale des sciences à leurs observations et à leurs recherches? En suivant ce système, les trois quarts des membres de l'Institut seraient bientôt expulsés par le petit nombre de ceux qui ne cultivent que les *sciences pures*, et dont les travaux sont le moins immédiatement utiles.

Vous devez, dit M. X... aux membres de l'Académie des sciences, vous souvenir que les anatomistes et les zoologistes ne sont pas favorisés des dons de la fortune, et qu'ils épuisent leur santé en se livrant à leurs travaux, tandis que les médecins et les chirurgiens deviennent très-riches et obtiennent les bénédictions de leurs clients. Singulier argument que celui qui consiste à faire entrer dans la balance des choix académiques les dons ou les rigueurs de la fortune! Ce ne sont ni les gens riches, ni les personnes pauvres que les Instituts littéraires et scientifiques doivent s'agréger, mais les hommes capables, ceux que des découvertes utiles, des talents élevés, des connaissances étendues, ont signalés à l'attention publique et placés au premier rang parmi leurs pairs. D'ailleurs, un coup d'œil jeté sur quelques honorables membres de la section de zoologie démontrerait, au besoin, combien est exagéré le tableau que trace M. X... du déplorable état de leur santé et du délaissement où les ont laissés les hommes et la fortune.

L'Académie, suivant M. X..., s'est déjà conformée au principe qu'il établit, en appelant dans son sein des médecins spécialement occupés de théories physiologiques, mais ni la raison ni la loi n'imposaient à cette illustre Société l'obligation de choisir, pour remplir les places de Corvisart et de Hallé, des hommes qui n'auroient été que praticiens. Afin de siéger avec honneur dans l'Académie des sciences, il convient de posséder autre chose que l'art de tracer des formules, ou de pratiquer des amputations, ou même de savoir artistement et mécaniquement disséquer les diverses parties du corps.

Le praticien étranger aux théories et aux progrès de la science n'est pas plus médecin ou chirurgien que le manœuvre, dont le seul mérite consiste à manier le scalpel, n'est anatomiste. L'*ouvrier* ne peut, dans aucun genre, devenir un personnage académique. Que MM. Chaussier et Magendie soient physiologistes, cette qualité ne saurait leur ôter le titre de médecins ; elle témoigne, au contraire, qu'ils sont habiles en plus d'un genre, et dès lors l'Académie a fait une chose louable et utile en les appelant à elle. Que l'un soit hippocratique et l'autre expérimentateur, il importait peu à l'assemblée, puisqu'ils réunissaient la qualité fondamentale exigée par le règlement pour faire partie de la moitié de la section de médecine et chirurgie affectée à la médecine, celle d'être médecin.

Une autre considération présentée par le savant anatomiste que je combats, est que l'on forme chaque année, dans l'Institut, une commission chargée de juger les meilleurs travaux en physiologie, et que depuis sept ans on prend la majorité de cette commission en dehors de la section de médecine et de chirurgie. Qu'y a-t-il de surprenant que pour juger des mémoires où il s'agit très-souvent d'expériences faites sur les animaux vivants, on invoque les lumières de personnes qui se sont plus spécialement occupées d'anatomie comparée et de physiologie générale? Le choix d'une grande partie de la section de zoologie, pour entrer dans ces commissions, témoigne à la fois et du jugement éclairé de l'Académie, et du zèle ainsi que des talents des personnes appelées ; mais on ne saurait en tirer aucune induction contre la section de médecine et chirurgie. Ce n'est pas à cette section seule que sont adressés les travaux à juger, mais à la classe entière, qui nomme dans son sein les hommes les plus capables de préparer les décisions qu'elle doit porter à leur sujet.

L'honorable académicien auquel j'essaye de répondre réunit toutes ses forces pour démontrer que les développements qu'ont reçus la zoologie et l'anatomie indique l'insuffisance des réglements de l'Institut à leur égard, et réclament la mesure qu'il sollicite. Il semblerait, au contraire, que les progrès des deux sciences, naguère à leur berceau, et qui n'ont dû, suivant M. X..., qu'aux encouragements de l'Académie leurs brillantes destinées, sont la meilleure preuve que l'on puisse apporter de l'excellence des lois sous l'influence desquelles de telle améliorations se sont opérées. Si la zoologie languissait, si l'anatomie était *en rétrogradation*, suivant l'expression de M. X..., nul doute que l'on ne dût leur accorder des encouragements, et provoquer les recherches qu'elles réclament. L'Institut aurait mille moyens pour arriver à ce but. Mais rien de semblable n'existe : les sciences zoologiques et anatomiques marchent, dit-on, à pas de géant ; elles menacent de dépasser bientôt et d'obscurcir les autres ; quel motif peut-on présenter dès lors pour retenir celles-ci en arrière, et éteindre leurs dernières lueurs?

Il importe de ne pas perdre de vue la part que prend l'Institut aux progrès des sciences et des arts. Cette grande association de ce que la France possède de plus illustre dans tous les genres, a dignement rempli, sous ce rapport, l'espoir des hommes qui ont conçu l'idée de sa création. La perspective d'obtenir un jour de l'Institut un jugement favorable suffit pour exciter de toutes parts le zèle et le travail. Les Académies qui le composent sont devenues le but, le dernier terme de l'ambition de tous les hommes qui se livrent avec le plus de succès aux lettres, aux sciences et aux arts. Les fauteuils qu'elles présentent à l'émulation sont le prix constamment envié des plus puissants efforts. Retirez à quelques classes de savants la perspective d'obtenir un jour cette couronne de l'habileté et de l'instruction, il est incontestable que vous diminuerez leur ardeur, et que vous priverez les sciences qu'ils cultivent d'une grande partie des perfectionnements qu'ils auraient pu leur faire éprouver. L'esprit humain se trouvera, par une semblable disposition, arrêté sur tel ou tel point dans sa marche progressive, et sa stagnation dans une ou plusieurs sciences sera le résultat d'une disposition aussi funeste. Tel serait celui de la proposition de M. X..., relativement à la médecine

et à la chirurgie. En l'accueillant, l'Académie agirait contre l'objet de son institution, et contre les véritables intérêts des sciences, dont elle est appelée, avant tout, à exciter et à hâter les progrès.

Mais enfin, dit M. X..., il faut que, dans l'Institut, l'invention l'emporte sur l'application; il est indispensable que les corps académiques restent toujours forts et jeunes; et leur faculté de conception ne doit pas être *en rétrogradation* quand les sciences, autuur d'eux et au dehors, continuent leur marche progressive.

Ici les idées transcendantales de l'honorable orateur commencent à m'échapper. Je conçois difficilement de quelle manière on peut isoler les sciences de leurs applications, et à quoi serviraient les unes sans les autres. Tout s'enchaîne et se soutient dans le système des connaissances humaines. La théorie ou la *science pure*, sans l'appui de l'expérience et de l'application pratique, n'est qu'une chimère, un roman digne à peine d'occuper quelques instants un petit nombre d'esprits oisifs ou spéculateurs. Qui oserait soutenir que les observations pathologiques, que l'étude des effets, soit des agents extérieurs qui produisent les maladies, soit des substances médicinales destinées à rétablir la santé, sont inutiles à la pathologie, et doivent être sans influence sur les théories physiologiques. Les faits et les raisonnements qui ont pour objet les animaux et l'homme dans l'état normal, ne sont-ils pas identifiés avec la médecine proprement dite et avec la thérapeutique, soit qu'ils éclairent celles-là dans leur marche, soit qu'ils en reçoivent eux-mêmes un nouveau degré de lucidité et de certitude? Dans cette immense fusion des deux branches les plus importantes de nos connaissances médicales, la postérité pourra seule décider laquelle, de la physiologie expérimentale ou de la physiologie pathologique, a le plus contribué aux progrès communs. Nul ne saurait peut-être apprécier maintenant toute l'étendue des résultats que peut produire la révolution qui agite la science de l'organisation animale ; et rompre le faisceau que doivent désormais former la physiologie, la pathologie et la thérapeutique, serait agir contre le torrent des esprits, et exposer la Société où l'on voudrait opérer un tel changement, non-seulement à demeurer en arrière, mais à rétrograder jusqu'aux temps encore peu éloignés de nous, où la physiologie n'était qu'un amas de ridicules hypothèses et de futiles explications.

M. X... a déduit de l'étude des monstres des lois remarquables relatives au mécanisme de la formation et du développement des organes : peut-il sans inconséquence prétendre que l'observation et l'étude des maladies soient inutiles à la physiologie? Peut-il, sans méconnaître la source féconde où il a puisé lui-même avec tant de succès, assurer que la chirurgie, l'anatomie et la pathologie chirurgicales soient déplacées à l'Institut? La médecine opératoire est-elle donc arrivée au terme de la perfection? Les chirurgiens étrangers nous laissent-ils jouir en paix de la supériorité acquise sur eux par les travaux de nos devanciers et de nos contemporains? Faut-il être dépourvu de connaissances anatomiques, physiologiques et médicales, pour imaginer, exécuter ou juger les opérations les plus délicates et les plus importantes, telles que la ligature des gros troncs artériels, la section d'une grande étendue des tuniques intestinales? Les lumières d'un grand chirurgien sont-elles inutiles à la science de l'organisation, lorsqu'il s'agit de prononcer sur l'importance d'un organe, sur le mécanisme de son action, sur la possibilité de le blesser impunément, de le retrancher ou de le faire suppléer par d'autres dans ses fonctions? La pratique de la médecine et de la chirurgie ne peut-elle pas enfin être considérée comme fournissant à l'observateur des expériences incessamment renouvelées et préparées par la nature, pour mieux apprécier, soit l'action réciproque des organes les uns sur les autres, soit l'enchaînement et la subordination des mouvements vitaux? Et ces expériences ne sont-elles pas tout autrement importantes que celles qui consistent à faire voler en avant, ou reculer, ou marcher obliquement un oiseau, suivant les diverses parties de l'encéphale que l'on a blessées en lui? L'ouvrage tout médical de M. Lallemand est-il moins précieux à la physiologie du cerveau que celui de tel anatomiste que je pourrais citer? M. X... ne voudrait pas sans doute nous faire rétrograder vers les siècles d'ignorance et de barbarie, où chacun, admirateur exclusif et enthousiaste de ses propres travaux, pensait que le sujet de ses études était supérieur à tous les autres, et seul digne de fixer l'attention générale, ou de mériter les encouragements que l'on doit à tout ce qui est bon, à tout ce qui est utile.

Le savant auteur de l'opinion contre laquelle je m'élève professe une sorte de mépris contre tous ceux qui se livrent aux applications; il voudrait que l'Institut n'admît que des hommes occupés uniquement des sciences pour elles-mêmes. Le médecin qui observe les lésions des organes et qui étudie au lit des malades l'action des médicaments; le chirurgien lorsqu'il médite ou exécute un procédé insolite, une opération nouvelle, travaillent-ils donc moins pour la science que l'anatomiste dans son laboratoire, que l'expérimentateur torturant des animaux? Ces expressions presque injurieuses, appliquées par l'auteur de la philosophie anatomique à nos grands chirurgiens : *Fabricando fit faber*, ressemblent à cet autre mot d'un jésuite allemand qui désignait ainsi, dit-on, l'auteur des perfectionnements apportés de son temps aux télescopes catoptriques : *Artifex quidam, anglus, nomine Newton*. Mais si le disciple de Loyola était demeuré étranger à la renommée du père de la philosophie naturelle moderne, il connaissait au moins l'objet sur lequel il dissertait.

J'ai souvent entendu adresser aux hommes les plus célèbres ce singulier reproche : C'est un grand praticien, dit-on ; c'est dommage qu'il ne soit pas théoricien. David est un grand peintre, a-t-on répété longtemps ; il est à regretter qu'il ignore la théorie de la peinture. C'est ainsi qu'on assimile, avec une incroyable légèreté, les hommes les plus remarquables à de simples manœuvres, et qu'on n'hésite pas à les placer au-dessous du premier discoureur qui n'a jamais rien produit. Les actions auraient-elles donc moins de valeur que les paroles pour faire connaître le degré d'instruction et l'habileté des hommes? et les grandes créations dans les sciences, les arts et les lettres auraient-elles pu être exécutées si leurs auteurs n'avaient réuni au génie de l'invention et de l'exécution une connaissance approfondie des procédés et des théories de la science?

Le chirurgien, dit M. X..., abandonne les voies scientifiques lorsqu'il transforme son scalpel en un bistouri. Cela n'est point exact : le chirurgien change alors le théâtre de ses travaux ; il exécute ce qu'il a médité ; il poursuit sa route et arrive, par l'observation des résultats, au terme de la science, c'est-à-dire à ce point où les faits confirment et changent en certitude les inductions. Existe-t-il quelque infériorité relativement à l'importance du but et à l'utilité de l'entreprise, entre de semblables travaux et ceux qui consistent à classer un animal, à décrire un coquillage, à disséquer un insecte? Loin de moi la pensée de déprécier aucun genre d'étude; mais enfin il est bon que chaque chose conserve son rang, et l'anatomie n'est pas la seule partie de nos connaissances qui mérite le nom de science. Je cherche vainement à quel titre on le lui accorderait de préférence à la médecine et à la chirurgie. L'une, dit-on, est plus parfaite ; les autres sont moins avancées. Raison de plus pour ne pas priver ces dernières d'encouragement, pour continuer de recevoir à l'Institut les hommes qui les cultivent avec le plus d'éclat; s'il n'y avait pas de place pour elles à l'Académie des sciences, il faudrait en créer.

Dira-t-on que les médecins et les chirurgiens, livrés à la pratique de l'art, deviendront par cela même inutiles à l'Académie, incapables de se plier au joug qu'elle impose? Il serait facile de répondre que cette pratique elle-même est pour eux une source de lumières, et l'objet d'observations toutes scientifiques dont ils doivent apporter incessamment le tribut à la société. L'expérience de tous les temps, celle de l'Académie elle-même, démontre d'ailleurs la futilité d'une telle objection. Veut-on rejeter le médecin et le chirurgien parce qu'ils se livrent à des applications de la science? Mais personne n'ignore que l'anatomie et la physiologie ne sont cultivées que par des hommes qui aspirent à devenir praticiens ; qu'ils trouvent l'occasion de se former des clientèles, et bientôt, abandonnant la carrière de la *science pure*, et se précipitant dans cette nouvelle route, ils témoignent assez jusqu'où allait leur amour pour l'étude qu'ils quittent et jusqu'où va leur estime pour les occupations auxquelles ils se consacrent. Les physiologistes les plus habiles ne s'occupent-ils pas avec ardeur de voir les malades, et l'un d'eux n'a-t-il pas même composé un formulaire? Or, lequel promet à l'Académie la coopération la plus utile, ou de l'homme qui ne cultive l'anatomie et la physiologie que comme des moyens destinés à la faire arriver à la pratique, ou de celui qui, n'ayant plus rien à désirer sous ce dernier rapport, revient par goût à l'anatomie et à la physiologie, dont il n'a jamais cessé de s'occuper? L'un quittera bientôt l'objet de ses premiers travaux, tandis que l'autre apportera dans la recherche des vérités physiologiques un esprit mûri par l'expérience et rendu plus sévère par l'observation d'un grand nombre de faits. M. X... parle beaucoup, et toujours avec dédain, des applications de la science et du temps qu'elles dérobent aux occupations académiques ; mais connaît-on beaucoup de zoologistes qui, dans l'intention louable de ne pas se laisser distraire de leurs études, aient refusé de se livrer à l'application du professorat, ou d'exercer diverses fonctions publiques? En connaît-on qui ne remplissent déjà ou qui n'aspirent à occuper plusieurs chaires dans nos établissements scientifiques?

S'il était possible d'ailleurs d'isoler la science de ses applications, où serait le contrôle des théories? Les hommes qui agissent et pratiquent sont ceux qui savent ordinairement le mieux ce qui manque à celles-ci, ce qui reste encore à faire pour les perfectionner. Les inventions les plus utiles dans tous les genres appartiennent à ces hommes laborieux, ou même à de simples ouvriers. Lorsqu'il passe du rôle d'observateur froid et passif à celui d'acteur ; lorsque, en présence des obstacles qu'il faut surmonter, le praticien habile et physiologiste cherche et calcule les moyens de modifier les mouvements des organes et de les ramener à leur rhythme normal, son esprit juge bien plus sainement que celui du simple spéculateur de ce que les théories présentent de futile, d'imparfait ou d'inexact. C'est dans l'exercice de l'art qu'est placé en médecine le contre-poids, le régulateur toujours puissant des abstractions : supprimer les lumières fournies par cet exercice c'est ravir à la science son guide

le plus sûr. Pour les esprits élevés, et M. X .. est de ce nombre, toutes les parties de la science de l'organisation ne sont que des manières différentes d'étudier les mêmes objets, les êtres vivants; la zoologie, l'anatomie et la physiologie de l'homme, la médecine et la chirurgie, doivent travailler de concert et en s'aidant mutuellement, à tracer cette histoire, que nul n'achèvera peut-être, des corps animés considérés sous les rapports de leur structure, de leurs fonctions, des dérangements qu'ils peuvent éprouver et des moyens à employer pour les conserver, les perfectionner ou les rétablir dans l'état normal lorsqu'ils sont malades.

Il est une dernière considération qu'il importe de ne point omettre ici; c'est que l'Académie des sciences est appelée, par un legs considérable de M. le baron de Montyon, à distribuer annuellement trois prix d'une grande valeur aux meilleurs ouvrages sur la médecine, la chirurgie et l'art de rendre les diverses professions moins insalubres. Or, si les médecins et les chirurgiens étaient bannis de l'Institut, qui prononcerait sur ces matières entre les concurrents? Seraient-ce des anatomistes et des physiologistes purs? Sans révoquer en doute leur haute capacité, présenteraient-ils à l'Académie entière, et surtout au public, une garantie suffisante de leur compétence et de l'équité de leur jugement? Jusqu'ici, une foule de découvertes et de méthodes nouvelles thérapeutiques et chirurgicales ont été soumises par leurs auteurs à l'examen de l'Académie; qui formera les commissions destinées à apprécier la valeur de ces travaux, si cette société ne renferme personne qui soit versé dans l'une et l'autre de ces deux parties de la science? Que Ducamp reparaisse et présente son manuscrit, s'il n'y a pas de chirurgiens dans l'Institut, qui fera ressortir les avantages de ses procédés? Il est donc important, indispensable même, que par ses choix la première association scientifique de l'Europe ne permette pas de supposer que des objets soumis à son examen puissent ne point trouver dans son sein des hommes qui s'en soient spécialement occupés, et qui aient toute capacité pour en juger avec connaissance de cause. Si l'Académie adoptait l'étrange proposition de M. X..., elle devrait immédiatement se récuser pour la distribution des prix fondés par M. le baron de Montyon; elle devrait les renvoyer immédiatement à l'Académie; elle devrait enfin annoncer au monde savant que désormais les travaux en médecine et en chirurgie ne devront plus lui être adressés, et qu'elle se proclame incompétente pour les examiner et les apprécier à leur juste valeur.

Mais l'Académie repoussera une disposition qui la mutilerait. Alors que toutes les sociétés savantes de l'Europe comptent avec orgueil parmi leurs membres les médecins et les chirurgiens les plus célèbres, elle ne fermera pas ses portes aux hommes qui sont, dans l'une et l'autre de ces sciences, la gloire et l'honneur de notre patrie; elle refusera d'adopter une mesure qui l'aurait privée des J. J. Petit, des Méry, des Morand, des Vicq d'Azyr, des Portal, des Corvisart, des Hallé et d'une foule d'hommes illustres qui ont autrefois ou dans ces derniers temps contribué à sa splendeur; elle refusera de faire un tel outrage aux hommes qui, ayant acquis une grande renommée en médecine ou en chirurgie, se sont créés des titres pour prétendre à l'honneur de lui appartenir, et pourraient, à leur tour, lui offrir la coopération la plus utile.

La proposition de M. X... est donc :

1° Contraire aux lois et ordonnances qui ont fondé et organisé l'Institut.

2° Elle est contraire aux usages suivis jusqu'à présent, et d'après lesquels on a toujours composé la section de médecine et de chirurgie d'un nombre égal de chirurgiens et de médecins.

3° Elle est contraire à l'illustration de l'Académie, qui doit réunir dans son sein toutes les notabilités des sciences et n'en laisser aucune en dehors.

4° Elle entraînerait la violation des lois et exposerait l'Académie aux reproches et peut-être aux admonestations de quelque autorité désireuse de la trouver en défaut.

5° Elle priverait la médecine et la chirurgie des encouragements et de l'émulation que ces sciences trouvent dans l'admission à l'Institut des hommes qui les cultivent avec le plus d'éclat et de succès.

6° Enfin, elle mettrait l'Académie hors d'état de remplir les devoirs qu'elle s'est imposés en acceptant plusieurs des legs de M. de Montyon, en même temps que désormais aucun travail relatif à la médecine ou à la chirurgie ne pourrait lui être soumis.

M. X... ne cesse de répéter qu'il n'a eu d'autre but que d'établir des principes; que les intérêts de la science ont seuls dicté son opinion. Mais si la renommée n'est pas mensongère, les démarches de l'honorable académicien ne seraient point en rapport avec ses paroles. Chez lui, la question des personnes serait unie ou plutôt confondue avec celle de la science. Quoi qu'il en soit, je ne le suivrai pas sur ce nouveau terrain; je serai fidèle au plan que je me suis tracé. La valeur des hommes qu'il propose, comparée à celle des candidats que désigne le vœu général et le public tout entier, me donnerait sur lui trop d'avantage; et je ne dois pas oublier qu'on ne pardonne pas toujours à l'adversaire qui a trop raison.

Cette lettre n'est pas d'hier; elle a été écrite après la mort de Deschamps, et à l'occasion de la candidature de Dupuytren, par le docteur Bégin, (du Val-de-Grâce), dont le nom est déguisé par de fausses initiales. Elle est adressée à Geoffroy-Saint-Hilaire, qui avait été le promoteur et le défenseur ardent de la réforme. Aux arguments si compendieusement et si habilement développés par Bégin, on pourrait ajouter que la mesure proposée serait plus que jamais en contradiction avec l'esprit scientifique du temps et tendrait à relâcher ce lien de la science et de la pratique que de toutes parts on s'efforce de nouer et de serrer chaque jour davantage. La 10e et la 11e section de l'Académie sont précisément la personnification de cet esprit; la première représente la science spéculative et la seconde la science appliquée.

Comité d'hygiène. — Deux places nouvelles viennent d'être créées dans le Comité consultatif d'hygiène publique, l'une pour l'hygiène pratique, l'autre pour les applications des sciences physiques à l'hygiène.

Sur l'avis et la présentation du Comité, M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de nommer M. Bergeron, membre de l'Académie de médecine, à la première de ces places, et M. Gavarret à la deuxième.

Sur la proposition du même Comité, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner des récompenses honorifiques aux membres des Conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1869, savoir :

Médaille d'or : M. Rabot, pharmacien (Seine-et-Oise).

Médailles d'argent : M. le docteur Bergeon (Allier); M. le docteur Bonnichon (Cher); M. Cailletet, pharmacien (Ardennes); M. Lahiche, pharmacien (Eure); M. le docteur Lacaze (Tarn-et-Garonne); M. le docteur Legrand (Moselle); M. le docteur Rémilly (Seine-et-Oise); M. le docteur Vy (Seine-Inférieure).

Rappel de médaille d'argent : M. Martin-Barbet, chimiste (Gironde); M. Meurein, chimiste (Nord); M. le docteur Wimpfenu (Haut-Rhin).

Médailles de bronze : M. le docteur Dumesnil (Seine-Inférieure); M. le docteur Guichard (Jura); M. Griois fils vétérinaire (Somme); M. Gruson (Nord); M. Herbelin, pharmacien (Loire-Inférieure); M. Méry (Nord); M. le docteur Muller (Haut-Rhin); M. Olivier, pharmacien (Pyrénées-Orientales); M. Resseq vétérinaire (Tarn-et-Garonne); M. le docteur Rattier (Tarn-et-Garonne).

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Bucquet, président de la Société locale de la Mayenne; de M. le docteur Bancel, président de la Société locale de l'arrondissement de Meaux; de M. le docteur Dru, médecin de l'hôpital civil, ancien vice président de l'Association des médecins de l'Algérie; du docteur Gianelli (de Milan), mort à Florence au retour du Congrès de Rome; du docteur Gioppi, professeur de clinique oculistique à l'Université de Padoue; du docteur Corazza, bien connu dans la presse médicale; et celle du docteur E. Buchner, professeur à l'Université de Monaco.

Enseignement complémentaire de la Faculté de médecine. — La deuxième série de conférences commencera le 11 mars, à huit heures du soir. Les conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

M. Paul, lundi et jeudi (grand amphithéâtre). *Des applications de l'électricité à la thérapeutique.*

M. Lannelongue, mardi et samedi (grand amphithéâtre). *Septicémies chirurgicales.*

M. Gautier, mercredi et vendredi. *Des aliments et de la nutrition.*

— M. le docteur Blnin des Cormiers fera le 15 de ce mois, à huit heures du soir, à la Société des Conférences, 39, boulevart des Capucines, une conférence sur l'état sanitaire de Paris et les maladies régnantes.

AVIS. — La Table et les Titres de la Gazette hebdomadaire (t. VIII, année 1871) seront envoyés à MM. les abonnés avec le prochain numéro.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 14 mars 1872.

Académie de médecine : OUVERTURE D'UN PLI CACHETÉ DE M. GUIBERT. — PARIS.

Ouverture d'un pli cacheté de M. Guibert.

La communication faite à l'Académie des sciences par MM. Labbé et Goujon (et non Labbé et Guyon, comme nous 'avons imprimé par erreur) a été l'occasion, à la derère séance de l'Académie de médecine, de l'ouverture d'un pli cacheté. C'est là un de ces petits événements acadées qui éveillent toujours un certain intérêt de curiosité.

M. le docteur Guibert (de Saint-Brieuc) nous apprend par cette lettre qu'il se réservait, en août 1870, de faire la preuve e ses titres à la découverte de l'*anesthésie sans sommeil avec de l'intelligence des sons et du mouvement*.

L'opportunité de cette réclamation de priorité ne nous apt pas bien clairement; M. Guibert nous démontre qu'il a ployé les injections de morphine, puis des inhalations de rme, et qu'il a obtenu l'anesthésie dans deux accouchements et un cas de colique de plomb.

Nous ne pensons pas que M. Guibert réclame la priorité r l'application de l'anesthésie combinée par le chloroforme et la morphine, parce que les expériences de Claude rnard et les observations de Nussbaüm ont eu une publicité suffisamment étendue dès 1869; toutefois nous estimons que M. Guibert a des droits incontestables de priorité dans l'expression de la découverte qu'il nous annonce.

Si M. Guibert (de Saint-Brieuc) croit avoir obtenu le premier l'anesthésie sans sommeil avec conservation de l'intelligence, des sons et du mouvement, il oublie que l'anesthésie locale remplit ces conditions depuis longtemps; mais si M. Guibert veut dire qu'il a trouvé le moyen de produire l'anesthésie *générale* sans sommeil, avec conservation de, etc., il a fait une découverte que personne ne lui contestera. Ni M. Nussbaüm, qui a obtenu dix heures de sommeil par l'anesthésie combinée, ni MM. Labbé et Goujon, qui ont tout à fait endormi leur malade, ne voudront revendiquer la priorité.

Pour notre part, nous éprouvons quelque satisfaction à songer que M. Guibert, depuis l'envoi de son pli cacheté, a dû faire des expériences nouvelles, et qu'il pourra nous renseigner plus précisément qu'il ne l'a fait dans la rédaction concise et peut-être hâtive qu'il a confiée à la sauvegarde du sceau académique. Bref, M. Guibert devra et pourra sans doute désormais indiquer les quantités de chloroforme qui sont nécessaires pour produire, après l'injection de 1 ou de 2 centigrammes de morphine, *l'anesthésie générale sans sommeil avec conservation des sens*, etc. Alors, si les observations s'imposent par leur résultat et par la précision de leur exposé, nous aurons à regretter les doutes que nous conservons sur les titres qui doivent assurer à M. Guibert le mérite d'une découverte qui réaliserait l'idéal en anesthésie, et serait certainement un bienfait pour l'humanité.

Paris.

(Étude démographique et médicale.)

Paris a été de tous temps l'objet de nombreuses investigations. Le mode d'existence de ce monstre a été étudié, sous tous ses aspects, par tous les écrivains, fantaisistes ou sérieux, depuis *Mercier* jusqu'à *Privat d'Anglemont*. On a dépeint ses mœurs et ses monuments avec la même exactitude, et, avant la désastreuse année qui vient de finir, le portrait de Paris était en tout fort ressemblant.

Un côté pourtant est resté inexploré. On a ignoré jusqu'aujourd'hui les conditions de vie de cette population entassée; on ne sait combien l'homme y dure, ni comment il finit. C'est

---

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Suite. — Voyez les numéros 8 et 9.)

HOLLANDE.

L'enseignement de la médecine dans les Pays-Bas est sous le coup de réformes imminentes ardemment souhaitées par les hommes de science. Lorsque nous terminâmes la rédaction de cet article en juillet 1870, il était déjà question de présenter aux états généraux un nouveau projet de loi devant apporter à la législation en vigueur, législation tombée en désuétude sous plus d'un rapport, des modifications en harmonie avec les progrès réalisés en d'autres contrées. Nous n'avons pas appris jusqu'à ce jour qu'une nouvelle loi ait été promulguée.

Celle du 2 août 1815 sur l'organisation des universités, et les règlements du 1er janvier 1866 qui ont institué un examen d'État peu analogue à celui des Etats allemands et beaucoup moins complet, sont loin de répondre aux exigences de l'époque actuelle. On doit conclure, en parcourant ces documents, que le système que nous allons étudier, essentiellement conservateur, hésite à profiter de l'expérience acquise, même chez lui. Le peuple hollandais s'est toujours fait remarquer par son amour de la stabilité. Cependant il ne faudrait pas s'y tromper, la médecine est fort cultivée en Hollande, les sciences naturelles y sont très-populaires, les collections de tous genres chez les particuliers abondent, chacun possède pour ainsi dire quelques livres de médecine ou d'hygiène générale, mais ce peuple intelligent, très au courant des progrès réalisés chez les autres, n'aime pas à changer ses vieilles coutumes, ses lois antiques.

Pour me renfermer dans mon sujet, je citerai tout d'abord la multiplicité des titres et grades en médecine. Nous trouvons

un monde à étudier, et nous nous réservons de faire l'enquête complète. Pour cette fois, nous allons donner seulement des résultats, — calcul curieux et intéressant, pour lequel les matériaux avaient souvent manqué. A présent, à l'aide de la Statistique municipale, de la Statistique générale de France, de l'Annuaire du bureau des Longitudes et de quelques autres documents sûrs, on a pu, en réunissant les faits et en les fondant, pour ainsi dire, en extraire la réalité. Tel a été le but de ce travail.

Pour le compléter, il faudra rechercher les causes, se reporter aux sources du mal, constater la sollicitude de la science, voire même celle de l'autorité, enquête ressortissant de l'hygiène et embrassant par conséquent toutes les circonstances extérieures. Ceci, beaucoup l'ont déjà fait; aussi préférons-nous commencer par la fin, par le résultat, par le chiffre, espérant plus de chances d'intéresser le lecteur.

Nous avons à notre disposition les documents d'une période quinquennale complète, de 1865 à 1869 inclusivement, période presque normale, base suffisante et comprenant la durée ordinaire des enquêtes statistiques.

I

La première partie de cette étude est consacrée à la situation démographique. La mortalité en est sans doute la partie capitale au point de vue du médecin, mais la natalité a aussi son importance, de même que la répartition de la population par sexe, par âge et par état civil. Toutes ces circonstances, en effet, sont indispensables à connaître pour le calcul des causes de décès, ainsi qu'on s'en apercevra plus tard, et leur utilité est parfaitement démontrée par ce fait, que généralement les calculs n'ont été opérés qu'au fur et à mesure des besoins.

Le recensement de 1866 donne comme chiffre exact de la population parisienne un total de 1 799 980 habitants, la garnison non comprise. Mais personne n'ignore qu'un accroissement incessant a lieu dans cette population, et les statisticiens savent que la moyenne normale de cet accroissement peut facilement être établie. Si l'on se reporte à la période quinquennale qui a précédé le dernier recensement, on trouve que la population parisienne était, en 1861, de 1 667 841 personnes, et que par conséquent l'accroissement annuel moyen jusqu'en 1866 a été de 26 428. En appliquant cette moyenne à la période 1865-1869, que nous étudions, nous trouvons les chiffres suivants :

1865....................	1,773,554
1866....................	1,799,980
1867....................	1,826,408
1868....................	1,852,836
1869....................	1,879,264

La moyenne des cinq années est par conséquent de 1 826 408, et cette moyenne doit être d'autant plus facilement acceptée que les chiffres de 1870 et 1871 seront complétement anormaux, en raison des circonstances de guerre.

Voyons à présent quelles sont les parties constitutives de cette population, et décomposons les totaux pour les nécessités de notre tâche. Les chiffres à noter sont établis, comme ceux ci-dessus, par un calcul de proportion, prenant pour base les situations normales antérieures.

Ainsi les proportions par sexe sont : 50,2 p. 100 du sexe masculin, 49,8 p. 100 du sexe féminin.

Celles par âge nous donnent : population au-dessous de cinq ans, 6,3 p. 100 de la population totale, base du calcul pour certaines maladies de l'enfance.

Population féminine de quinze à quarante-cinq ans, 57,3 p. 100 de la population féminine totale, base du calcul pour la natalité et pour les maladies puerpérales.

Parmi cette catégorie, l'état civil est aussi à constater, et nous trouvons que dans cet âge de fécondité 53,2 p. 100 des femmes sont mariées, tandis que 46,8 ne le sont pas.

Enfin, comme base de calcul pour les maladies de la vieillesse, nous avons établi que 7,57 p. 100 de la population totale avaient dépassé la soixantaine, et que parmi ces vieillards il y avait une différence en faveur de la femme, la proportion devenant 8,34 pour elle, alors qu'elle descend à 6,80 pour l'homme.

De tous ces calculs qui, encore une fois, ont pris pour base les chiffres constatés antérieurement par la statistique générale de France, découle le tableau suivant, que l'on peut assurément donner comme l'expression de la situation démographique, aucune grande circonstance n'étant venue porter atteinte, pendant la période, à l'évolution normale, ni au développement de la population.

La répartition de la population par âge sera faite plus loin, à l'article *Mortalité*, afin, lorsqu'il s'agira d'établir ces proportions intéressantes, de rechercher la fréquence des principales causes de décès pour chaque période de la vie.

---

les docteurs en médecine, chirurgie et obstétrique (*medicinæ, chirurgiæ et artis obstetricæ doctor*), tous trois distincts; le docteur en pharmacie (*artis pharmaceuticæ doctor*), le médecin-chirurgien-accoucheur (*genees-heel-en verloskundige*), l'officier de santé (*officier van gezonzheid*), titre plus spécialement réservé au corps de santé militaire, le simple accoucheur (*verloskundige*), la sage-femme (*vroedvrouw*); et pour la pharmacie nous comptons : le pharmacien (*artsenijbereindkunst*), l'apothicaire (*apotheker*), l'aide apothicaire (*hulpapotheker*) et l'apprenti apothicaire (*leerling apotheker*), tous soumis à des études ou à des examens différents.

Auprès des trois universités de Leyde, de Groningue et d'Utrecht sont depuis longtemps établies des Facultés de médecine, auxquelles appartient le pouvoir de conférer le grade de docteur. Il y a de plus un Athénée, sorte d'école secondaire, à Amsterdam, qui ne possède pas le *Jus promovandi*, et une école de médecine militaire, qui fait en quelque sorte partie intégrante dudit Athénée, et sert plus spécialement à former des officiers de santé pour l'armée de terre, la marine et les colonies.

Le grade de docteur en médecine peut être demandé seul; ceux de docteur en chirurgie et en obstétrique ne peuvent être accordés séparément que lorsque le candidat est déjà possesseur du premier. Nous n'avons rien de particulier à noter dans les détails des examens; la thèse de docteur est défendue publiquement comme en France. La loi de 1815 exigeait une interprétation des aphorismes d'Hippocrate, mais cet article, comme beaucoup d'autres, derniers vestiges d'anciennes coutumes universitaires, est à peu près tombé dans l'oubli. Il n'y a pas d'âge fixé pour l'élève en médecine; les études préparatoires au collége et à l'école communale empêchent de se présenter de trop bonne heure, et les certificats nécessaires avant la matricule sont analogues à ceux des Facultés françaises. Le temps des études n'est pas limité.

Il faut remarquer qu'il existe en Hollande trois classes de professeurs; le professeur qu'on peut appeler titulaire (*profes-*

Tableau A. — **Population parisienne pendant la période quinquennale 1865-1869.**

Années.	Masculine (50,2 p. 100).	Féminine. (49,8 p. 100).	Total.
1865.	890,724	882,830	1,733,554
1866.	904,667	895,313	1,799,980
1867.	918,610	907,798	1,820,408
1868.	932,553	920,283	1,852,836
1869.	940,496	932,768	1,879,264
Moyenne.	918,610	907,798	1,826,408

II

La natalité pendant cette période quinquennale a fourni un chiffre total de 296 466 enfants, ce qui donne la moyenne 59 293 par année.

Dans ce chiffre sont compris 22 041 mort-nés, soit 4408 année moyenne.

Les proportions sont : 324 naissances p. 10000 habitants, dont 24 mort-nés.

Le tableau est fort instructif, et nous l'allons donner avant d'en déduire les conséquences.

Tableau B. — **Natalité**

Années.	Nés vivants. Légitimes.	Nés vivants. Illégitimes.	Nés vivants. Total.	Mort-nés.	Total des naissances.	Pour 10000 habitants. Nés vivants.	Pour 10000 habitants. Mort-nés.	Pour 10000 habitants. Naissances totales.
1865.	39,262	15,895	55,157	4,410	59,567	310	24,9	335
1866.	38,775	15,510	54,285	4,256	58,641	302	24,2	326
1867.	39.572	15,472	55,044	4,334	59,378	300	23,6	324
1868.	39,357	15,645	55,002	4,302	59,304	295	23,6	319
1869.	39,571	15,366	54,937	4,549	59,486	291	24,1	315
Moyennes. . . .	39,307	15,578	54,885	4,408	59,293	300	24,1	324

En jetant les yeux sur les chiffres proportionnels, on constate tout de suite une diminution tellement sensible de la natalité, que l'on se demande si c'est bien là un résultat normal. Mais le doute n'est pas de longue durée, car en se reportant au recensement de 1861, dont les chiffres n'ont rien d'hypothétique, on voit que la proportion totale pour ces deux années 1861, 1866, donne déjà une différence considérable : 345 naissances pour 10 000 habitants en 1861, 326 en 1866. Les chiffres ne sont pas de même provenance, il est vrai, mais l'écart entre le Bulletin municipal et l'Annuaire des longitudes est nul pour l'année 1866, ce qui établit suffisamment l'exactitude de la comparaison pour 1861.

Il y a donc en réalité une diminution dans la natalité à Paris, et en examinant les chiffres des recensements antérieurs, on trouve des proportions tout à fait significatives. En 1826, 337 naissances vivantes pour 10 000 habitants; en 1831, 381; en 1836, 318; en 1841, 320; en 1846, 316; en 1851, 307; en 1856, 321; en 1861, 322; en 1866, 302. En ajoutant les mort-nés, les proportions à partir de 1836 deviennent : 338, 346, 338, 329, 345, 346, 326. Ainsi ce dernier chiffre est inférieur à celui de tous les recensements précédents, depuis près d'un demi-siècle. Ce fait méritait d'être noté.

Ajoutons incidemment que parmi les enfants légitimes, la proportion des nés vivants est de 71,6 p. 100, alors qu'elle n'est que de 66,5 pour les enfants illégitimes. Ainsi, la proportion des mort-nés est de 5,1 p. 100 plus forte parmi ces derniers.

Si l'on rapproche le chiffre des naissances vivantes de celui des femmes dans l'âge de fécondité, quinze à quarante-cinq ans, on trouve le rapport 10,48 enfants pour 100 femmes. Ce rapport monte à 13,95 pour les femmes mariées, et descend à 6,45 pour les femmes non mariées. Mais il ne faut pas prendre à la lettre ce dernier résultat, car si toutes les femmes mariées sont exposées à la conception, il n'en est pas de même pour les autres. C'est donc là un fait mathématique, mais point du tout un fait médical ni moral.

Lors du recensement de 1866, on a constaté, pour la France entière, la proportion 20,66 naissances pour 100 femmes mariées et 1,85 pour 100 femmes non mariées. Ces différences sont considérables, et il y en a encore une assez marquée si l'on prend les chiffres du département de la Seine en son entier, 14,92 dans le premier cas, 6,32 dans le second. Ce n'est pas là, on doit le comprendre, une question de fécondité; il n'y a pas lieu de songer à une influence climatérique. Quant aux circonstances de la vie parisienne, les seules auxquelles

---

sor), le professeur extraordinaire (*lector*); et le *privaat docent*, titre emprunté à l'Allemagne. Le premier jouit d'un traitement plus élevé et fait seul partie des conseils, mais il ne doit pas exercer et ne peut avoir de clientèle. Les honoraires varient selon l'importance de l'université, je ne crois pas qu'ils dépassent 5 à 6000 francs. Le *lector* touche moins d'appointements fixes, mais il peut pratiquer la médecine. Le *privaat docent* peut exercer aussi, et il lui est permis de se faire payer par les étudiants. Il peut établir une clinique et faire des cours spéciaux. Tous ces professeurs sont nommés par le chef de l'État sur la proposition du ministre de l'intérieur, mais d'habitude sur présentation faite par l'assemblée des professeurs ou par les administrateurs (ou curateurs) de l'Athénée. Les chaires de titulaires sont peu nombreuses; il y en a huit seulement à Leyde, cinq à Utrecht, autant à Groningue. Ces chaires ne portent pas de noms, et les professeurs peuvent enseigner plusieurs matières; il suffit que les parties du programme stipulées par la loi soient représentées dans l'enseignement des Facultés ou de l'Athénée. Inutile d'ajouter qu'elles le sont en réalité. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, le dernier programme de l'Athénée d'Amsterdam que j'ai sous les yeux comprend, pour l'année scolaire 1869-1870, les cours ci-après : Anatomie, anatomie comparée, dissections, par le professeur d'anatomie; maladies de la peau et maladies syphilitiques, clinique médicale, par un professeur de médecine; pathologie générale, diagnostic, clinique médicale, médecine légale et hygiène publique, exercices pratiques au laboratoire de pathologie (?), par un autre professeur de médecine; anatomie pathologique générale et spéciale, exercices pratiques d'anatomie et histologie pathologique, dissections, par un autre professeur de médecine; obstétrique (théorie et pratique), maladies puerpérales et gynécologie, exercices cliniques d'accouchements, par le professeur d'obstétrique; physiologie et histologie avec exercices, par le professeur de physiologie; chirurgie théorique et pratique, par le professeur de chirurgie; opérations chirurgicales, orthopédie, clinique chirurgicale,

on puisse imputer ces résultats, chacun peut les interpréter à sa guise; le champ est large et ouvert à toutes les suppositions.

Les naissances illégitimes à Paris sont dans la proportion : 28,4 p. 100 du chiffre total. Il est assurément permis de croire que la fécondité, ou plutôt l'aptitude à la fécondité, est la même pour les femmes des deux catégories, quel que soit d'ailleurs leur état civil. On pourrait donc, sans trop de hardiesse, tirer des chiffres ci-dessus un enseignement tout au moins démographique, c'est-à-dire déterminer, à peu de chose près, quel est le nombre des femmes non mariées qui s'exposent à la grossesse. Mais pour arriver à ce résultat il convient de revenir aux chiffres totaux de la natalité, abstraction faite de la vitalité ultérieure: C'est là évidemment qu'est le vrai point de vue médical et démographique, surtout si l'on considère qu'un bon nombre des mort-nés sont seulement des décédés avant leur inscription à l'état civil.

Ceci admis, nous trouvons les chiffres suivants : Natalité annuelle moyenne, 59 293; soit 11,33 pour 100 femmes de quinze à quarante-cinq ans. Natalité légitime, 42 238, soit 15 pour 100 femmes mariées de cet âge. Natalité illégitime, 17055; soit 7,07 pour 100 femmes non mariées de cet âge.

Par conséquent, en admettant l'aptitude normale pour les deux catégories, il y a moitié des femmes non mariées qui s'exposent à la grossesse; soit, en chiffres exacts, 47,2 sur 100, ou 113,940 femmes de quinze à quarante-cinq ans. Sur le chiffre total des femmes de cet âge, abstraction faite de l'état civil, la proportion est de 21,8 p. 100. Il y a donc 782 femmes adultes sur 1000 à Paris, qui contribuent à la population et qui s'exposent à toutes les chances de la grossesse et de la parturition, soit 395 365 en moyenne. Le lecteur curieux du côté moral de la question trouvera sans doute utile de connaître la proportion corrélative de population adulte mâle. Elle est de 677 924 hommes de quinze à soixante ans, et de 703 218 si l'on y ajoute la garnison.

Voici maintenant la répartition, par mois et par saison, de cette natalité. La question n'est pas sans importance au point de vue des conditions atmosphériques, dont on connaît l'influence sur les maladies puerpérales, comme aussi au point de vue de la conception. Pour obtenir les faits exacts, il a fallu opérer cette répartition par jour et adopter le mois type de trente journées. Voici le résultat du calcul ainsi établi :

TABLEAU C. — **Natalité par mois**

	Naissances des cinq années.	Moyenne pour le mois de trente jours.	Moyenne réelle par jour.	Naissancss par jour.		Époque approximative de la conception.
				Pour 1000 naissances.	Pour 100000 h.	
1. Février	22,870	4,900	·163	2,97	8,96	Mai.
2. Mars	24.551	4,752	158	2,88	8,63	Juin.
3. Janvier	24,247	4,693	156	2,84	8,52	Avril.
4. Avril . . , . .	22,897	4,579	153	2,79	8,36	Juillet.
5. Mai.	23,398	4,529	151	2,75	8,25	Août.
6. Juillet.	23,110	4,473	149	2,72	8,14	Octobre.
7. Juin.	22,175	4,435	148	2,70	8,68	Septembre.
8. Septembre. . .	22,076	4,416	147	2,68	8,63	Décembre.
9. Août	22,630	4,380	146	2,66	7,97	Novembre.
16. Novembre. . .	21.751	4,350	145	2.04	7,92	Février.
11. Décembre . . .	22,458	4,347	145	2,64	7,92	Mars.
12. Octobre. . . .	22,268	4,316	144	2,62	7,87	Janvier.
Totaux et moyennes..	274,425	4,500	150	2,74	8,20	

Ce tableau ne comprend que les naissances vivantes. La durée de la gestation est trop variable parmi les mort-nés pour qu'il soit possible de les introduire ici.

En l'examinant, on voit qu'il naît en moyenne 150 enfants par jour à Paris, soit 8,20 pour 100 000 habitants. Cette moyenne monte à 163 pour février et descend à 144 en octobre. Pour 1000 naissances annuelles, il y en a 2,74 par jour; en février cette moyenne monte à 2,97; en octobre elle descend à 2,62.

C'est dans le trimestre d'hiver de janvier, février et mars que les accouchements sont en plus grand nombre. Pendant les mois chauds, juin et juillet, la natalité est un peu au-dessous de la moyenne, et plus encore en août, conditions excellentes au point de vue médical.

Au point de vue de la conception, on constate ce fait intéressant, qu'elle est plus fréquente pendant la saison vernale. Elle est, au contraire, diminuée pendant toute la saison d'hiver, de décembre à mars. Il est donc certain que, même dans ce centre de plaisir et de vie factice, l'élévation de la température est plus puissante pour la multiplication de l'espèce que ne peuvent l'être les excitations artificielles auxquelles s'abandonnent pendant l'hiver toutes les classes de la population. L'influence printanière n'est point un mythe; le

---

par un autre professeur de chirurgie; maladies mentales et clinique, par un des professeurs extraordinatres; d'autres cours encore sur les autres branches de l'art, également faits par des *lectoren*, parmi lesquels un d'histoire de la médecine qu'il est bon de signaler, de pareils cours existant déjà ailleurs depuis longtemps, alors que Paris semblait tout étonné d'en voir inaugurer un; un cours d'encyclopédie et *hodegeticammed*, qui paraîtrait non moins surprenant chez nous, des cours d'ophthalmologie, des maladies de l'appareil auditif, du larynx, etc., sans compter les cours relatifs à la pharmacologie. On voit ainsi que chaque professeur fait deux, trois ou quatre cours différents; il y a plus, le même professeur chargé de ces cours les donne alternativement, c'est-à-dire que les lundis, mercredis, vendredis, par exemple, sont consacrés à tel cours, les jeudis et samedis à tel autre.

Les examens sont passés dans l'ordre suivant : Pour la médecine : 1° examens d'anatomie (théorie), de physiologie, de pathologie, de pharmacie et de matière médicale; 2° examen d'anatomie (démonstrations); 3° examen de clinique médicale, de chirurgie (théorie); 4° d'hygiène publique et de médecine légale, et une thèse inaugurale. Pour la chirurgie, une dissertation sur une question de théorie et une opération sur le cadavre. Pour l'obstétrique, un examen suivi d'exercices sur le mannequin et la preuve que l'on a suivi une clinique d'accouchements.

L'Athénée d'Amsterdam, sorte d'école secondaire plus spécialement destinée à former des officiers de santé pour l'armée, reçoit des élèves civils qui suivent les mêmes cours que les élèves militaires. Cet Athénée, subventionné par la commune, est établi provisoirement pour trois ans. Les professeurs non militaires sont nommés au choix par le conseil communal sur la proposition des cinq administrateurs de l'école réunis en conseil, parmi lesquels deux médecins. Ces élèves civils sont peu nombreux, la plupart préférant suivre les cours des Facultés, où ils doivent toujours se présenter s'ils désirent le diplôme. Il est utile de remarquer que les élèves militaires

poëme devient un fait ; *Dorat* et la statistique sont d'accord.

Nous avons vu, en commençant, que l'accroissement annuel de la population parisienne était de 26 428 personnes. La natalité, telle qu'elle vient d'être exposée, donne une différence annuelle de 8054 naissances en plus, sur le chiffre des décès. Le reste de cet accroissement serait donc dû à l'immigration, soit 18 374 personnes, année moyenne. Mais l'émigration des nouveau-nés, envoyés en nourrice à l'extérieur, et dont un si grand nombre ne revient plus, jette naturellement quelque incertitude sur cette dernière déduction.

ARRONDISSEMENTS.	Population.	Quantum pour 10000 habitants.	N° d'ordre comme population.	Moyenne des naissances.	Quantum pour 10,000 naissances.	N° d'ordre comme natalité.
1er	81,065	454	12	1,718	290	17
2e	79,099	444	13	1,845	311	16
3e	92,680	515	9	2,272	383	13
4e	98,648	548	7	3,370	509	5
5e	104,083	578	5	2,861	483	9
0e	99,115	551	0	3,090	523	7
7e	75,438	419	15	1,529	258	19
8e	70,259	390	10	1,534	259	18
9e	106,221	590	4	2,012	339	15
10e	116,438	047	3	5,085	858	1
11e	149,641	832	1	4,020	830	2
12e	78,635	437	14	2,984	503	8
13e	70,192	390	17	2,101	365	14
14e	65.500	362	19	3,458	584	4
15e	60,340	385	18	2,420	408	12
10e	42,187	234	20	904	108	20
17e	03,193	518	8	2,681	444	11
18e	130,456	723	2	3,906	660	3
19e	88,930	404	10	3,158	533	6
20e	87,444	480	11	2,818	475	10
	1,799,980	10,000		59,203	10,000	

Pour compléter cette partie de notre étude, il convient d'examiner la natalité par arrondissements. La comparaison du chiffre des naissances avec celui de la population est ici difficile. Il s'est produit en effet, comme nous le démontrerons tout à l'heure, un mouvement très-marqué dans le domicile ; tout en constatant l'augmentation de la population de Paris en son total, on trouve, par la comparaison des chiffres de 1861 et de 1866, une diminution notable dans les dix premiers arrondissements, avec une plus-value équivalente dans les dix autres. Le détail de ce mouvement sera donné à propos de la mortalité. Mais dans ces conditions, il nous a semblé plus sûr de déterminer le *quantum*, le coefficient, tant pour la population que pour les naissances, et de comparer ces deux données l'une à l'autre.

On voit par ces chiffres que le maximum de population est au XI° arrondissement (Popincourt), et le maximum de natalité au X° (Saint-Laurent). Les deux minima sont au XVI° arrondissement (Passy). Il y a un écart considérable au IX° arrondissement (Opéra), qui est le quatrième comme population et le quinzième comme natalité ; et aussi au XIV° arrondissement (Observatoire), qui est le dix-neuvième comme population et le quatrième comme natalité ; mais dans ce dernier cas il y a la présence des hospices, qui suffit à expliquer en partie ce fait anormal.

Dans les neuf premiers arrondissements, ceux du centre de la ville, il y a en moyenne 20 240 naissances, c'est-à-dire 342 pour 1000 du chiffre total. Dans les onze derniers arrondissements, ceux du pourtour, il y a 39 053 naissances, c'est-à-dire 658 pour 1000 du chiffre total. La population est cependant de 446 pour 1000 dans les neuf premiers arrondissements et de 554 seulement dans les onze derniers. Il y a donc entre ces deux catégories un écart de 108 seulement pour la population et de 317 pour la natalité.

C. Ély.

(La suite à un prochain numéro.)

COURS PUBLICS

Thérapeutique.

Du traitement de la syphilis. — Méthode des traitements successifs. Leçon professée à l'hôpital de Lourcine par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté.

(Suite. — Voyez les numéros 7 et 9.)

Second point. — Le mercure exerce-t-il une *action d'ensemble* sur la syphilis ? Influe-t-il sur la diathèse de façon à la modifier, à l'atténuer comme principe morbifique, à la diluer, si je puis ainsi dire, comme poison, de façon en conséquence à modérer ou à prévenir ses manifestations ultérieures, éloignées ?

Entendons-nous bien, et établissons nettement la question.

---

sont tenus d'assister à des répétitions qui ont lieu dans la soirée dans le but de s'assurer s'ils ont mis à profit leur temps d'études. Les élèves en retard sont astreints à suivre plus assidûment les cours et cliniques, et s'ils persistent à ne pas travailler ils sont exclus de l'école. Les élèves jouissent de certains priviléges, ils reçoivent une subvention, ce qui explique cette sévérité ; celle-ci n'atteint pas les élèves civils, qui, ne travaillant pas, ne font après tout de tort qu'à leur bourse.

L'examen d'État, constitué en Hollande par la loi de 1866, n'est point du tout analogue à celui des divers États allemands, l'Autriche et la Saxe exceptées. Nos lecteurs n'ignorent pas que cet examen d'État en Allemagne est indispensable pour pouvoir se livrer à la pratique de la médecine. Le diplôme n'est qu'un titre académique ne donnant pas le droit d'exercice. Le but de l'examen d'État en Hollande est de former des médecins-chirurgiens-accoucheurs, pharmaciens et sages-femmes, qui ne sont pas astreints à se munir d'un diplôme des universités. Pour être admis à se présenter à cet examen, en ce qui concerne le grade de médecin-chirurgien-accoucheur, il faut remettre un certificat d'études préparatoires faites dans une école communale. Ces études comprennent les langues hollandaise, française et latine, un peu d'algèbre, etc., c'est à peu près notre certificat de grammaire. Le candidat a deux examens à passer, un examen de physique ou de sciences accessoires, un examen de médecine. Ces examens peuvent être passés séparément. L'examen de physique comprend : la physique proprement dite, la chimie, la botanique, l'histoire naturelle minérale et animale, la pharmacie, l'anatomie et la physiologie comparées. L'examen de médecine comprend : l'anatomie pathologique, la matière médicale, l'hygiène publique, la médecine légale, la médecine, la chirurgie, les accouchements, la pharmacologie. Ces examens sont théoriques et pratiques. Avant de passer l'examen de médecine, le candidat doit présenter une déclaration des autorités compétentes attestant qu'il a suivi pendant deux ans les cliniques médicale et chirurgicale d'un hôpital, qu'il a suivi pen-

Un malade syphilitique, actuellement affecté d'accidents divers, est soumis au mercure. Ce mercure agira bien, comme nous l'avons établi précédemment, sur les phénomènes *actuels* de la diathèse; mais fera-t-il autre chose? Exercera-t-il une influence sur la source même de ces accidents, c'est-à-dire *sur la maladie?* Modifiera-t-il le principe du mal? Aura-t-il le pouvoir d'enrayer la diathèse dans son évolution, de prévenir d'autres accidents, de mitiger ceux qui, en dépit de lui, viendraient à se produire, de *sauvegarder l'avenir*, en un mot, après avoir soulagé le présent?

Or, cette influence d'ensemble et d'avenir sur la maladie est ce qu'on a le plus souvent et le plus vivement contesté au mercure. Car bon nombre de médecins, tout en acceptant l'action indéniable de ce remède sur les accidents de la syphilis, lui refusent la faculté d'exercer une modification générale sur la diathèse. « Oui, disent-ils, le mercure atténue et guérit les manifestations de la vérole; mais il n'agit que sur ces manifestations et ne touche pas à la vérole. Il laisse la maladie ce qu'elle est; il *blanchit*, et c'est tout.— Et la preuve, ajoutent-ils, c'est que les phénomènes pour lesquels on a donné le mercure une fois effacés et disparus, d'autres reparaissent. En un mot, il ne guérit pas. C'est un palliatif d'accidents actuels, mais ce n'est que cela; ce n'est pas un antidote, un contre-poison de la vérole ».

Nous croyons, nous, au contraire, que l'action du mercure ne se borne pas aux symptômes, mais s'étend à la maladie. Nous croyons que ce remède, d'une part, guérit les accidents de la vérole, et que, d'autre part, administré d'une façon que j'aurai bientôt à vous indiquer, il exerce sur l'ensemble de la diathèse, sur la maladie tout entière, une influence *générale*, prophylactique, et je dirai volontiers, curative. — Et notre opinion sur ce point si essentiel, si important, n'est pas une simple vue de l'esprit, une appréciation conjecturale; elle repose sur des arguments cliniques et sérieux que je vais vous soumettre.

A priori, je me représente difficilement comment le mercure, exerçant une action incontestée sur les manifestations ou les lésions syphilitiques de *tous* les systèmes vivants, pourrait posséder cette action s'il n'avait prise sur la cause même de ces phénomènes, s'il n'influençait pas la *maladie*. Je conçois bien que l'opium puisse calmer une douleur sans toucher à la cause de cette douleur; que la digitale soulage les affections du cœur sans modifier les lésions des valvules ou des orifices cardiaques. Mais mon intelligence se refuse plus opiniâtrément à comprendre qu'un remède puisse modérer tous les effets d'un poison et poursuivre ce poison dans tous les organes où il lui plaît de se retrancher, puisse guérir même les manifestations successives et disséminées d'une diathèse, sans se trouver nulle part en rapport, en conflit avec ce poison, avec le principe de cette diathèse, avec la cause organique de ces troubles morbides. Toutefois comme, après tout, cela pourrait être sans que je le comprisse, je passe outre, et je cherche ailleurs les éléments d'une conviction.

Or, les éléments de cette conviction, je les trouve dans la clinique même qui me permet de mettre en parallèle ce qu'est, d'une part, la *vérole traitée*, et ce qu'est la *vérole non traitée*, d'autre part. Pour juger, en effet, la question qui nous occupe, pour déterminer si le mercure exerce sur la syphilis une action d'ensemble et d'avenir, rien ne peut être plus probant qu'un semblable parallèle.

Instituons donc cette comparaison.

En premier lieu, qu'observons-nous d'une façon journalière, courante, sur les sujets syphilitiques qui se traitent, j'entends (cela va sans dire) qui se traitent avec rigueur, exactitude et persévérance? Quels accidents présentent-ils? Qu'est la vérole sur eux?

La vérole, sur eux, est en vérité peu de chose, fort peu de chose. Je n'exagère certes pas en affirmant ici, d'après mes notes soigneusement consultées à ce propos, que 95 fois sur 100, *pour le moins*, la syphilis traitée est réellement bénigne. La presque totalité des malades qui se soignent sérieusement traversent la vérole à peu de frais, ne présentant guère qu'un petit nombre d'accidents sans gravité, tels que les suivants : syphilides cutanées, de forme superficielle et sèche (roséole, syphilides papuleuses ou papulo-squameuses), — syphilides muqueuses, se renouvelant parfois à plusieurs reprises parce qu'elles sont provoquées par une excitation locale (exemple les plaques de la bouche chez les fumeurs), mais n'ayant en somme d'autre importance que celle d'aphthes plus ou moins rebelles; — quelques adénopathies; — quelques douleurs passagères (céphalée, arthralgies, etc.); — un éclaircissement temporaire de la chevelure, — et quelques autres manifestations tout aussi légères. Nombre de nos malades sont quittes à ce prix de la vérole, alors même qu'on les observe de longues années après le début de l'infection. Je compterais par milliers, pour ma part, ceux que j'ai vus ainsi relativement épargnés par la diathèse, grâce à un traitement convenablement suivi. Et il n'est pas de médecins qui n'aient en souvenir quantité de cas où leurs malades en ont fini avec la vérole à tout aussi bon marché.

Chez les syphilitiques traités, les accidents sérieux ou graves de la vérole sont chose rare, très-rare. On ne compte certainement pas 5 malades sur 100 qui, en dépit d'un traitement convenable, méthodique et prolongé, soient rudement maltraités par la diathèse.

Et c'est là même — soit dit incidemment — la raison qui rend la vérole que nous voyons *en ville* si différente de celle que nous observons *à l'hôpital*. A l'hôpital, la vérole est affreuse, immonde; ici, les manifestations que nous apportent souvent nos malades à leur entrée dans nos salles sont véri-

---

dant un an la pratique d'un accoucheur et qu'il a fait au moins dix accouchements ordinaires et deux extraordinaires. Les examens des pharmaciens, de leurs aides, ceux des sages-femmes, sont naturellement réduits aux matières nécessaires. Les certificats exigés dans ce mode d'examen rappellent nos anciens usages. L'examen d'État est passé devant un jury composé de professeurs des différents établissements officiels d'instruction médicale, de médecins du pays en activité de pratique et même d'officiers de santé, gradés ou non.

Nous n'avons en réalité à retenir de l'organisation hollandaise, sans nous prononcer sur sa valeur, que la condition imposée aux professeurs titulaires de ne pas pratiquer la médecine, question agitée chez nous par les auteurs de projets de réformes; les répétitions suivies par les élèves de l'École de médecine militaire; la facilité accordée aux *privaat docenten* d'ouvrir des cours et des cliniques rémunérés par les étudiants, enfin la polyclinique (traitement des malades à domicile ou dans des locaux privés), de fait établie en Hollande sans être régie par les lois et règlements de 1815 et 1866. Mais j'ai eu soin de constater au début de cet article que des modifications, impatiemment attendues depuis quelques années, allaient sans doute apporter de notables améliorations et une unité désirable dans la réglementation de l'enseignement médical; nous les signalerons à nos lecteurs dès qu'elles nous seront connues.

A. DUREAU.

FACULTÉ DES SCIENCES. — *Cours de physiologie.* M. le professeur Paul Bert commencera son cours le lundi 18 mars à trois heures et demie, et le continuera les lundis et jeudis suivants.

PRIX. — L'Académie de médecine de Madrid met au concours, pour 1872, la question suivante :

Exposition et appréciation critique des Écoles histologiques française et allemande.

tablement hideuses, révoltantes, et souvent aussi plus ou moins graves. La vérole de ville, celle de la clientèle privée, a une tout autre physionomie. Elle se présente sous un aspect cent fois plus bénin. Jamais, par exemple, vous ne rencontrerez chez une femme du monde cette syphilide muqueuse éléphantiasique que nous voyons si souvent ici couvrir la vulve et les régions périvulvaires d'énormes tumeurs végétantes, excoriées, ulcéreuses et fétides. Réserve faite pour quelques cas exceptionnels, jamais encore vous ne verrez dans votre clientèle la syphilis affecter cette incroyable multiplicité de formes et de phénomènes que vous observez fréquemment à l'hôpital. Et pourquoi ces différences? C'est que les malades de la ville, à la première apparition de leur mal, accourent chez un médecin; c'est qu'ils ont soin de leur personne, c'est qu'intelligents ils comprennent la nécessité de se traiter et *se traitent*, les uns très-bien, les autres d'une façon passable, mais suffisante du moins pour atténuer les manifestations de la diathèse. Tandis qu'au contraire les sujets, hommes ou femmes, qui composent le public des salles d'hôpital, ne se soignent pas, n'arrivent à nos consultations qu'à la dernière extrémité, laissent le mal évoluer sur eux en pleine liberté, et finissent par aboutir à ces formes graves d'accidents qui sont le résultat complexe de la maladie, de la négligence, de la misère, de l'absence absolue d'hygiène et de traitement.

Mais pardon de cette parenthèse. Je reviens à mon sujet.

Je vous ai dit ce qu'est, en général, la vérole traitée. Voyons en second lieu ce qu'est la vérole livrée à son impulsion propre, abandonnée à son évolution naturelle.

C'est alors surtout qu'elle n'est pas traitée, messieurs, que la vérole devient sérieuse et redoutable; qu'elle multiplie ses coups, qu'elle s'épanouit en accidents de tout genre, de tout siége, de toute gravité, qu'elle détermine des lésions menaçantes ou des infirmités incurables, qu'elle peut même aller jusqu'à compromettre l'existence. Ce qu'on la voit produire dans ces tristes conditions, ce sont d'abord, pour la période secondaire, des éruptions cutanées de toute espèce, sèches d'abord, puis humides, suppuratives et ulcéreuses; — des syphilides muqueuses; — des adénopathies multiples, dégénérant parfois en cette variété de bubons que nous avons décrits sous le nom de strumoïdes; — des alopécies qui peuvent dénuder le crâne, et voire même des dépilations générales; — des douleurs aussi variées que possibles (céphalées atroces, névralgies, périostites, myosalgies, arthralgies, etc.); — des iritis, des choroïdites, des rétinites, susceptibles de troubler à jamais ou d'abolir la vision; — des sarcocèles, d'où résulte trop souvent l'atrophie testiculaire; — des désordres nerveux des plus divers; — des paralysies; — des accidents fébriles; — des troubles gastriques, intestinaux, nutritifs etc., ouvrant parfois la voie à de véritables cachexies; — et plus tard, à une période plus avancée, dans le stade dit tertiaire, des syphilides profondes, pustulo-crustacées, ulcéro-tuberculeuses, phagédéniques, etc.; — des gommes suivies d'ulcérations ou de destructions d'organes; — des exostoses, des caries, des nécroses; — des lésions du cerveau ou de la moelle, d'où dérivent des hémiplégies, des paraplégies, des troubles de l'intelligence, etc.; tous phénomènes entraînant à leur suite des infirmités incurables, quand ils ne déterminent pas la mort; — des accidents viscéraux de tout siége et d'un pronostic des plus menaçants; — sans parler encore de l'avortement, de l'accouchement prématuré, et des formes si graves, si souvent mortelles, de la syphilis héréditaire.

Et j'abrége, messieurs, j'abrége ce tableau de la vérole non traitée. Je vous en ai dit assez pour que vous jugiez maintenant. Que pensez-vous de ce parallèle? N'est-il pas écrasant comme contraste, alors surtout qu'on oppose à ces résultats désolants de l'expectation l'allure habituellement bénigne de la vérole traitée? Ce parallèle, hélas, trop souvent nous avons l'occasion de l'établir ici. Trop souvent nous avons à constater, sur de pauvres malades arrivant ici ou ailleurs dans l'état le plus grave, les *conséquences de l'expectation appliquée à la vérole*. Eh bien, je n'exagère rien en vous disant que ces conséquences sont *désastreuses*.

Désastreuses, voilà le seul mot dont je puisse les qualifier. Jugez-en vous-mêmes, au surplus, par les quelques observations suivantes que j'extrais au hasard de mes notes.

Voici d'abord une jeune femme qui prend la syphilis à dix-huit ans. Elle ne se traite pas. A vingt-six ans il lui survient une gomme du voile palatin. Elle ne se traite pas encore. Elle perd alors tout le voile du palais, et vous la voyez aujourd'hui avec une double infirmité pour laquelle elle vient réclamer nos soins, à savoir : nasonnement de la voix, devenue confuse au point d'être presque inintelligible; régurgitation nasale des aliments et des liquides.

Cette autre femme a contracté de son mari la syphilis il y a sept ans. Le mari, voulant cacher sa faute, ne fit pas traiter cette malheureuse, croyant, nous a-t-il dit, que « cela ne serait rien ». Survinrent quelques accidents auxquels on ne prêta pas plus d'attention; puis, il y a quelques mois, début de cette horrible syphilide tuberculo-ulcéreuse, laquelle (je puis le dire à présent que cette malade ne nous écoute plus) laissera à sa suite de profondes cicatrices et défigurera cette femme, jolie, paraît-il, auparavant.

Troisième exemple : Un tout jeune artiste prend la syphilis il y a deux ans. Sur l'avis d'un médecin, il ne se traite pas. Surviennent des accidents multiples, auxquels s'ajoute une hémiplégie évidemment et exclusivement imputable à la syphilis. Il reste infirme, infirme de sa main droite! « Infirme à vingt ans, autant vaudrait la mort », comme me le disait lui-même ce pauvre jeune homme.

Une quatrième malade, que nous avions récemment dans nos salles, contracte une syphilis assez sérieuse il y a trois ans et se traite assidûment par l'homœopathie (c'est-à-dire ne se traite pas). Des syphilides cutanées, des syphilides muqueuses, des douleurs de tout genre, des périostites et d'autres accidents se succèdent; l'homœopathie conserve toujours les préférences de la malade. Finalement, il se produit une irido-choroïdite double et une syphilide gommeuse du voile du palais. Le voile se crève et se détruit entièrement; un des yeux s'atrophie et c'est à peine si l'autre (où l'ophthalmoscope nous a montré des lésions évidemment syphilitiques) a pu être légèrement amélioré par le traitement spécifique intervenu trop tardivement.

Dernier exemple (car je n'en finirais pas si je voulais vous citer tous les cas semblables qu'il m'a été donné d'observer déjà) : Une enfant, la fille d'une très-honorable famille, contracte la syphilis à la suite de cathétérismes de la trompe d'Eustache. On méconnaît son mal tout d'abord; plus tard on en méconnaît la gravité, et le traitement antisyphilitique formulé par un de nos confrères n'est suivi que quelques semaines. Cinq ans plus tard gomme du voile palatin et nécrose des os du nez. Le voile se perfore, le nez s'affaisse et se perd.

Telle est, messieurs, ou telle peut être la vérole non traitée!

Eh bien, le parallèle que nous venons d'établir entre la syphilis traitée et la syphilis livrée à l'expectation, ce parallèle, dis-je, nous fournit une réponse péremptoire, ce me semble, au problème dont nous cherchons la solution. Si telle est en effet l'action du mercure sur la diathèse, qu'il prévienne ou modère la totalité ou la plupart de ses manifestations, qu'il sauvegarde l'avenir en guérissant le présent, il est impossible vraiment de ne pas croire qu'il doive de tels effets à une *influence d'ensemble* sur la maladie. Quoi! le mercure transformerait une diathèse aussi riche d'accidents, et d'accidents parfois les plus graves en une affection réduite à un petit groupe de phénomènes relativement bénins; quoi, le mercure aurait le pouvoir d'atténuer, d'amoindrir, je dirai presque d'éteindre cette diathèse ou de l'enrayer du moins dans son évolution ultérieure; et il faudrait admettre qu'il fait cela, qu'il produit ce résultat sans agir sur la maladie, sans toucher au principe même de cette maladie! « Il ne guérit, dit-on,

que des symptômes.» Mais, à ce compte, il guérirait donc jusqu'à des symptômes latents, puisque administré au début de l'infection, il coupe court parfois à tout phénomène ultérieur. — N'insistons pas, car en vérité le doute n'est guère permis, et terminons cette discussion en disant que, de toute évidence, le mercure n'agit pas seulement sur les accidents de la syphilis; il s'attaque à la cause, au principe même de ces accidents; il exerce en un mot une influence curative *générale* sur la maladie, sur la diathèse.

Ce qui précède, messieurs, contient, si je puis ainsi parler, ma profession de foi. Étudiant la syphilis depuis longtemps, j'ai appris plus qu'un autre *à la redouter*. En conséquence, je m'attache à la combattre. Je suis de ceux qui la traitent, qui s'efforcent de *la traiter*.

J'ai vu de près et souvent les déplorables effets de l'expectation appliquée à cette maladie. Je condamne donc l'expectation; je ne saurais lui infliger de blâme assez sévère. Je le dis avec conviction, un médecin qui, ayant vu de ses yeux des faits tels que ceux dont je vous entretenais il y a un instant, abandonnerait ses malades à l'évolution naturelle de leur maladie, alors qu'il a en main un remède capable de prévenir de si lamentables désastres, ce médecin, à mon sens, encourrait une responsabilité morale des plus graves.

Et comme je ne connais en somme rien qui vaille le mercure (jusqu'à ce jour du moins) pour combattre la syphilis, je suis de ceux qui prescrivent le mercure.

Ce mercure, je le prescris non pas « par routine et par tradition », comme certain de nos adversaires a eu l'amabilité de nous le dire, mais par expérience personnelle et conviction clinique.

Et j'ajoute encore : ce mercure, je ne l'administre pas seulement à mes malades pour les guérir ou les préserver des accidents de la période secondaire, accidents au surplus sans gravité pour la plupart, et dont quelques-uns même pourraient céder à de simples traitements locaux; je l'administre aussi et *surtout en prévision de l'avenir*. Ce n'est ni le présent ni un avenir prochain que je redoute pour un client affecté d'un chancre et d'une syphilide; ce que je crains pour lui, c'est l'*avenir éloigné*, l'avenir de six, dix, quinze, vingt, trente ans et plus. Ce dont je m'efforce de le garantir, ce malade, ce sont ces accidents viscéraux d'une période tardive, ces accidents *à longue portée* que détermine la diathèse, alors qu'elle persiste dans l'organisme, non atténuée, non amoindrie. Le résultat que je cherche en donnant le mercure aujourd'hui pour un symptôme primitif ou secondaire, c'est d'écarter la possibilité lointaine d'une lésion tertiaire ; l'idéal que je poursuis, c'est d'atténuer la diathèse dans le présent pour *sauvegarder l'avenir*.

Nous n'en avons pas encore fini, messieurs, avec les adversaires du mercure. Force m'est de les suivre dans tous leurs arguments, tant j'ai à cœur de ne pas laisser le moindre doute dans vos esprits sur la cause que je soutiens. Poursuivons donc ce débat.

« Vous prescrivez le mercure, nous disent nos opposants ; mais : 1° le mercure ne prévient pas les récidives; — 2° le mercure laisse parfois se produire à sa suite et à échéance plus ou moins longue des accidents divers, voire même des accidents graves; — 3° le mercure enfin n'est pas un spécifique.»

Quelle valeur ont ces diverses objections, qu'on ne manque jamais d'adresser aux médecins qui prescrivent le mercure?

I. Le mercure, dites-vous, ne prévient pas les récidives. Ah! oui sans doute, on observe des récidives (comme vous les appelez) à la suite du traitement mercuriel, et nous ne vous laisserons pas le soin de nous en fournir des exemples, car nos cartons d'observations en sont remplis. Oui, sans doute, tel malade auquel nous donnons aujourd'hui du mercure pour un chancre ou pour une syphilide pourra fort bien, dans deux mois, dans six mois, dans un an, présenter de nouveaux accidents. Cela est vrai. Mais, permettez, prétendons-nous, par cela seul que nous administrons le mercure, étouffer du coup, *juguler* la syphilis de façon qu'elle soit éteinte pour jamais? Nullement. Nous croyons tout au contraire que, si le mercure atténue la syphilis, il n'arrive à cet immense résultat que peu à peu, pas à pas, lentement, progressivement; nous croyons que si l'on parvient à maîtriser la diathèse, ce n'est jamais qu'au prix d'une médication longtemps, très-longtemps poursuivie et grâce à une série de traitements successifs. Nous savons parfaitement qu'un malade syphilitique sera exposé, quoi qu'on puisse faire, à des accidents ultérieurs, accidents que vous appelez récidives et qu'avec plus de raison, je pense, on doit considérer comme des poussées, des décharges successives de la maladie. Mais ce que nous ne savons pas moins, ce que l'expérience nous a appris d'autre part, c'est que chez un sujet en voie de traitement ces décharges ultérieures sont très-atténuées dans leur expression et surtout dans leurs dangers. Ce que nous voyons en effet se reproduire comme symptômes de retour, dans de telles conditions, ce ne sont le plus souvent que des manifestations *relativement bénignes;* ce sont par exemple des éruptions superficielles et sèches, à une époque où la diathèse abandonnée à elle-même devrait se traduire par des éruptions profondes et suppuratives ; ce sont encore et surtout des éruptions partielles, limitées, circonscrites, discrètes ; ce sont quelques syphilides muqueuses isolées ; ce sont en un mot tous phénomènes légers et insignifiants pour la plupart, témoignages non équivoques de *poussées avortées* et attestant par leurs caractères mêmes une atténuation progressive de la diathèse.

Donc, le mercure ne coupe pas court d'emblée à toute manifestation spécifique , il n'éteint pas du coup la syphilis ; il n'empêche pas que les poussées ultérieures qui composent le processus normal de la maladie ne tendent à se produire, mais il atténue progressivement ces poussées comme fréquence de retour et comme intensité ou gravité de phénomènes.

II. Seconde objection : « Le mercure laisse parfois se produire à sa suite, et à échéance variable, des accidents divers, voire même des accidents graves. »

Cela est vrai, cela est incontestablement et malheureusement vrai. Oui, chez quelques malades le traitement mercuriel le plus prolongé, le plus rigoureusement suivi, n'empêche pas des manifestations ultérieures de se produire. Cela, il faut le dire, le reconnaître, pour montrer un *desideratum* de notre thérapeutique, pour ouvrir la voie à de nouveaux efforts, à de nouvelles recherches.

Mais j'ajoute aussitôt : cela est rare, très-rare. Comptons, s'il vous plaît. Ouvrons les recueils d'observations, les livres d'anatomie pathologique, et voyons si ces cas graves, si ces cas mortels de syphilis s'observent souvent chez des malades qui se sont convenablement soignés, ou s'ils ne sont pas plutôt le fait soit de l'expectation pure et simple, soit de traitements incomplets, irréguliers, insuffisants. J'ai fait ce travail, j'ai institué ce dépouillement d'observations pour mon instruction personnelle. Eh bien, je puis vous affirmer que la presque totalité de ces cas regrettables est relative à des sujets dont la maladie a été primitivement méconnue, qui ne sont pas traités, ou qui, s'étant crus guéris après une médication de quelques semaines, de quelques mois, n'ont plus rien fait au delà contre leur mal. Ces cas de vérole grave ou mortelle incombent comme responsabilité, sinon tous, du moins pour l'énorme majorité, soit à la méthode expectante, soit à des traitements incomplets.

Mais seraient-ils moins rares, moins exceptionnels qu'ils ne le sont à la suite de traitements mercuriels convenables, que prouverait encore cela ? Que le mercure, efficace et préservateur le plus souvent, se heurte parfois à certains cas rebelles ; qu'il n'est ni tout-puissant, ni infaillible. Or, avons-nous jamais tenu pour l'infaillibilité du mercure? — Mais réservons ce point, car il constitue la troisième objection de nos adversaires qu'il nous reste à discuter.

III. « Le mercure n'est pas un *spécifique.* » Spécifique est un de ces mots vagues et à double entente que chacun interprète à sa guise. Si l'on veut réserver la dénomination de spécifique à tout remède exerçant sur une maladie ou sur un symptôme donné une action propre, particulière, occulte et bienfaisante, oui, le mercure est un remède spécifique. Mais tel n'est pas habituellement le sens qu'on attribue à ce terme quand on reproche au mercure de ne pas être un spécifique contre la vérole. Spécifique, dans les débats qui se sont élevés sur le point qui nous occupe, est devenu, par une appropriation détournée, synonyme d'infaillible; et, dans le langage de nos adversaires, la non-spécificité du mercure équivaut à sa non-infaillibilité. — Soit. Acceptons la discussion sur ce terrain et dans ces termes.

Je répète que nous ne considérons pas le mercure comme infaillible, que nous ne le donnons pas comme un remède qui guérisse la vérole à coup sûr et dans tous les cas. Loin de là! Nous insistons, au contraire, énergiquement pour dire que le mercure a ses défaillances, qu'il lui arrive parfois de ne pas produire ce qu'il produit le plus habituellement, qu'il connaît certains cas rebelles. Ce qu'en effet nous redoutons le plus pour lui, c'est l'enthousiasme irréfléchi, l'optimisme exagéré de quelques-uns de ses partisans, qui l'exaltent comme une panacée merveilleuse, comme un incomparable remède, comme l'antidote radical et l'ennemi *invaincu* de la vérole. La vérité vraie est toujours préférable à de tels panégyriques, et cette vérité, je le répète encore, la voici : c'est que le mercure exerce sur la plupart, sur la presque généralité des sujets syphilitiques, une influence curative manifeste; c'est aussi que cette influence fait défaut en quelques cas ou reste insuffisante. Incontestablement, il est certains malades sur lesquels le mercure semble n'avoir pas prise, sur lesquels, en dépit de la médication mercurielle la plus sagement instituée et la plus religieusement suivie, des accidents nouveaux se répètent indéfiniment, chez lesquels en un mot la diathèse persiste envers et contre tous nos efforts, multipliant et disséminant ses manifestations, poursuivant son évolution comme si elle était astreinte à une marche fatale, passant du stade secondaire au stade tertiaire, menaçant même la vie par des localisations viscérales aux conséquences les plus graves. Mais ces cas sont rares, exceptionnels. — Telle est notre pensée, tel est le résumé de notre expérience sur les véritables vertus du mercure et sur le degré de confiance que nous pouvons légitiment lui accorder.

Cela posé, les cas de vérole rebelle au mercure seraient-ils plus nombreux qu'ils ne sont, seraient-ils même fréquents au lieu d'être rares, trouverions-nous là une raison suffisante pour condamner ce remède et le bannir de la thérapeutique? Quoi! Parce qu'un médicament compterait des échecs, parce qu'il n'aurait qu'une puissance réelle comme 10 au lieu d'avoir une action idéale comme 20, il faudrait renoncer à lui, le proscrire, et ne pas bénéficier des résultats heureux qu'il peut produire! Mais à ce compte quel remède trouverait grâce devant de telles exigences? Est-ce que le sulfate de quinine guérit toutes les fièvres palustres? Est-ce que le copahu tarit toutes les chaudepisses? Est-ce que l'opium soulage toutes les douleurs, toujours et quand même? Est-ce qu'il est un seul remède absolument parfait? N'empêche que le sulfate de quinine, le copahu, l'opium, ne soient d'admirables agents dont nous faisons un très-utile usage, dont tout le monde se sert et s'applaudit.

Eh bien, le mercure fait ni plus ni moins, ni mieux ni pis. Au lieu de l'attaquer, de le rejeter parce qu'il ne guérit pas toujours et à coup sûr, prenons le pour ce qu'il est, profitons de ce qu'il vaut, bénéficions de l'influence qu'il peut exercer sur la vérole, quelle qu'en soit d'ailleurs la mesure.

Voilà ce que dit le simple bon sens, et nous ne disons pas autre chose.

Enfin, messieurs, un dernier mot pour terminer ce long exposé. — Je comprendrais que nous fissions les difficiles et que nous eussions quelque raison à tenir rigueur au mercure, si nous avions par devers nous nombre d'autres agents à mettre en œuvre d'une façon efficace dans le traitement de la syphilis secondaire ou de la syphilis en général. Mais c'est que bien malheureusement telle n'est pas notre situation. Comme remède produisant ce que produit le mercure, nous n'avons que lui; et après lui, rien. L'iodure de potassium lui-même ne saurait lui servir de sucédané à cette période. De sorte que tout compte fait nous ne sommes guère gênés par l'embarras du choix. Excellente raison à ajouter à toutes les précédentes pour légitimer, s'il en était besoin, l'emploi du mercure.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 4 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Eucalyptus globulus. — M. *F. Barrot* communique à l'Académie les résultats des observations qu'il a effectuées sur la végétation de l'*Eucalyptus globulus*. L'*Eucalyptus globulus* offre l'exemple d'une végétation tellement rapide, que M. F. Barrot croit devoir signaler de nouveau, et avec quelque insistance, les grands avantages que l'Afrique française peut en espérer pour son reboisement.

Ligature de la carotide. — M. *Cauvy* adresse l'observation d'un fait d'anévrysme traumatique de l'artère carotide externe gauche, avec complication d'abcès superficiel de la région parotidienne, guéri par la ligature de la carotide primitive du même côté. (Renvoi à la Section de médecine et de chirurgie.)

Phthisie. — M. *Erb* adresse une note relative à un remède contre la phthisie. (Renvoi à la Section de médecine et de chirurgie.)

Académie des sciences de Belgique. — M. *le Secrétaire perpétuel de l'Académie royale des Sciences, des Lettres et des Beaux-Arts de Belgique* annonce à l'Académie que cette compagnie, érigée à Bruxelles sous le titre de : « Académie impériale des Sciences et Belles-Lettres », et instituée en 1772 par lettres patentes de Marie-Thérèse, se propose de célébrer, cette année, le centième anniversaire de sa fondation. Elle invite l'Académie des sciences à vouloir bien se faire représenter par l'un de ses membres à cette solennité, qui est fixée aux 28 et 29 mai prochain. La lettre sera transmise à la Commission administrative.

Dosage de l'azote dans les matières organiques. — M. *L. Kessler* adresse, de Clermont-Ferrand, une note sur ce sujet. L'auteur signale les erreurs considérables auxquelles on est souvent exposé dans le procédé qui consiste à traiter les matières organiques par la chaux sodée, et à doser l'azote à l'état d'ammoniaque. Il a été conduit à chercher à faciliter la manipulation des procédés dans lesquels l'azote est dégagé et mesuré à l'état de liberté, et il a choisi de préférence le procédé de M. Dumas, par l'oxyde de cuivre; seulement, au lieu de recueillir les gaz sur le mercure, il fait usage d'une poche de caoutchouc, disposée entre le tube à combustion et un tube de verre gradué qui doit servir d'éprouvette. Cette poche, formée de deux disques de caoutchouc souple, désulfuré, soudés par leurs bords, reçoit avant l'expérience quelques grammes d'une solution de soude caustique, destinée à absorber l'acide carbonique; elle n'est adaptée au tube à combustion qu'après qu'on a pu constater, par des essais successifs au moyen de petites pochettes analogues, que l'air a été balayé de l'appareil par le courant d'acide carbonique, comme dans la méthode ordinaire. Pendant l'opération, tout l'appareil d'absorption reste plongé sous l'eau, afin d'avoir une garantie contre les fuites ou les phénomènes d'endosmose; et quand la combustion est com-

plète il suffit d'agiter jusqu'à ce que le gaz, refoulé progressivement dans le tube gradué, ne diminue plus de volume. Enfin la mesure du volume se fait en ouvrant la poche sous l'eau, pour laisser écouler la solution de soude, et effectuant la lecture sur le tube gradué, avec les corrections ordinaires.

Fermentation du vin. — M. *E. Robert* adresse une note relative au fait, fréquemment observé, de la fermentation du vin en futailles à l'époque de la floraison de la vigne. Il fait remarquer que l'acétification du vin à cette époque, acétification qui porte surtout sur les pièces en vidange, doit sans doute être expliquée par l'abondance des germes du *Mycoderma vini* dans l'atmosphère, au printemps et en été. Les expériences de M. Pasteur permettraient ainsi d'expliquer, par une coïncidence ordinairement réalisée, une particularité restée jusqu'ici assez mystérieuse.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1870 et 1871, dans les départements de la Somme et du Gard. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Privat* sur le service médical des eaux minérales de Lamalou-l'Ancien (Hérault). (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Une note de M. le docteur *Riembault* sur l'encombrement charbonneux des poumons chez les ouvriers occupés dans les mines de houille, (*Comm.* : MM. Hérard, Fauvel et Bélier.)

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du tome XXVII (3e série) du Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le professeur *Baillet* (d'Alfort), qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. — *b*. Une note de M. *Mayet*, pharmacien, sur le laudanum de Sydenham. (*Comm.* : MM. Gubler, Mialhe et Boudet.) — *c*. Une note de M. le docteur *Pinel* sur un nouveau signe de la mort réelle. — *d*. Un pli cacheté sur le même sujet. (*Commission du prix d'Ourches.*)

M. *Larrey* présente une brochure intitulée : L'Ambulance militaire de la rue Violet ; Contribution a l'histoire médico-chirurgicale du siége de Paris, par M. le docteur *Ch. Girard*.

M. *Devilliers* dépose sur le bureau un rapport sur une épidémie de variole sévissant à Avignon depuis le mois de septembre 1870, par M. le docteur *Villars*.

Legs Falret. — M. le *Secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Jules Falret* accompagnant l'envoi de l'acte d'acceptation du legs de 10 000 francs fait à l'Académie de médecine par feu M. Falret père, pour la fondation d'un prix biennal sur les maladies mentales et nerveuses.

Société de tempérance. — M. le *Président* annonce que, en présence des ravages croissants produits par l'alcoolisme, un certain nombre de médecins se sont réunis pour fonder une association contre l'abus des boissons alcooliques, et que la commission d'organisation serait heureuse d'obtenir le concours et l'appui de l'Académie.

Séance publique annuelle. — M. le *Président* annonce ensuite que la séance publique annuelle, retardée par les événements de l'année dernière, aura lieu, mardi prochain, à l'heure habituelle. En raison des circonstances, cette séance ne se fera pas avec la solennité accoutumée. Elle se bornera au rapport général et à la proclamation des prix et des récompenses.

Action combinée de la morphine et du chloroforme. — Sur la demande de M. le docteur *Guibert* (de Saint-Brieuc), M. le secrétaire annuel donne lecture d'une note renfermée dans un pli cacheté, déposé à l'Académie le 21 juin 1870. Cette note a pour but d'établir les titres de M. Guibert « à la découverte de l'anesthésie sans sommeil, avec conservation de l'intelligence, des sens et du mouvement volontaire ». L'auteur a obtenu ce résultat au moyen d'injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine (un centigramme), suivies d'inhalations de chloroforme à faibles doses. M. Guibert a employé ce procédé avec succès dans deux cas d'accouchement (le 7 février et le 1er juin 1870) et dans un accès de colique saturnine (le 10 juin 1870).

A tout prendre, il y a dans le travail de M. le docteur Guibert deux choses importantes, une réclamation de priorité et des observations cliniques. La réclamation de priorité nous paraît peu fondée, du moins physiologiquement parlant. L'honneur de la découverte de l'anesthésie par l'action combinée de la morphine et du chloroforme revient incontestablement à Claude Bernard. Quant à l'idée de ses applications sur l'homme malade, à qui faut-il en attribuer le mérite ? Est-ce à Nüssbaum ? Est-ce à M. Guibert? Est-ce à MM. Rigault et Sarrazin? Est-ce enfin à MM. L. Labbé et Goujon ? Ceci est affaire de chronologie... et aussi l'affaire du *Premier-Paris* (voy. plus haut).

Si les titres de M. Guibert à la découverte du nouveau procédé anesthésique peuvent être contestés, il ne lui en reste pas moins le mérite d'avoir élargi le champ de ses applications, et d'avoir démontré, par des faits cliniques, les bons effets de l'association de la morphine et du chloroforme contre les douleurs de l'accouchement et les souffrances de la colique saturnine. M. Guibert pense, avec raison, qu'on pourrait obtenir les mêmes résultats avantageux dans le traitement des coliques hépatique et néphrétique.

Tannate de quinine. — Encore un peu, et les querelles soulevées par le tannate de quinine feront pâlir les fameuses disputes d'autrefois à propos de l'antimoine.

Les médecins militaires semblent vouloir prendre parti pour ce médicament. Dans la dernière séance, c'était M. le professeur Colin (du Val-de-Grâce), qui témoignait en sa faveur. Aujourd'hui, c'est M. le docteur *Sistach*, qui adresse de Bône (Algérie) une lettre dont voici la conclusion : « Le tannate de quinine est, à doses égales, beaucoup moins actif que le sulfate ; mais, à doses plus élevées, il jouit de la même efficacité thérapeutique, et présente même certains avantages qui doivent le faire préférer chez les sujets nerveux. »

Tous ces beaux témoignages n'ont pas le don de convaincre M. *Briquet*, ni de triompher de sa résistance. Il monte à la tribune; il revient à la charge; il adresse tour à tour la réplique à ses contradicteurs du dedans et à ses contradicteurs du dehors; il a réponse à tous les arguments, à ceux de M. Regnauld et de M. Vulpian, de M. Lambron, de M. Colin et de M. Sistach.

Il insiste à nouveau sur la faible solubilité du tannate de quinine dans l'eau. Il montre des flacons remplis d'un liquide trouble, lactescent; ce sont des mélanges d'eau distillée et de tannate de quinine, au millième. L'expérience dure depuis quinze jours, et le tannate n'est pas encore dissous ! Et pourtant, c'est du tannate de quinine de premier choix, irréprochable, pris à la pharmacie Boudet et à la pharmacie Pelletier, et non point chez des droguistes comme celui de M. Vulpian. Les tannates employés par M. Briquet sont des tannates d'ancienne date, parfaitement secs; tandis que ceux de M. Vulpian étaient des tannates récents, tout imprégnés encore des liquides qui avaient servi à leur préparation, ce qui suffit à expliquer leur solubilité dans 950 parties d'eau !

En ce qui concerne les affirmations de M. Lambron, M. Briquet ne saurait les admettre sans discussion. M. Lambron parle de souvenirs éloignés et invoque des faits qui remontent à une vingtaine d'années. Cet honorable médecin a-t-il apporté dans ses observations toute la rigueur, toute la sévérité que réclament les expériences cliniques? Il y a des fièvres intermittentes qui guérissent avec les plus faibles doses de quinine ; il y en a même qui disparaissent spontanément. N'y avait-il pas bon nombre de fièvres de cette catégorie parmi celles que M. Lambron a guéries si facilement avec le tannate de quinine?

Quant aux recherches du docteur Kerner, sur la rapidité comparative d'absorption des divers sels de quinine, que M. le professeur Colin (du Val-de-grâce) a signalées dans la dernière séance, on se serait bien gardé de les présenter comme une nouveauté si on avait lu le Traité du quinquina par M. Briquet. On aurait vu dans ce livre que ces expériences ont été faites bien des années avant celles du médecin allemand, et

qu'en ceci, comme en bien d'autres choses, les sujets de l'empereur Guillaume ne se font aucun scrupule de s'approprier notre bien.

M. Briquet répète, en terminant, que le tannate de quinine est un agent très-irrégulier, un médicament très-infidèle, un pauvre fébrifuge, très-inférieur au sulfate de quinine.

M. *Boudet* confirme l'opinion de M. Briquet; néanmoins il espère que le tannate de quinine, grâce aux recherches entreprises par M. Regnauld pour en fixer la préparation, pourra bientôt prendre rang parmi les produits cristallisés, d'une composition précise et bien définie.

Corps fibreux de l'utérus. — M. le docteur *Guéniot* lit un intéressant travail sur la guérison, par résorption, des corps fibreux de l'utérus. Ce mode de terminaison est fort rare, à la vérité, mais il est incontestable. Aux faits observés par Cazeaux, Depaul, Simpson, Scanzoni et Courty, M. Guéniot ajoute un nouveau cas tiré de sa pratique et qui lui a permis d'étudier le procédé jusqu'alors inconnu qu'emploie la nature, — *vis medicatrix naturæ*, — pour éliminer de l'organisme ces sortes de tumeurs. Suivant M. Guéniot, la résorption spontanée des fibroïdes de l'utérus s'opérerait par la même cause et le même mécanisme que certaines atrophies des glandes et des muscles; elle serait due à une infiltration, à une dégénérescence graisseuse préalable. D'où il conclut que pour amener la destruction artificielle des myomes utérins, il faut provoquer, au moyen d'une médication appropriée, la régression adipeuse de ces productions pathologiques; et il est ainsi conduit à proposer l'usage des agents stéatogènes, l'arsenic, le phosphore et le plomb. Cette induction thérapeutique, basée sur l'expérience de Claude Bernard, qui consiste à déterminer la résorption du pancréas par des injections d'huile, sera-t-elle ratifiée par l'expérience? Les substances stéatogènes ingérées dans l'estomac exerceront-elles leur action sur le tissu pathologique plutôt que sur le foie, le cerveau ou les muscles? Les présomptions de M. Guéniot auraient certainement bien plus de chances de se réaliser, s'il était possible d'injecter directement un liquide gras dans la tumeur utérine.

Eaux minérales. — M. *Mialhe*, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports tendant, l'un à accorder l'autorisation d'exploiter, pour l'usage médical, l'eau de la Fresnellerie (Sarthe), l'autre à refuser cette autorisation pour la source d'Euzet (Gard).

Ces conclusions sont adoptées.

Philosophie médicale. — M. le docteur *Édouard Fournié* lit un travail dans lequel il expose une nouvelle interprétation des phénomènes de la vie. C'est une réfutation des doctrines de Bichat, extraite d'un Traité de physiologie du système nerveux, qui doit être publié prochainement. A. Linas.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

SUR LES EXOSTOSES DES SINUS DE LA FACE. — RÉSORPTION DE LA PARTIE ALVÉOLAIRE DES MAXILLAIRES SUPÉRIEURS. — PLAIES PÉNÉTRANTES DE L'ARTICULATION DU GENOU. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS. — ÉLECTIONS.

— M. *Dolbeau*. En 1864, alors que je remplaçais Jobert (de Lamballe) à l'Hôtel-Dieu, j'eus l'occasion d'exécuter une opération hardie pour l'époque. J'avais diagnostiqué une exostose du sinus frontal; des recherches d'anatomie pathologique m'avaient démontré qu'il était possible d'énucléer de semblables tumeurs; le succès vint confirmer mes appréciations. Tout le monde fut surpris de la simplicité avec laquelle la tumeur fut enlevée. Ce fait eut quelque retentissement. L'année suivante, M. Pamard fils m'adressait une observation curieuse et qu'il me chargeait de présenter à la Société de chirurgie; vous m'avez confié le soin de faire un rapport sur cette observation; c'est de cette mission que je viens m'acquitter aujourd'hui.

Une femme de quarante-quatre ans, bien portante, vient consulter M. Pamard pour une tumeur datant de cinq ans, occupant la fosse nasale droite et la narine correspondante. Le produit pathologique avait refoulé, sans les altérer en apparence, les différentes pièces osseuses qui délimitent les fosses nasales. La narine, très-distendue, permettait de voir et même de toucher le prolongement antérieur de la tumeur. Cette tumeur était d'une dureté excessive, comme pierreuse. M. Pamard diagnostiqua une exostose occupant la fosse nasale et entreprit de délivrer sa cliente d'un mal qui progressait d'une manière inquiétante. Après avoir mis à nu l'orifice antérieur de la fosse nasale droite, au moyen d'une incision presque médiane qui intéressait les parties molles depuis la racine du nez jusques et y compris le bord libre de la lèvre supérieure, le chirurgien put confirmer son diagnostic et saisir la partie découverte de l'exostose; elle était d'une dureté telle qu'un ciseau pouvait à peine l'entamer. M. Pamard imprima à la masse quelques mouvements, mais il put se convaincre qu'il ne pourrait l'extraire sans agrandir l'orifice externe de la fosse nasale, car la partie développée à l'intérieur était plus volumineuse que l'orifice lui-même. Une section médiane intermaxillaire, intéressant la voûte palatine, permit d'écarter latéralement l'orifice antérieur de la fosse nasale, et la tumeur, saisie par une forte pince fut dégagée par un mouvement combiné de traction et de basculo. La malade guérit, ne conservant qu'une légère difformité. La tumeur enlevée pesait 105 grammes, son diamètre antéro-postérieur mesurait 70 millimètres; le diamètre vertical, 57 millimètres, et le diamètre transverse, 40 millimètres.

La tumeur enlevée par M. Pamard était dure comme de l'ivoire; l'examen microscopique a démontré qu'elle se composait exclusivement de tissu osseux. Cette production était enveloppée totalement par une membrane épaisse, d'apparence muqueuse, et supportant deux petits polypes. Soulevant la question de la nature de la maladie, M. Pamard s'exprime ainsi : « Est-ce une exostose; et pourquoi cette membrane d'enveloppe? Où était le point d'implantation, où se trouve le pédicule? » Essayons d'abord la solution du problème qui nous est posé par M. Pamard fils. Ce chirurgien dit : « La fosse nasale était transformée en une vaste et profonde cavité; les parois avaient été refoulées vers les cavités voisines. En promenant le doigt sur les os, on les trouvait *partout* recouverts par la muqueuse; malgré tous les soins que je mis à ma recherche, je ne pus trouver une surface osseuse à nu qui pût m'indiquer le point d'implantation de la tumeur que je supposais être une exostose. » Plus loin, il ajoute : « La tumeur n'est pas une dépendance de la paroi osseuse des fosses nasales, elle est enclavée dans leur cavité; on peut lui imprimer des mouvements qui ne sont bornés que par les rapports du contenant et du contenu; enfin, dès qu'on lui a ouvert les voies, on peut l'extraire sans effort. » Il me semble légitime d'admettre : 1° que la tumeur était libre d'adhérence avec les parois osseuses; 2° qu'elle était retenue par la disproportion entre certaines de ses parties et les orifices au travers desquels on avait essayé de l'engager tout d'abord.

Avant de rechercher l'origine de cette production osseuse, je désire insister sur le défaut d'adhésion entre la tumeur et les parois osseuses. Est-ce là un fait anormal? pas le moins du monde. Laissant de côté les observations anciennes, je ne vous parlerai que de deux faits qui me paraissent suffisants pour trancher la question pendante. Lenoir a extirpé en 1856 une double exostose, l'une naso-orbitaire, l'autre nasale; je ne m'occuperai que de cette dernière. Je fis un rapport sur les pièces de Lenoir, lorsqu'elles furent présentées à la Société anatomique, par M. Paul. Voici ce que dit l'observation : « Quant à la tumeur inférieure (celle qui occupait la fosse nasale), en raison de sa mobilité, elle se détacha avec la plus grande facilité. » Il est bon d'ajouter que Lenoir avait agrandi la voie en retranchant l'os propre du nez. Lors de sa présentation à la Société de chirurgie, Lenoir dit : « Une tumeur

dure, blanche, un peu mobile, offrant tous les caractères de l'exostose éburnée. » La tumeur de Lenoir était donc mobile, comme celle de M. Pamard. C'est donc à tort que M. Richet (*Gaz. des hôp.*, 1871, n° 68) dit, en parlant du fait de M. Lenoir : « Quant à l'exostose nasale, elle fut arrachée avec facilité du cornet inférieur auquel elle adhérait. »

Je vous parlerai maintenant de l'observation de M. Legouest (*Mémoires acad. méd.*, 1865-1866, p. 147). Après avoir décrit les différents temps de son opération, ce chirurgien s'exprime ainsi : « Portant les doigts dans la vaste cavité que j'avais sous les yeux, j'en retirai plusieurs séquestres et j'enlevai de la partie supérieure de la fosse nasale un polype vésiculeux gros comme une noisette. La cavité nasale était tapissée par une membrane épaisse et fongueuse ; la cloison était repoussée à droite ; le plancher, intact comme elle, était déprimé vers la bouche ; sur les parois externe et supérieure, les cornets étaient déformés au point d'être méconnaissables. Je ne pus trouver le lieu d'implantation de l'exostose. » Cependant notre collègue termine son observation par une déclaration inattendue : « ... D'après le récit du malade et l'examen de la tumeur, nous sommes porté à croire que celle-ci s'implantait sur le *plancher de la fosse nasale*. » Dans le travail de M. Richet, celui dont j'ai parlé plus haut, nous trouvons la déclaration suivante : « J'ai examiné avec soin la pièce de M. Legouest, il en est résulté pour moi cette conviction, que les rugosités qui existent sur la *face supérieure* de cette production osseuse ne sont point le résultat d'une maladie, mais sont les traces de la séparation opérée par les efforts du chirurgien, au point de jonction de l'exostose avec le squelette. Je ne vois là aucun indice d'inflammation ; j'y reconnais au contraire la preuve d'une brisure récente. » Entre des affirmations aussi contradictoires, je n'ose intervenir ; j'aime mieux m'en tenir à l'observation.

Dans la thèse de M. Olivier (1869), on trouve, page 18, la relation d'un fait d'exostose celluleuse de la fosse nasale. Une fois la voie largement ouverte, M. Richet put enlever très-facilement mais par fragments, la production pathologique. On lit textuellement, dans cette observation : « Immédiatement introduit dans la vaste caverne occupée par la tumeur, le doigt a trouvé partout une membrane lisse, sans rugosités osseuses qui pussent indiquer le point d'implantation de la tumeur. » Dans son travail, lu à l'Académie, M. Richet n'a pas confirmé l'assertion de son interne ; voici en effet comment il s'exprime : « L'écoulement de sang était tellement abondant, que je fus obligé de hâter la fin de l'opération sans me donner le loisir de rechercher le point d'implantation. » Et cependant M. Richet dit un peu plus loin : « Ni Michon, ni MM. Legouest et Pamard, ni moi-même (M. Richet), nous n'avons pu constater si oui ou non l'exostose adhérait au squelette ; qu'elle en était indépendante, personne n'oserait le soutenir. » Je n'hésite pas, quant à moi, à admettre que toutes les exostoses en question étaient libres, puisque telles on les a trouvées, et que toutes les adhérences secondaires qu'on pourrait supposer étaient insignifiantes au point de vue chirurgical. Dans tous ces cas, en effet, aussitôt que la voie de sortie a été suffisamment ouverte, il a suffi d'une manœuvre simple pour extraire l'exostose. M. Richet invoque mes illusions lorsque je déclare que l'exostose enlevée par moi n'adhérait point au squelette ; ce sont ces mêmes illusions qui m'ont fait voir sur les pièces de Roux et de Jobert, déposées dans nos musées, que les exostoses sont libres dans la cavité qui les contient. Quant à la théorie du dessèchement des adhérences cartilagineuses de ces exostoses, que M. Richet a proposée pour expliquer leur mobilité posthume, elle attend encore sa démonstration.

Un fait récent d'exostose nasale éburnée a été publié dans le Bulletin de l'Académie. Si M. Richet admet que ce dernier fait est différent de ceux dont j'ai déjà parlé, et tel semble être son avis, il faut qu'il nous concède que toutes nos exostoses procédaient de la fibro-muqueuse et que seule la sienne adhérait au squelette.

Répondant à la question posée par M. Pamard, je dirai donc que l'exostose enlevée par lui n'adhérait pas au squelette des os de la face, ainsi que du reste il l'a constaté ; mais que, loin de m'étonner de cette circonstance, je suis en mesure de l'expliquer par quelques détails relatifs au siége primitif de ces productions osseuses.

M. Verneuil le premier a constaté la présence de très-petits ostéomes développés dans l'épaisseur de la membrane muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire.

Dans la communication qu'il fit à la Société de biologie, en 1851, on remarque cette phrase : « Des concrétions osseuses prenant naissance dans l'épaisseur d'une muqueuse constituent une exception pathologique intéressante. » Elles étaient séparées de l'os par le tissu fibreux qui double la muqueuse. Ce sont d'une part M. Giraldès et d'autre part les auteurs du compendium de chirurgie qui ont émis cette idée, que les exostoses des sinus ont probablement pour origine ces concrétions découvertes par M. Verneuil. J'ai moi-même adopté cette manière de voir. De plus, j'ai pensé qu'il y aurait utilité, au point de vue chirurgical, à étudier comme faisant partie d'un seul et même groupe pathologique toutes les exostoses qui se développent, soit dans les fosses nasales, soit dans les différents sinus annexés. Cette synthèse m'a conduit à formuler certaines règles qui ont été utilisées depuis par plusieurs chirurgiens.

Les petites perles osseuses dont nous avons parlé ont généralement le volume d'une tête d'épingle ; mais par suite de leur développement progressif, elles dilatent la cavité qui les contient. Les ostéomes de la muqueuse des fosses nasales ne font point exception ; ils refoulent les tissus environnants ; la muqueuse au sein de laquelle ils ont pris naissance s'ulcère et se détruit ; les os s'usent et se perforent. Le plus souvent, quand les ostéomes ont été enlevés, on trouve la cavité qui les contenait recouverte par une muqueuse lisse et tuméfiée, c'est la règle. Parfois le chirurgien a rencontré une surface rugueuse, creusée dans un point de la paroi osseuse ; cela ne prouve point que dans ces cas la tumeur procédait originellement des os. Car en même temps que l'ostéome use et perfore les os qui le séparent de l'extérieur, il peut éroder et rendre rugueuse la paroi profonde de la cavité. Les choses se sont passées de la sorte dans une opération pratiquée par Lucas, et Duncan ne trouve sur la pièce aucune trace de la fracture d'un pédicule. On a trouvé sur certaines tumeurs des rugosités qu'on a cru devoir expliquer par la fracture d'un pédicule d'implantation. Pourquoi ne pas admettre que ces rugosités sont dues aux altérations que subissent à la longue certaines de ces tumeurs, au milieu d'une suppuration des plus fétides ? Quelques malades ont dû leur guérison à cette inflammation qu'on pourrait appeler éliminatrice.

L'anatomie a montré que dans la partie profonde de la muqueuse des fosses nasales et des sinus, il existe des éléments anatomiques qui rendent compte de la tendance à l'ossification. Dans une note que m'a remise M. Sappey, ce professeur s'exprime ainsi : « Lorsqu'à l'aide des réactifs on a fait disparaître les fibres lamineuses, le périoste des fosses nasales n'est plus représenté que par le réseau des cellules étoilées et le réseau des capillaires sanguins. Si alors on le compare à une lamelle osseuse privée de sa matière terreuse, on reste frappé de l'analogie qu'il présente avec cette dernière ; l'analogie est telle que le périoste pourrait être considéré comme une lamelle osseuse dépouillée de ses principes inorganiques. Ainsi constitué, le périoste offre évidemment une grande aptitude à s'imprégner de sels calcaires. »

Il y a lieu de penser que tous les points de la muqueuse de Schneider peuvent devenir le siége de ces ossifications pathologiques. La mobilité de plusieurs de ces tumeurs ou leur ébranlement très-facile pendant l'opération, peuvent nous suggérer l'idée que dans certains cas les exostoses se développent dans la muqueuse qui entoure le cornet inférieur. Lenoir croyait que la tumeur enlevée par lui s'était déve-

loppée aux dépens du cornet inférieur. D'après mes recherches, la muqueuse des cellules ethmoïdales est souvent le siége des ostéomes qui, dans ces cas, se dirigent ordinairement vers l'orbite. Des exostoses des sinus, au lieu de suivre leur migration vers l'extérieur peuvent, en se développant, se diriger du côté des fosses nasales. Je dirai, en passant, que les ostéomes des cellules ethmoïdales, ceux des sinus frontaux et sphénoïdaux, peuvent perforer les os et constituer des tumeurs libres dans la cavité crânienne; ce sont les pierres du cerveau.

L'ablation des ostéomes des fosses nasales est ordinairement chose assez simple; dans tous les cas, le résultat des manœuvres un peu hésitantes a été de faciliter la préhension de la tumeur qu'on voulait ébranler; mais si, aux difficultés relatives à l'accès de la tumeur, se fussent jointes celles de l'adhérence aux os de la face, peut-être n'aurait-on pas, dans tous les cas, pu terminer l'opération. Dans mon mémoire de 1866, j'ai formulé la proposition suivante : « Les exostoses de l'appareil olfactif sont toujours plus ou moins libres dans les cavités où elles ont pris naissance; elles peuvent, en se développant, s'enclaver d'une manière plus ou moins solide, mais elles restent toujours indépendantes des os, et elles peuvent être enlevées, pourvu qu'on puisse leur ouvrir une voie suffisante : d'où l'indication d'opérer de bonne heure. » (*Mém. Acad. de méd.*, 1871). Si Roux, Jobert et tant d'autres avant ces chirurgiens habiles, n'ont pas réussi dans leurs entreprises, c'est qu'ils ignoraient cette circonstance, que la voie largement ouverte, il suffisait pour avoir la tumeur de l'ébranler en masse ou de la faire basculer avec un levier. M. Richet exhume une observation de Bouyer de Saintes et il accorde libéralement à ce chirurgien la priorité de tout ce qu'il pouvait y avoir de nouveau dans mes recherches. Lisez l'observation en question dans le tome III des Annales de la chirurgie française et étrangère et vous verrez combien certaines assertions de M. Richet s'éloignent de la réalité. Quand j'ai opéré mon malade, au lieu d'extirper la tumeur comme par hasard, ainsi que cela était arrivé à presque tous mes devanciers, j'ai arrêté à l'avance un plan rationnel d'opération, fondé sur l'anatomie pathologique. Je disais, en 1866 : « Dans le traitement des exostoses des fosses nasales et des différents sinus annexés, il faut renoncer à attaquer directement les tumeurs, soit avec la gouge, soit même avec le trépan. Les instruments ne peuvent entamer un tissu aussi dur; ils s'émoussent et se brisent. Il faut donc ouvrir largement la cavité qui contient l'exostose; il suffit ensuite d'ébranler en masse la tumeur pour la voir sortir en totalité et sans de trop grands efforts. »

Il se développe dans les sinus deux variétés d'exostoses; les unes sont éburnées; les autres, celluleuses, sont formées de tissu spongieux enveloppé par une lame mince de tissu compacte; ces dernières sont friables. Voilà pourquoi M. Richet n'a pu obtenir que par morceaux, la tumeur qu'il a extraite des fosses nasales. L'exostose que j'ai moi-même enlevée du sinus frontal était également friable, et c'est pourquoi j'ai dû l'enlever par fragments successifs.

M. *Giraldès*. Un rapport a été lu à l'Académie de médecine par M. Richet sur un mémoire de M. Dolbeau; ce rapport n'a pas été discuté; je dirai donc aujourd'hui ce que j'avais l'intention d'exposer devant l'Académie. Je m'arrêterai sur trois points : 1° la médecine opératoire; 2° la libération de la tumeur; 3° l'origine de l'exostose.

1° Lors de la discussion sur la thèse de M. Olivier, j'ai insisté sur ce point que M. Dolbeau ne réclamait que ce précepte : ouvrir largement la porte pour faire sortir les tumeurs. Comme M. Dolbeau, je ne comprends pas l'introduction dans le débat de M. Bouyer de Saintes; car ce dernier ne dit rien de la médecine opératoire. Le précepte appartient donc à M. Dolbeau.

2° En 1851, j'ai fait une thèse sur les maladies du sinus maxillaire; depuis, j'ai continué mes recherches; aussi, j'ai vu plusieurs tumeurs analogues à celles de Michon, Pamard, etc. Je déclare que parmi les exostoses du sinus maxillaire, presque toutes étaient libres; exemples, les faits de Hilton, Duke, Michon, Pamard, etc. En est-il de même pour les exostoses du sinus frontal; je n'en sais absolument rien; si je m'en rapportais à une pièce du musée de Cambridge, à une autre du musée Saint-Barthélemy, ces exostoses seraient parfois adhérentes. Au reste, l'étude de l'origine va peut-être nous expliquer cela. La science n'est donc pas encore faite sur ce point. Mais cela ne contredit nullement le précepte de médecine opératoire, car on agit plus facilement sur le pédicule quand il existe.

3° J'ai été étonné de voir MM. Richet, Dolbeau et Olivier affirmer que le mal naissait de la muqueuse des sinus. En consultant la note de M. Verneuil, on voit que cet auteur décrivait les kystes folliculaires de la muqueuse, et c'est incidemment à la fin qu'il dit : On trouve dans la muqueuse des aspérités dont la nature osseuse a été révélée au microscope. Cela suffit-il pour établir que ces tumeurs osseuses volumineuses proviennent de ces petites productions. C'est aller un peu vite. Personne n'a rencontré de productions analogues; sur cinq cents sinus que j'ai ouverts, je n'ai rien rencontré de semblable. Cela ne dit pas que la chose ne soit ainsi, mais la base est fragile; il faut donc un grand point de doute sur cette origine. Quant à la note de M. Sappey, elle ne nous apprend rien; on sait que le périoste s'ossifie, mais il ne produit pas de tumeur. M. Dolbeau semble attribuer à la membrane des sinus la formation des ostéomes; c'est une opinion, mais elle n'est pas démontrée. Quand on voit le volume, la forme de ces tumeurs, on peut se demander si une muqueuse peut sécréter des tumeurs semblables.

S'il me fallait adopter une opinion, je dirais que les exostoses des sinus sont formées par une exubérance de la paroi de ces sinus. On pourrait encore émettre cette opinion que les ostéomes sont le produit d'enchondromes ossifiés. Les pièces de Fergusson et Colles (de Dublin) montrent que les tumeurs osseuses de la face ont réellement cette origine, qu'on leur a trouvé un pédicule sur un os, et que des enchondromes de cette catégorie deviennent des exostoses éburnées. La face est souvent le siége d'enchondromes, et de tumeurs osseuses éburnées. Je crois que les tumeurs des sinus se développent ou par l'une ou par l'autre origine; mais j'ajoute que rien dans la science ne permet de dire que c'est dans la muqueuse ou dans le périoste.

M. *Dolbeau*. M. Giraldès dit que je n'ai pas démontré l'origine que j'attribue aux exostoses des sinus; ses hypothèses ne sont pas démontrées non plus. Dans l'observation qui m'est personnelle, j'ouvre un sinus frontal; en détachant la membrane interne du sinus, je détache une petite production osseuse qui y était appendue. De là mon opinion appuyée par les recherches de M. Verneuil. Dans la plupart des cas, les tumeurs ont été trouvées libres, tandis que les exostoses adhérentes auraient une large base d'implantation sur les os de la face.

— M. *Ed. Cruveilhier* fait un rapport sur une observation de M. Dubreuil, relative à une résorption progressive de la partie alvéolaire des maxillaires supérieurs.

— M. *Champenois* lit un travail sur la conservation du membre dans les plaies pénétrantes de l'articulation du genou. Ce travail comprend vingt et un succès de chirurgie conservatrice dans le traitement des plaies pénétrantes du genou par les petits projectiles de guerre.

— M. *Duplay* présente, au nom de M. Michael Pétrini, une pince polypotome pour les polypes des fosses nasales.

— M. *Le Fort* présente une jambe artificielle pour amputation de la cuisse.

— *Élections*. Comité de publication; sont élus : MM. Panas, Guéniot et Blot.

Commission des congés : MM. Guéniot, Boinet et Blot.

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

Des accidents convulsifs dans les maladies de la moelle épinière, par le docteur H. Hallopeau. — A. Delahaye. Paris, 1871.

L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de rechercher, en s'appuyant sur les données de l'expérimentation de l'anatomie pathologique et de l'observation clinique, quelle est la pathogénie des phénomènes convulsifs observés dans les maladies de la moelle. De cette étude dans laquelle il a mis à profit les données les plus récentes de la physiologie pathologique, M. Hallopeau conclut que les accidents convulsifs que l'on observe dans les maladies de la moelle sont des phénomènes reflexes. Les causes qui leur donnent naissance sont celles qui exaltent le pouvoir excito-moteur de cet organe. On peut les ranger sous quatre chefs différents : l'interruption des connexions entre la totalité ou une partie de la moelle et l'encéphale par l'effet d'une lésion traumatique ou pathologique; l'excès ou le défaut de réplétion des vaisseaux de la moelle, le développement dans la substance grise d'un processus irritatif, l'irritation prolongée de certains conducteurs nerveux centripètes ou centrifuges.

VARIÉTÉS.

Association française contre l'abus des boissons alcooliques.

L'abus des boissons alcooliques suit depuis quelques années une progression des plus alarmantes.

En France, la consommation de l'alcool, qui n'était que de 350 000 hectolitres en 1820, s'est élevée à 585 000 en 1850 et à 978 000 en 1869, non compris les quantités qui échappent aux droits.

En 1850, sur 940 000 hectolitres d'alcool fabriqué en France, 850 000, c'est-à-dire les 9 dixièmes, provenaient de la distillation des produits de la vigne ; en 1869, sur 1 410 000 hectolitres d'alcool, ces mêmes produits n'en fournissaient plus que 410 000, à peine les 3 dixièmes; le surplus provenait de la distillation de la betterave, des mélasses, des grains et autres substances farineuses.

Aussi, l'hectolitre d'alcool, qui valait 200 francs en 1850, ne se vend-il plus aujourd'hui que 50 francs ; et le nombre des débits de boissons a-t-il atteint progressivement la proportion de 1 débit sur 102 habitants.

Les conséquences de l'augmentation de la consommation de l'alcool ont été désastreuses.

De 1849 à 1869, le chiffre annuel des morts accidentelles par suite d'excès alcooliques s'est élevé de 331 à 587; celui des suicides, dus à la même cause, s'est accru de 240 à 664.

Les crimes contre les personnes, commis sous l'influence de l'ivresse, ont augmenté dans la même proportion.

L'abus des boissons alcooliques engendre un grand nombre de maladies ; mais de plus, il imprime aux affections chirurgicales et aux maladies internes, même les plus légères, un caractère de gravité exceptionnel : cette influence désastreuse se traduit par des résultats de plus en plus inquiétants.

Enfin, l'accroissement du nombre des cas de folie de cause alcoolique a constamment suivi, depuis vingt ans, l'augmentation de la consommation des spiritueux, notamment dans les départements qui consomment surtout des alcools de grains et de betterave. Dans la plupart de ces départements, le nombre des cas de folie de cause alcoolique a quintuplé depuis vingt ans et a atteint les proportions effrayantes de 25 à 40 pour 100.

Émus de ces tristes révélations de la statistique, mais convaincus en même temps qu'on peut obtenir en France ce qu'ont produit ailleurs les sociétés de tempérance et les ligues contre l'abus des liqueurs fortes, nous venons faire appel à toutes les personnes pénétrées de l'amour du bien public et désireuses d'entraver les progrès d'un mal qui entraîne de si funestes conséquences pour l'individu, la famille et la société.

But et moyens d'action de la société. — Dispositions générales.

Art. 1er. — Une Société est instituée à Paris sous le nom d'*Association française contre l'abus des boissons alcooliques*.

Art 2. — Elle a pour objet :

A. De combattre les progrès incessants de l'abus des boissons alcooliques.

B. De provoquer la création dans les départements de Sociétés locales tendant au même but.

Art. 3. — La Société se propose d'employer à cet effet tous les moyens que l'expérience lui suggérera, et notamment :

A. D'instituer des conférences sur les dangers de l'intempérance.

B. D'encourager toutes espèces de publications (brochures, manuels, almanachs, etc.) conçues dans le même ordre d'idées.

C. De favoriser, notamment au moyen de Sociétés coopératives de consommation, le remplacement de liqueurs alcooliques, comme boissons usuelles, par le café, les vins naturels, le cidre et la bière.

D. De chercher à obtenir à cet effet l'augmentation des impôts sur les liqueurs alcooliques et, autant que possible, le dégrèvement des autres boissons.

E. De réclamer des mesures légales efficaces contre l'ivresse publique et sur la police des débits de boissons.

F. De publier un bulletin qui fera connaître les actes de l'association et où seront traitées toutes les questions relatives à l'alcoolisme.

Art. 4. — La Société se compose, en nombre illimité, de membres honoraires, membres titulaires, correspondants nationaux et correspondants étrangers.

Art. 5. — L'association sera administrée gratuitement par un Conseil composé de quarante-cinq membres élus en assemblée générale et renouvelable par tiers chaque année.

Le Conseil d'administration choisira dans son soin les membres du bureau.

Art. 6. — La cotisation annuelle des membres titulaires et des correspondants nationaux est fixée provisoirement à 20 francs. Ils recevront gratuitement un exemplaire de toutes les publications de la Société.

Art. 7. — Les adhésions peuvent être adressées dès aujourd'hui à l'un des membres de la Commission d'organisation. Quand le nombre des adhérents, résidant dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, aura atteint le chiffre de deux cents, ils seront convoqués en assemblée générale à l'effet d'adopter les statuts et le règlement d'administration intérieure de l'Association, de nommer le Conseil et de prendre toutes autres mesures qui pourront être jugées utiles pour le fonctionnement de l'œuvre.

Paris, 2 mars 1872.

Les membres de la commission d'organisation :

Barth, président de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux, *président*.

Baillarger, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de la Salpêtrière.

Bergeron, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux.

Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

Chauffard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine et médecin des hôpitaux.

Dechambre, président du comité de rédaction de la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.

Fauvel, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général des services sanitaires au ministère de l'agriculture et du commerce.

Hérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

Baron Larrey, président du Conseil de santé des armées, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Théophile Roussel, député à l'Assemblée nationale.

L. Lunier, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France, *secrétaire*.

N. B. — Les adhésions peuvent être adressées au président du Comité, 46, rue de Lille, ou au Secrétaire, 52, rue Jacob.

L'État des bâtiments et des services matériels de la Faculté de médecine de Paris. — (Rapport présenté au ministre de l'instruction publique le 1er février 1872, par M. Ad. Wurtz, de l'Institut.)

Dans ce rapport, M. Wurtz, après avoir brièvement rappelé les modifications subies par les bâtiments de la Faculté depuis leur construction (an III de la République) jusqu'à nos jours, montre combien les constructions actuelles sont insuffisantes au point de vue des besoins créés par les progrès de la science et l'extension des études.

Les professeurs, gênés eux-mêmes dans leur enseignement, ne peuvent mettre à la disposition des élèves que des moyens de travail tout à fait incomplets.

Cette situation matérielle de la Faculté n'est pas une exception. Tous les établissements d'instruction supérieure la partagent dans une certaine mesure. La Faculté elle-même n'en est pas responsable.

Dès 1855, sous le décanat de M. P. Dubois, des plans grandioses pour la reconstruction de la Faculté et de l'École pratique furent proposés par M. de Gisors, architecte de l'Université. Mais à aucune époque, en France, on n'a consenti à faire aux nécessités de l'instruction les sacrifices dignes d'un grand pays. Le plan de M. de Gisors dotait la France d'un établissement que toute l'Europe nous aurait envié. Malheureusement il ne s'agissait pas d'une salle de théâtre ou d'une promenade, et les 12 millions demandés pour la construction d'une École pratique nouvelle étaient une somme difficile à obtenir. Tout fut donc abandonné.

En 1864, on revint à la charge. M. Tardieu, alors doyen, fit remanier les plans de M. de Gisors, par M. Ginain, architecte de la ville. Il s'agissait cette fois de réunir dans un même périmètre l'école de médecine et l'Académie.

Comprenant qu'en pareille matière il fallait obtenir d'abord et aux moindres frais possible les améliorations urgentes et satisfaire aux besoins les plus pressants de l'enseignement, M. Wurtz pensa que la reconstruction de l'École pratique devait précéder toute autre mesure.

Sur l'avis des professeurs d'anatomie et de physiologie, on s'arrêta au programme suivant :

1° Reconstruction des pavillons de dissection et de leurs annexes ;

2° Installation de salles pour les études microscopiques ;

3° Création d'un Institut physiologique comprenant : des laboratoires de recherches et d'enseignement, des installations pour les animaux, un petit amphithéâtre pour démonstrations physiologiques.

4° Formation d'un Institut pathologique comprenant le musée Dupuytren, une grande salle pour les démonstrations microscopiques, des laboratoires de chimie et d'anatomie pathologique, et un musée d'anthropologie ;

5° Des laboratoires de recherches pour les professeurs de médecine légale, de thérapeutique, de pathologie comparée ;

6° Amphithéâtre pour les cours d'anatomie ; salles de conférences pour les démonstrations pratiques ;

7° Locaux pour l'enseignement libre.

L'architecte, M. Ginain, rédigea sur ce programme un premier plan, dont la dépense était évaluée à 9 400 000 fr. Ce devis étant trop élevé, on le modifia de manière à réduire les dépenses à 4 100 000 fr.

Ce dernier plan avait été approuvé et allait recevoir son exécution en 1870. Il fut nécessairement différé. C'est celui que l'on propose de nouveau à l'approbation du Gouvernement.

Il est moins complet que le plan primitif de M. de Gisors; mais il a l'avantage de ne comprendre que la reconstruction de l'École pratique, et de laisser tout à fait en dehors les réformes à introduire dans l'aménagement de la Faculté elle-même. Ce sera question réservée pour des temps meilleurs. Il ne s'agit en ce moment que d'obtenir les installations nécessaires pour créer un centre d'études véritablement pratiques, offrant aux maîtres et aux élèves des facilités jusqu'ici inconnues dans notre école.

LE GRAND HÔPITAL-BARAQUE CIVIL DE LEIPZIG.

La question si capitale des hôpitaux étant toujours ouverte, il importe de nous tenir au courant de tout ce qui est tenté et obtenu sur ce terrain difficile.

A ce titre, la première création nosocomiale permanente, faite sur une grande échelle d'après le système des pavillons-baraques, nous paraît particulièrement digne d'attention. C'est à Leipzig que ce nouvel hôpital vient d'être élevé, et comme il se rattache à cette série des établissements consacrés, dans ces dernières années, à l'enseignement médical, laquelle assigne aujourd'hui à cette belle cité une place hors ligne parmi les universités allemandes, il est utilisé pour des cliniques internes et externes.

Là aussi les mêmes incertitudes, les mêmes perplexités que nous avons vues surgir et se perpétuer à Paris à l'occasion du nouvel Hôtel-Dieu, avaient depuis dix ans tenu en suspens la fondation de l'asile que la ville devait élever pour les besoins des classes indigentes. Nous allons décrire celui-ci le mieux possible, en faisant observer qu'il est combiné avec un établissement hospitalier de l'ancien système, mais de date tout aussi récente et non encore contaminé par un long service. Il sera donc facile, après un certain laps de temps, d'asseoir un parallèle entre les avantages et les inconvénients que présentent l'un et l'autre système, et cette comparaison sera d'autant plus concluante que les deux institutions se trouvent placées dans des conditions on ne peut plus identiques de climat, de sol, d'exposition, de réglementation administrative, ainsi que sous le rapport de la population à laquelle elles sont destinées. Nous aurons soin de rendre compte des résultats obtenus, lorsque le moment en sera arrivé.

L'hôpital est situé sur un terrain élevé à l'extrémité d'un faubourg, entre la gare du chemin de fer de Bavière et le *Johannisthal*, vallon exclusivement couvert de jardins riants. La façade est formée par un bâtiment de pierres, qui devait d'abord être un hospice d'orphelins. Il y a trois ailes et trois étages. Le rez-de-chaussée, lequel est élevé à une certaine hauteur, renferme, en outre, des locaux pour l'administration, un grand nombre de chambres spacieuses et très-confortables destinées aux malades payants. Aux étages supérieurs se trouvent, avec les logements des employés de la maison, des salles situées au midi, pour recevoir ceux d'entre les malades dont les affections, à cause de leur nature particulière, semblent ne devoir pas permettre le séjour dans les baraques. Chacune de ces salles est chauffée par deux grands poêles et aérée au moyen d'appareils de ventilation puissants, quoique simples.

Cet édifice central renferme encore la chapelle, la pharmacie et, dans le sous-sol, la cuisine, qui est extrêmement spacieuse, ainsi qu'une boulangerie. Des corridors et des escaliers très-larges, et recevant amplement l'air et le jour, complètent ce principal corps de bâtiment. Des sonnettes électriques entretiennent les communications entre toutes ses parties, et un télégraphe électrique le met en rapports rapides et sûrs avec la ville, et notamment avec les dépôts de pompes à incendies.

A cet édifice se joignent, du côté est, dans un vaste demi-cercle, les constructions auxquelles on a imposé la dénomination de baraques, bien que leurs solides parois n'aient rien de commun avec la structure légère des vraies bâtisses en bois; des hôpitaux-baraques américains on n'a conservé ici que la forme spéciale et maintenant bien connue du toit et les piliers des fondements.

De l'angle sud-est de l'édifice principal, un chemin, large de 3 mètres 1/2, conduit au midi dans deux, à l'est dans six baraques placées les unes en arrière des autres, pendant que quatre pavillons appelés «d'isolement,» et quatre pavillons des varioleux, se trouvent à une grande distance aux limites est et nord du terrain.

Chaque baraque est séparée de celle qui en est le plus rapprochée par une pelouse large de 17 mètres, et un parc occupant tout l'espace compris entre la totalité des pavillons est ouvert aux convalescents.

Chaque baraque forme une vaste salle, longue de 34 mètres sur 9 de large; à la paroi sa hauteur est de 4 mètres 1/4, au centre, jusqu'au faîte du toit, elle est de 6 mètres. Le plancher repose sur un soubassement de pierres de taille, haut de 2 mètres 1/2, entre les piliers duquel l'air peut librement circuler à travers un grillage et se rendre dans les poêles par leurs parties inférieures, pour accroître la ventilation. Le plancher est solide et renferme, dans un espace ménagé entre les deux couches supérieures des planches, de la cendre de coke, dans le but d'amortir le bruit des pas. Le jour entre dans les salles par treize fenêtres, placées le long de leurs faces latérales. L'éclairage de nuit est effectué par le gaz.

Chaque salle contient vingt-quatre lits, correspondant aux piliers des fenêtres; et aux extrémités se trouvent, divisées par des cloisons, les chambres des infirmiers, des cabinets de bains et des waterclosets. Ces derniers sont entretenus par le service hydraulique de la ville. L'eau chaude destinée aux baraques y parvient par un système de conduits qui part de l'édifice central; les tisanes et cataplasmes se préparent au moyen d'appareils de cuisson au gaz.

Chaque pavillon est pourvu d'une véranda située du côté du parc, conséquemment à la façade opposée à l'entrée de la

salle et au grand chemin de ronde; elle offre aux malades un séjour aussi salutaire qu'agréable; un certain nombre de marches conduisent au parc, qu'on voit de là dans toute son étendue.

Immédiatement entre l'édifice central et les cinq baraques affectées au service de chirurgie, est situé le pavillon des opérations, donnant sur le grand chemin de communication. Ce pavillon reçoit le jour par deux vastes fenêtres placées sur les côtés, et il est chauffé par deux grands poêles. Il s'y trouve un amphithéâtre pour les leçons cliniques, et les élèves se rendent d'ici, sans perte de temps, à une autre institution attenante au côté est de l'hôpital, où le professeur Wagner les initie à l'anatomie pathologique. Ajoutons ici que sur la même route, entre la ville et notre hôpital, sont situés l'institution des sourds-muets, le grand laboratoire de l'université, dirigé par M. Kolbe, et l'institution physiologique du professeur Ludwig.

Sur l'espace libre, en arrière de l'édifice central et à l'extrémité sud du chemin de ronde, nous rencontrons toute une suite de grands établissements qui constituent autant de compléments indispensables pour un bon hôpital. Il y a d'abord l'établissement de bains avec seize cabinets, deux bains de vapeur et des appareils hydrothérapiques très-variés. Puis viennent le réservoir d'eau et deux chaudières colossales, d'où l'eau chaude est conduite dans toutes les parties de l'hôpital; enfin, un grand bâtiment qui est la buanderie, où des machines à vapeur effectuent successivement les différentes opérations du blanchissage et le séchage du linge avec la moindre perte de temps, de façon qu'il peut être promptement rendu à l'usag.

Une glacière termine de ce côté la suite des constructions, qui, embrassées d'un seul coup d'œil, apparaissent comme une vaste colonie hospitalière.

Mais l'une de ses parties les plus dignes d'intérêt est, sans contredit, l'ensemble très-étendu des machines au moyen desquelles les immondices sont, de toutes les divisions de l'hôpital, amenées vers un bassin collecteur, après avoir été rapidement désinfectées par la méthode connue en Allemagne sous le nom de système *Suvern*; et dans ce bassin elles sont soumises à des procédés mécaniques de séparation et livrées à l'agriculture.

L'hôpital est maintenant occupé depuis un an par des malades, et tout y a fonctionné d'une manière satisfaisante, la température notamment ne s'est jamais trop abaissée dans les baraques pendant l'hiver dernier, quoiqu'il fût très-rigoureux, comme on sait, et la ventilation non plus n'a rien laissé à désirer. Les services cliniques, en particulier, y étant confiés à des hommes tels que MM. Wunderlich et Shiersch, il est permis d'espérer que les observations y seront faites avec toute la précision scientifique qui seule pourra les faire fructifier, et ainsi que nous l'avons déjà dit, nous les ferons connaître.

Toutefois, d'ores et déjà nous devons signaler une circonstance grave, passée sous silence dans les documents d'après lesquels nous avons composé cet article : c'est qu'à 200 mètres à peine de l'hôpital, vers l'est, est situé un cimetière. Décidément donc l'oubli des règles élémentaires de l'hygiène publique — et, dans le cas présent, même le dédain des exigences de l'hygiène morale les plus légitimes — est de tous les pays!

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Gubler commencera son Cours de thérapeutique mardi 19 mars, à cinq heures. Il traitera, cette année, des *Eaux minérales de la France* (1).

M. le professeur Béhier commencera ses leçons cliniques, à l'Hôtel-Dieu, le lundi 18 mars, à neuf heures et demie. — Leçons les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine, à l'amphithéâtre n° 1 de l'hôpital. Visite et interrogation des malades par les élèves, tous les jours, à huit heures et demie.

Des démonstrations concernant l'anatomie pathologique et les applications de la chimie aux recherches cliniques seront faites devant les étudiants qui se seront régulièrement inscrits, à cet effet, auprès du chef de clinique.

M. Denonvilliers, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1871-1872, par M. Tillaux, agrégé près ladite Faculté.

M. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (service de la Charité), est autorisé à se faire suppléer dans son cours, jusqu'à la fin de ladite année, par M. Blachez, agrégé.

M. Duplay, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année classique, du cours de clinique chirurgicale à ladite Faculté (service de l'Hôtel-Dieu), en remplacement de M. Laugier, décédé.

(1) Nous prenons la liberté de faire remarquer à MM. les élèves que l'étude des eaux minérales de France, dans l'état actuel de nos rapports avec l'Allemagne, est d'une importance pratique toute particulière. (Note de la rédaction.)

Cours clinique sur les maladies des enfants.— M. le docteur Bouchut a commencé ce cours à l'hôpital des Enfants-Malades, le 12 mars, à huit heures du matin, et le continuera les mardis suivants, à la même heure.

Assistance publique. — Dans sa séance du 11 mars, l'Assemblée nationale, après la troisième délibération sur la proposition de M. Lestourgie, ayant pour objet d'organiser l'assistance publique dans les campagnes, a adopté l'article unique de la commission, ainsi conçu :

« Il sera nommé une commission de 15 membres, chargée d'étudier les moyens d'organiser l'assistance publique dans les campagnes. »

Elle a rejeté l'article additionnel suivant présenté par M. le colonel Denfer : « Cette commission prendra pour base de ses études le projet de loi présenté le 27 novembre 1848 à l'Assemblée constituante. Ce projet sera immédiatement imprimé et distribué, ainsi que l'exposé de motifs qui le précède. »

Mesures contre l'alcoolisme. — L'Assemblée nationale a adopté l'article unique du projet émané de M. Cherpin, et tendant à modifier la loi du 29 décembre 1851, sur les débits de boissons à consommer sur sur place. Voici cet article : « Dans les cas prévus par la loi du 26 décembre 1851, sur les débits de boissons, les tribunaux sont autorisés à appliquer l'article 463 du code pénal. »

Nécrologie. — Au moment de mettre sous presse on nous annonce la douloureuse nouvelle de la mort de M. Michel Lévy, inspecteur du service de santé militaire, directeur du Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine, etc. Les obsèques ont lieu aujourd'hui à une heure.

— Le village de Jouy-sous-Morin, arrondissement de Coulommiers (Seine-et-Marne), se trouve en ce moment dépourvu de médecin.

Deux villages voisins forment avec le premier une population d'environ 4000 âmes.

Des routes excellentes permettent de parcourir en voiture toute l'étendue de ces communes, dont la population est agricole sur les plateaux et industrielle dans la vallée du Grand-Morin.

S'adresser, pour plus amples renseignements, à M. le maire de Jouy-sous-Morin, par la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne).

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 24 février au 1er mars 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Scarlatine, 6. — Rougeole, 7. — Fièvre typhoïde, 23. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 56. — Dysentérie, 4. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 4. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 23. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 207. — Affections chroniques, 346 (1). — Affections chirurgicales, 59. — Causes accidentelles, 21. — Total : 824.

Le même bulletin, du 2 au 8 mars 1872 :

Variole, 2. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 7. — Fièvre typhoïde, 15. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 40. — Pneumonie, 50. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 21. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 219. — Affections chroniques, 378 (2). — Affections chirurgicales, 65. — Causes accidentelles, 10. — Total, 842.

(1) Sur ce chiffre de 346 décès, 148 ont été causés par la phthisie pulmonaire.
(2) Sur ce chiffre de 378 décès, 173 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Sommaire. — **Paris.** Académie de médecine : Ouverture d'un pli cacheté de M. Guibert. — Paris. — **Cours publics.** Thérapeutique : Du traitement de la syphilis. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **Bibliographie.** Index bibliographique. — **Variétés.** — **Feuilleton.** Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 21 mars 1872.

DE LA GREFFE ÉPIDERMIQUE : M. REVERDIN. — DE LA GREFFE MUSCULAIRE : M. HOWARD. — *Académie de médecine* : SÉANCE ANNUELLE. — CONGRÈS DE LYON.

De la greffe épidermique. — De la greffe musculaire.

Depuis la première publication faite par M. Reverdin, le 8 décembre 1869, à la Société de chirurgie, des expériences multipliées ont confirmé l'importance de la découverte de notre confrère. On peut dire que désormais l'emploi de la greffe épidermique est passé dans la pratique et rendra des services réels dans tous les cas où il est nécessaire de hâter la cicatrisation. La greffe épidermique a été expérimentée dans toute l'Europe; deux thèses en France, des articles nombreux, ont vulgarisé le nouveau mode de traitement de la cicatrisation, et les noms des observateurs ou des vulgarisateurs forment une longue énumération : En France, Ollier, Duméril, Olivier et Hergott, Colrat, Poncet, M. Sée, Lanth, Auguste Reverdin; en Suisse, Rouge; en Angleterre, Pollack, Fergusson, Holmes, Cowper, Bryant, Woodman, Johnson Smith, Fiddes, Barlow, Goldie, Nichols, Nelson, Dobson, etc., etc.; à Vienne, Czerny, Hofmolk, Necolitzki; dans l'Allemagne du Nord, Tacentro, Heiberg, Schulz, Lindenbaum, Bauke; en Russie, Scoroff, Tanowitoch Tschainski; en Italie, Marcani, Perassi, Albanèse, Pellizari et Cocracti; enfin, en Amérique, M. B. Howard. A ce bilan, il faudrait ajouter, sans doute, bien des observations non publiées; l'auteur de cette analyse a pour sa part employé dans deux cas la greffe épidermique avec succès pour hâter la cicatrisation de plaies par armes à feu.

Avec des expérimentateurs aussi nombreux, il s'est introduit dans le procédé opératoire des modifications ; mais il faut reconnaître qu'elles n'ont pas d'importance réelle ; et même le plus ordinairement ces innovations sont bien moins heureuses que l'idée et la méthode primitives. Ainsi peut s'expliquer plus d'un insuccès, et à notre avis il est préférable de suivre les indications données par l'inventeur.

C'est pourquoi nous n'hésitons pas à emprunter à un travail de M. Reverdin, qui vient de paraître dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, des passages qui montreront comment doit être pratiquée la greffe épidermique.

«Voici, dit l'auteur, le procédé opératoire que j'ai adopté dès le début et qui me paraît jusqu'ici le meilleur dans la généralité des cas. C'est à la face interne de la jambe que je prends ordinairement mes lambeaux ; avec le pouce et l'index, je tends bien la peau sur la surface plane du tibia, et j'introduis alors la pointe d'une lancette à saignée, un peu large, parallèlement à l'os, à une très-petite profondeur, à un demi-millimètre environ ; je pousse ma lancette, toujours parallèlement, et sa pointe ressort à 3 ou 4 millimètres plus loin, et en continuant à pousser, le petit lambeau achève de se couper sur les bords de l'instrument. La petite plaie est le siége d'une fine rosée sanguine. J'applique ma lancette chargée de sa greffe sur les bourgeons charnus que j'ai choisis et je fais glisser sur eux le lambeau avec la pointe d'une épingle ; il se trouve ainsi en rapport avec les bourgeons par sa face profonde ; je m'assure, en le faisant un peu cheminer de côté et d'autre, qu'aucun de ses bords n'est enroulé, car il est nécessaire qu'il soit bien complétement étalé. Ce résultat une fois obtenu, et toutes mes greffes en place, je les recouvre de bandelettes de diachylon, qui ne seront enlevées qu'au bout de vingt-quatre heures. »

Il n'est pas indispensable de prendre les greffes sur l'individu porteur de la lésion, car il est démontré que l'épiderme pris sur un autre individu donne les mêmes résultats.

Les dimensions du lambeau et son épaisseur ont de l'importance. Il faut comprendre dans la greffe les cellules vi-

FEUILLETON.

De l'Infanticide dans l'empire chinois.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur la Chine, et le nombre en est considérable, il en est peu qui ne se soient plus ou moins arrêtés sur cette question de l'infanticide dans ce pays. Malgré cette richesse de documents, il est très-difficile de se former une opinion, car les assertions sont presque toujours exagérées en sens opposés, et les jugements conséquemment contradictoires.

Il n'est pas surprenant que les sinologues s'entendent peu sur les mœurs d'un pays qu'ils ne connaissent que par les relations de savants qui n'ont pu observer et informer qu'au milieu de grandes difficultés, et souvent au péril de leur vie. Aujourd'hui encore, bien que la Chine soit ouverte et que les voyageurs puissent la parcourir à peu près librement, ils reçoivent encore des impressions dont la diversité passe dans les opinions qu'ils transmettent,

Parmi les publications scientifiques dues au concours des savants européens de l'extrême Orient, il en est une qui témoigne de la divergence des sentiments sur cette question, en même temps qu'elle atteste son importance par l'autorité des écrivains qui lui consacrent leurs articles.

C'est ainsi que les NOTES AND QUERIES publiaient, il y a quelque temps, un travail posant les questions que nous traduisons succinctement :

« La pratique de l'infanticide est-elle dominante à ce point
» qu'on s'y livre dans toutes les familles, sans distinction de
» rang, ou bien est-elle limitée aux pauvres? Enfin, existe-t-elle
» réellement?

» Quelles sont les excitations ordinaires à ce crime?

» Est-ce la répugnance pour les filles, la pauvreté, l'amour
» du crime ou une coutume établie?

» Jusqu'où est-elle tolérée par la loi? »

vantes de l'épiderme, celles de la couche de Malpighi ; mais les greffes ont d'autant plus de chance de prendre qu'elles sont plus petites, parce que, un petit lambeau ne recouvrant qu'un bourgeon charnu, l'adhérence est plus facile ; d'autre part, comme la greffe agit principalement par la périphérie du lambeau, il n'y a aucun intérêt à employer de grands lambeaux. En effet, en greffant un lambeau d'un centimètre carré, c'est sur un pourtour de 4 centimètres que la cicatrice se forme ; si l'on coupe ce même lambeau en quatre parties égales, le pourtour qui fournit la cicatrisation sera de 8 centimètres.

Dans ses expériences, M. Reverdin enlevait les bandelettes de diachylon au bout de vingt-quatre heures, mais il engage les expérimentateurs à laisser plus longtemps ces bandelettes avant de les enlever. Nous avons, pour notre part, dans deux cas, remplacé les bandelettes de diachylon par des bandelettes de baudruche ; on peut ainsi surveiller comme à travers un verre les progrès de la cicatrisation, et de cette façon la curiosité ne nuit pas à la sécurité.

Ce travail renferme des chapitres fort intéressants, sur le mode de formation et de développement des îlots, sur les conditions nécessaires au succès de la greffe ; nous comptons revenir plus tard sur ces divers points.

— En regard des expériences de M. Reverdin sur la greffe épidermique, plaçons celles de B. Howard sur la greffe musculaire, d'après le Medical Record du 16 octobre 1871.

Le docteur Howard, de New-York, a eu l'idée de pratiquer cette sorte de greffe, d'après un procédé analogue à celui des greffes épidermiques. Les succès qu'il a obtenus contribueront certainement à expliquer le mécanisme physiologique des opérations de ce genre. Dans un premier cas, il s'agissait du major K..., atteint d'une destruction totale du mollet gauche à Gettysbourg, en 1863. Au moment où M. Howard examina ce malade, la plaie avait été réduite à une longueur de 4 pouces sur une largeur de 1 pouce. On essaya d'abord les greffes épidermiques ; celles-ci produisirent pendant quelque temps un excellent effet sur les callosités cicatricielles, mais elles furent insuffisantes, et le malade offrit de se soumettre à d'autres expériences. Trois incisions furent pratiquées, à peu près à égale distance, à la base de l'ulcère : la première assez large pour recevoir une graine de lin, la seconde admettant un grain d'orge, la troisième un pois. Le biceps du bras droit fut mis à nu, et l'on en coupa environ 1 pouce carré. Ce lambeau musculaire fut divisé en trois morceaux correspondant à l'étendue des incisions pratiquées sur l'ulcère, et les greffes musculaires furent disposées dans les incisions de façon qu'elles ne dépassassent pas la surface de l'ulcère. Le jour suivant, les greffes étaient assez fortement adhérentes pour qu'on ne pût les détacher avec la pointe du scalpel. Le second jour, la surface pâle de l'ulcère était devenue aussi vasculaire que les greffes elles-mêmes. M. Howard observa avec surprise que le ramollissement s'était étendu à une certaine partie de la plaie séparée de l'ulcère principal par un large pont de tissu cicatriciel. Les bords de l'ulcère étaient également améliorés, la cicatrisation centripète procéda plus rapidement au niveau de la plus grosse greffe musculaire, et la plaie se couvrit au-dessus et autour d'une pellicule cutanée, le siége de la greffe restant visible par une élévation circulaire. Les autres greffes agirent moins vigoureusement : la seconde en volume fut recouverte par la peau en dix-huit jours ; la plus petite végéta et devint luxuriante ; elle resta élevée au-dessus de la surface de la plaie et fut le dernier point complétement cicatrisé.

Le docteur Howard pensa d'abord que l'emploi antérieur des greffes cutanées avait pu dans ce cas modifier les résultats en préparant la cicatrisation. Il pratiqua alors la même opération sur un autre malade atteint de brûlure étendue du bras. Trois greffes musculaires, prises dans le biceps du bras du côté opposé, furent insérées à égale distance les unes des autres dans la plaie. Le premier jour après l'opération, les granulations prirent un aspect plus brillant ; celles qui recouvraient les extrémités de la plaie commencèrent dès le second jour à s'affaisser, et la cicatrisation s'effectua aux deux extrémités. Environ dix-sept jours plus tard, il ne restait plus qu'une croûte résistante et étroite.

Suivant M. Howard, ces faits démontrent que ni l'augmentation de la vascularité à la surface de la plaie, ni la cicatrisation centripète qui se produisent à la suite de la greffe épidermique, ne sont dues à l'action de l'épithélium de la greffe. L'accélération dans la cicatrisation était surtout prononcée au voisinage des greffes musculaires les plus grosses. Pour plusieurs raisons fort justes, le docteur Howard pense qu'il ne serait pas sage de proposer les greffes musculaires comme devant se substituer aux greffes épidermiques. D'ailleurs, celles-ci sont bien plus faciles à obtenir et par suite à multiplier, et dans

---

Nous allons essayer de répondre à chacune de ces interrogations en mettant à profit les éléments qui, d'après nous, ne manquent pas pour la solution du problème historique et moral de l'infanticide.

Tous d'abord, nous posons l'existence de cette pratique comme une chose indéniable dont la démonstration sortira clairement de l'ensemble de notre travail.

Quelles en sont maintenant les proportions?

Il importe sans doute de se livrer à des recherches statistiques ; mais outre que ce n'est là qu'un point secondaire, ces recherches n'aboutiraient qu'à des résultats incertains, puisque les éléments d'une telle statistique manquent absolument. Du reste, ce que nous cherchons à mettre en relief, c'est le sentiment moral de la nation à l'endroit de cette pratique et l'interprétation donnée par le Code lui-même.

Il convient d'abord d'écarter les exagérations de J. Barrow dans ses Travels in China. Elles sont excusables, puisqu'elles flétrissent des actes dont il a été témoin ; mais enfin ce sont des exagérations. De même, l'horreur qu'exprime à ce sujet le très-honorable secrétaire de lord Macartney, légitime les commentaires auxquels l'entraîne son aimable philanthropie : « Ce crime, dit-il, *is tolerated by custom and encouraged by the government.* »

Il appuie davantage encore sur le mot *encouragé*. « Il est très-juste, ce mot, dit-il, car ce qui n'est pas défendu est permis. »

C'est là un paradoxe que nous ne critiquerons pas à cause de l'intention très-morale de l'auteur ; mais il commet une erreur manifeste, comme il y en a une au tome XXV des Lettres édifiantes, où il est dit que l'infanticide est toléré en Chine et qu'on n'en recherche pas les auteurs.

Il n'est pas juste, en effet, d'insinuer que le gouvernement encourage ; il fait même de temps en temps des efforts, lorsque l'endémie infanticide s'accroît trop.

Que la pratique ait existé de tout temps et existe encore, cela ne saurait être révoqué en doute, et ceux qui, emportés

tous les cas elles ajoutent à l'action que peuvent produire les greffes musculaires en tant que tissu vivant, l'action due à la germination de leurs cellules épithéliales.

Ces faits sont fort curieux à étudier ; ils tendent à montrer que les greffes agissent par leur présence comme renfermant des éléments vivants, et qu'elles déterminent le processus cicatriciel par une influence qui est encore mal expliquée, mais qui se démontre par ce seul fait, que les cellules épidermiques ne forment qu'une très-petite partie de la pellicule cicatricielle, et qu'il y a à la fois greffe d'éléments et influence générale s'exprimant par la cicatrisation des bords et à distance des greffes. Mais ces observations, nous le savons, ont été faites par M. Reverdin.

A. H.

L'Académie de médecine a tenu mardi dernier une séance, dont on peut dire qu'elle n'a pas de nom. Publique comme toutes les autres séances, elle n'est ni *annuelle*, puisqu'elle revient après un temps écoulé de plus d'une année, ni *solennelle*, car on ne remarquait dans la salle aucun habit brodé, aucune personne étrangère au corps médical, aucune dame; si bien que, quand M. le président, dont le cordon de commandeur faisait tout l'ornement extérieur de la cérémonie, a commencé la proclamation des prix par cette apostrophe sacramentelle : « Mesdames, etc., » on se serait demandé à quels académiciens cela pouvait bien s'adresser, si M. le président n'avait souri.

Il n'a pas été prononcé d'éloge ; seulement, M. Béclard, secrétaire annuel, a terminé la lecture de son judicieux et substantiel rapport sur les prix par un hommage à la mémoire de Falret, qui a doté l'Académie d'un prix nouveau. « C'est, a dit M. Béclard, pendant le siége de Paris (à Marcillac-sur-Lot), que M. Falret a succombé loin des siens, au milieu des angoisses d'une séparation remplie d'amertume et de sinistres pressentiments. Lorsque ses fils apprirent la fatale nouvelle, M. Falret avait cessé de vivre depuis plusieurs mois. Dans une lettre, écrite à son lit de mort, lettre touchante, inachevée, presque illisible, on peut voir, non sans émotion, le moment où la plume est tombée de sa main. » Ces dernières paroles du rapport ont été accueillies par d'unanimes applaudissements.

— Nous publions plus loin les statuts et le programme du *Congrès médical* qui doit s'ouvrir à Lyon au mois de septembre prochain. Il importe tout particulièrement que ce congrès ait de l'éclat et du retentissement ; il faut montrer que les derniers événements n'ont pas amorti chez nous la flamme scientifique, et que la médecine française, pour sa part, ne redoute, ni pour l'activité ni pour le savoir, aucune comparaison.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Des bruits pleuraux qui peuvent simuler le frottement péricardique, par le docteur Lereboullet, médecin-répétiteur à l'École du service de santé militaire.

Les caractères qui différencient le frottement pleurétique du frottement péricardique sont, le plus souvent, assez bien tranchés. Ordinairement plus faible, moins râpeux que le frottement pleural, s'entendant nettement ou disparaissant sans cause connue pour se laisser percevoir de nouveau au bout de quelques heures ou de quelques jours, plus net dans la station assise, le bruit de frottement péricardique accompagne les bruits normaux du cœur; le bruit de frottement pleural, au contraire, coïncide avec les mouvements respiratoires. La suspension de la respiration suffira donc, dans l'immense majorité des cas, pour établir un diagnostic précis. Quelquefois cependant le doute est permis. Il peut arriver, en effet, que la pression exercée par la diastole du cœur sur le poumon malade (emphysème) détermine une crépitation ou un bruit de cuir neuf faciles à confondre avec un bruit de frottement péricardique (1). D'autres fois, les mouvements systoliques et diastoliques du cœur donneront naissance à des bruits analogues au bruit de frottement lorsqu'une lame de poumon se trouvera engagée entre le cœur et la paroi thoracique. Flint, Richardson, le docteur Choyau, citent des faits de ce genre. Enfin, le plus souvent, la portion de la plèvre qui revêt le péricarde venant à s'enflammer, les mouvements du cœur déterminent un bruit de frottement. Dans ce cas « tout caractère différentiel fait défaut » (Jaccoud, *Pathologie interne*, I, p. 529).

L'observation suivante, bien que le diagnostic n'ait point été vérifié par l'autopsie, me paraît devoir être citée parmi les faits de ce genre.

Obs. I. *Pleurésie. Bruit de frottement simulant une péricardite; guérison.* — Beannal, soldat au 5e régiment d'artillerie, âgé de vingt-cinq ans, entré à l'hôpital militaire de Strasbourg le 4 juin 1869, salle 66, lit 7 (service de M. Lereboullet). Cet homme est malade depuis quatre jours. La maladie a débuté par un violent frisson suivi de chaleur ; le

(1) Consultez, à ce sujet, la thèse inaugurale de M. le docteur Choyau (thèse de Paris, 1869, n° 95).

---

par leur optimisme, prétendent qu'elle est inconnue dans la capitale de l'empire, et que, si parfois un cas se présente, il est regardé comme un crime et puni par la loi, ceux-là, disons-nous, expriment une négation toute aussi fausse que l'affirmation opposée.

Ce qu'ils disent pour Pékin n'est pas plus vrai que pour le reste de l'empire, et particulièrement pour les provinces du sud, ainsi que nous le montrerons plus loin.

Voici ce que dit le Code chinois, et nous prenons le texte de la plus récente révision. A la section CCCXIX du Ta-tsing-leu-lée, nous lisons :

« Un parent qui châtie un enfant de telle sorte que mort » s'ensuive, aura cent coups. Si la mort est immédiate, il a » soixante coups et un an d'exil. »

Peut-être objectera-t-on qu'il ne s'agit pas ici d'infanticide, car châtiment implique répression, et l'infanticide est le meurtre d'êtres irresponsables, conséquemment irrépréhensibles. Il est notoire que la loi chinoise donne d'immenses pouvoirs aux parents, puisque la coutume va jusqu'à consacrer le sacrifice d'un enfant comme un droit ; mais d'après nous, l'article précité, s'il condamne ce droit à propos d'enfants irresponsables par leur âge, réprouve, *à fortiori*, l'infanticide proprement dit : en un mot, c'est l'esprit et non la lettre de la loi qu'il faut prendre et faire servir de base à la discussion.

Du reste, le célèbre traducteur du Code chinois, Staunton, en a jugé ainsi, et il ne manque pas de faire suivre sa traduction d'un commentaire où il emploie l'expression d'infanticide; mais seulement, fidèle à ses principes d'admiration pour les Chinois, il ajoute qu'il ne faut pas donner cette pratique comme une preuve de cruauté, puisqu'elle ne se rencontre que dans les classes pauvres. Nous ne voulons pas atténuer la valeur de cette circonstance, qui cependant n'est pas absolument vraie ; mais, nous replaçant vis-à-vis la loi pure et simple, que faut-il inférer de cette peine édictée contre l'infanticide?

Quand on veut soumettre la législation d'un peuple à un cri-

lendemain survenait un point de côté très-intense; la douleur siégeait au-dessous du mamelon gauche. En même temps: dyspnée, sans toux ni expectoration. Ces symptômes ont été en s'aggravant; le 5 juin, à la visite du matin, je constate l'état suivant : physionomie anxieuse, dyspnée (36 respirations), fièvre (température, 39°,5; pouls 90,). Poitrine bien conformée, mouvements respiratoires très-difficiles en raison de la douleur qu'ils occasionnent. Pas de voussure précordiale; ni retrait, ni soulèvement de la pointe, ni frémissement, ni frottement à la palpation. Matité précordiale peu marquée (verticalement à gauche du sternum : 4 centimètres; horizontalement, 3 centimètres à partir de l'articulation du cinquième cartilage avec le sternum). Bruits du cœur un peu sourds, s'entendant bien néanmoins à la base et à la pointe, sans altération du rhythme ou de timbre; en un point intermédiaire entre la pointe et la base, principalement au niveau de l'articulation de la quatrième côte gauche avec son cartilage : *frottement* râpeux, irrégulier, donnant naissance, à certains moments, à un *bruit de galop* très-manifeste, disparaissant presque complétement dans la station assise, paraissant plus intense au moment des fortes inspirations. A l'examen de la poitrine, diminution du bruit vésiculaire à gauche et à la base; partout ailleurs, respiration faible mais normale. (Dix sangsues à la région précordiale. Calomel, 10 centigrammes en dix paquets, à prendre d'heure en heure.)

Le 7 juin, oppression moindre, fièvre persistante (température, 40 degrés le soir; 39 degrés le matin; pouls, 80 pulsations). Le point de côté a cédé à une deuxième application de sangsues hier au soir. A l'auscultation du cœur: frottement moins marqué, couvrant, au niveau de la quatrième côte, le premier bruit normal du cœur. Le bruit de galop ne s'entend plus; du côté gauche de la poitrine : matité remontant en arrière jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate; égophonie à ce niveau; silence respiratoire au-dessous, excepté vers la colonne vertébrale où l'on perçoit un souffle tubaire. En avant: respiration rude, bruit skodique à la percussion (calomel, 10 centigrammes; vésicatoire en arrière).

Le 9. Ce matin, le bruit de frottement, qu'on ne percevait plus hier soir, a reparu plus distinct mais moins râpeux; il existe à la base mais ne se perçoit que le malade étant assis. Le bruit de galop n'existe plus. L'état de la cavité thoracique ne s'est ni aggravé ni amendé, mais la fièvre persiste toujours (41 degrés hier soir, 38 degrés ce matin; pouls, 85 pulsations).

Le 10, le bruit de frottement n'existe plus à la région précordiale; les battements du cœur sont irréguliers, ses bruits normaux; l'épanchement pleurétique reste stationnaire. La fièvre diminue (37 degrés ce matin). A partir de ce moment, l'amélioration est rapide.

Le 13, on constate une diminution notable de l'épanchement pleurétique. La matité ne remonte plus qu'à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate. En même temps reparaît un bruit de frottement assez doux mais très-net, ayant son maximum d'intensité au niveau de l'articulation de la quatrième côte gauche avec le sternum. Un frottement tout à fait semblable se perçoit en arrière, au niveau de l'angle de l'omoplate. La température fébrile baisse (38 degrés le soir, 36°,8 le matin). Les jours suivants, les bruits anormaux disparaissent, l'épanchement thoracique se résorbe; le malade est convalescent dès le 15 juin. Il sort de l'hôpital le 10 juillet.

Je conviendrai que chez notre malade l'hésitation est encore permise. Le premier signe qui m'avait frappé au moment de son entrée était un bruit de frottement à la région précordiale, bruit de *galop*, considéré comme caractéristique des inflammations du péricarde, bruit constaté très-nettement non-seulement par moi, mais encore par tous les élèves qui, à cette époque, suivaient ma clinique. Je ne trouvais, du côté de l'appareil respiratoire, que des troubles peu marqués; je crus donc à une péricardite et j'ordonnai l'application répétée de sangsues à la région péricardiale. Les caractères ultérieurs du bruit de frottement n'infirmèrent point d'abord ce diagnostic. Les bruits de frottement péricardique sont, en effet, très-variables d'un jour à l'autre en étendue aussi bien qu'en intensité; ils peuvent même disparaître parfois pendant un jour ou deux pour reparaître ensuite; souvent enfin, à part un léger dicrotisme du pouls, la péricardite ne s'accuse par aucun signe bien marqué du côté de l'appareil circulatoire.

Cependant le doute survint quand je vis ce frottement disparaître au moment où l'épanchement pleurétique devenait plus abondant, s'accompagner plus tard d'un bruit tout à fait analogue perçu, en arrière, au niveau de l'angle de l'omoplate; j'hésitai de nouveau quand je vis péricardite et pleurésie disparaître en même temps, et une guérison *définitive* s'établir en moins de quinze jours. Le malade qui fait l'objet de cette observation était, en effet, guéri le 15 juin. Je le gardai à l'hôpital jusqu'au 10 juillet. Plusieurs fois je l'auscultai : jamais je ne perçus aucun nouveau signe de péricardite. Appartenant à la garnison de Strasbourg, il eût été renvoyé à l'hôpital si, après sa sortie, une rechute se fût produite. Pouvait-on dès lors admettre qu'une pleurésie compliquée de péricardite, ayant déterminé un mouvement fébrile assez intense pour faire monter le thermomètre à 41 degrés, fût guérie en quinze jours! Il en serait tout autrement si nous n'avions eu affaire qu'à une pleurésie. Les formes manifestement inflammatoires de cette maladie (pleurésies sèches ou pleurésies accompagnées d'un épanchement très-riche en plasmine) déterminent au début un mouvement fébrile des plus intenses, mais guérissent ensuite très-rapidement. Les faits suivants contribuèrent à me faire croire que les phénomènes stéthoscopiques observés chez notre malade étaient dus à une pleurésie (1).

Barth (*Union médicale*, 1850; t. IV, p. 1) constate près de la région précordiale un bruit de frottement synchrone aux mouvements du cœur. Ce signe stéthoscopique n'avait été précédé d'aucun signe de péricardite; quelques jours après survenait un épanchement pleurétique. Le bruit de frottement paraissait avoir son siége dans la plèvre et était produit par les mouvements du cœur faisant frotter le feuillet pleural du péricarde sur celui qui tapisse la paroi antérieure de la poitrine. «Ce qui tend à prouver la réalité de ce mécanisme, c'est la durée passagère de ce frottement, qui se manifeste au commence-

(1) Consulter, sur ce sujet, outre la thèse du docteur Choyau, le remarquable *Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires*, par le docteur Woillez. Paris, 1872.

---

térium sérieux, il ne suffit pas de considérer tel délit isolément et de chercher ensuite la relation qui existe entre lui et le dégré qu'il occupe dans l'échelle de la criminalité : ce qu'on doit faire, c'est envisager le tempérament général de la législation et les bases fondamentales sur lesquelles elle a été édifiée.

Or, quels sont les principes sur lesquels repose cette législation? Une rigueur excessive : l'emploi de la torture pour forcer les aveux, la peine capitale presque à chaque délit ou crime. Sans doute la torture est actuellement très-mitigée, si on la compare à ce qu'elle était autrefois; sans doute aussi la peine de mort est plus souvent édictée qu'exécutée, et le souverain n'use qu'avec une modération relative du cercle rouge dont doit être entouré le nom de tout coupable qui ne trouve pas grâce devant sa clémence; mais si l'on compare la sévérité de l'article précité à la rigueur générale de la législation, on arrivera à cette conclusion, que les cent coups de bambou et l'année d'exil sont la preuve que le législateur n'a pas été très-ébranlé quand il a dû appliquer une peine à un forfait que les nations civilisées, bien qu'elles ne le connaissent que trop, mettent au rang des plus abominables. Car, le Code pénal français, par l'article 302, le punit de la mort. Le sentiment national chinois est donc satisfait de cette pénalité; aussi, dès à présent, avons nous acquis ces deux points : 1° l'infanticide a sa place dans le code; 2° il y est considéré comme une faute simple.

Maintenant, comment la loi est-elle appliquée?

Montesquieu a écrit que ce ne sont pas les lois d'un peuple qui doivent le faire apprécier, mais la manière dont il les observe. Prenant pour point de départ cette proposition de Montesquieu, nous pourrions nous livrer à l'étude des rapports qui existent entre les théories morales et philosophiques de la Chine et ses pratiques sociales considérées dans le temps présent, et il nous serait facile de montrer quelle distance les sépare : mais tenons-nous-en à notre sujet. L'infanticide est-il recherché et puni? Au tome XXIX des Lettres édifiantes, le

ment de la pleurésie, lorsque les lames de la plèvre, revêtues de fausses membranes, sont encore en contact, et disparaît quand le liquide épanché, devenu plus abondant, éloigne l'un de l'autre les deux feuillets séreux. »

Le docteur Stillé (1), de Philadelphie, cite un fait analogue. Stokes déclare que les bruits de frottement qui accompagnent les mouvements du cœur peuvent dépendre de la présence d'inégalités sur cette portion de la plèvre qui recouvre la partie libre du péricarde.

Le murmure résulte alors du frottement de la plèvre, qui recouvre cette portion libre du péricarde, soit contre les parois thoraciques, soit contre la surface du poumon. Ces bruits de frottement ne peuvent être distingués du frottement péricardique.

Une observation suivie d'autopsie se trouve consignée dans la thèse du docteur Choyau.

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans qui présentait, à l'auscultation de la région précordiale, un double frottement que l'on prit pour un frottement péricardique. A l'autopsie, on constata l'intégrité du péricarde. Une fausse membrane blanche, lisse, très-résistante, adhérait au bord gauche du cœur, près de la base. La plèvre qui recouvrait la partie antérieure de la face interne du poumon était couverte de fausses membranes rugueuses, récentes, contre lesquelles le cœur était projeté à chaque systole ventriculaire. Enfin, M. le docteur Woillez (*Traité clinique, etc.*, p. 302) appelle l'attention sur les particularités qui démontrent la production de bruit de frottement pleurétique dû à l'impulsion de la pointe du cœur. Il cite l'observation d'un malade atteint de pleurésie et chez lequel les saccades de frottement, isochrones à l'impulsion du cœur, pouvaient être perçues pendant le repos respiratoire. Ces bruits de frottement cessèrent d'être perçus dès que le liquide se fut accumulé dans la plèvre.

Dans un autre cas (obs. 36) le troisième bruit du cœur était immédiatement suivi d'une petite saccade de frottement qui existait seule dès que l'on faisait suspendre les mouvements de la respiration et qu'on rendait ainsi impossible le bruit de frottement pleural, qui en même temps accompagnait l'inspiration et l'expiration.

Comme terme de comparaison, je dois citer immédiatement l'observation d'un autre malade chez lequel des signes stéthoscopiques analogues ont été observés :

Obs. II. *Pleurésie et péricardite, thoracocentèse ; guérison.* — Pomazède, soldat au 96e de ligne, vingt ans, entre à l'hôpital de Strasbourg le 31 août 1869, salle 66, lit n° 18 (service de M. Lereboullet). Malade depuis huit jours ; à cette époque, dyspnée survenant par accès, avec palpitation, sans frissons, ni fièvre, ni point de côté. En même temps : toux sèche, fréquente, avec expectoration spumeuse, blanchâtre. Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital : dyspnée extrême, surtout la nuit, chaleurs, sueurs profuses. Le 31 août, à la visite du matin, je constate l'état suivant : décubitus dorsal, figure pâle, fièvre modérée (température, 38 degrés, pouls, 110 pulsations); dyspnée (34 Resp.). Développement exagéré (probablement congénital) du tissu adipeux du sein gauche. Dilatation marquée du thorax du côté gauche. Matité compacte en avant jusqu'au bord droit du sternum et jusqu'à la clavicule ; en arrière dans toute l'étendue : légère sonorité dans les régions claviculaire et sus-épineuse quand le malade est assis; absence complète des vibrations thoraciques. En avant, silence absolu ; en arrière, jusqu'à la base, souffle tubaire se rapprochant du souffle amphorique. Bronchophonie prenant, dans les parties supérieures seulement, le caractère de l'égophonie. A droite, respiration puérile. La pointe du cœur ne peut être perçue ; les bruits du cœur s'entendent très-difficilement, sous le sternum, au niveau de l'articulation de la sixième côte du côté droit (ventouses sèches, potion diurétique).

Le 1er septembre. Température, 38 degrés ; pouls, 100 pulsations. Nuit agitée, même état qu'hier. La thoracocentèse est pratiquée. Il sort 1500 centimètres cubes de liquide séreux, limpide. Durée de l'écoulement : trois quarts d'heure, pas de quintes de toux après l'opération. Dans la journée, soulagement notable ; le soir, à quatre heures, température, 37°,8; pouls, 80 pulsations; respiration calme. La matité n'existe plus qu'en arrière, jusqu'à l'angle de l'omoplate. A ce niveau, souffle tubaire, égophonie, diminution des vibrations. En avant, bruit respiratoire mélangé à la base de quelques râles sous-crépitants. Le cœur bat à 1 centimètre au-dessous, 4 centimètres en dedans du mamelon. Bruits normaux à la pointe et derrière le sternum. Au niveau de l'articulation de la troisième côte droite avec le sternum, *bruit de galop* très-net. Le frottement est rude, râpeux, manifeste pendant le repos respiratoire, plus intense dans les fortes inspirations et dans la station assise.

Les jours suivants, la fièvre tombe ; les restes de l'épanchement se résorbent ; mais les bruits de frottement péricardique augmentent d'intensité.

Le 5, légère exacerbation fébrile (température, 38 degrés) et accès de palpitation (sangsues).

Le 6, application d'une vessie de glace qui reste en permanence sur la région précordiale. Le malade supporte bien ce traitement, qui est continué jusqu'au 9.

A partir du 12, convalescence (tartrate ferrico-potassique, extrait de quinquina).

Le 26, nouvel accès de palpitations, et à l'auscultation, bruit, de frottement très-sec, très-râpeux, coïncidant avec le deuxième bruit du cœur ; ce bruit se perçoit exclusivement au niveau de l'articulation chondro-sternale de la troisième côte gauche. L'état du poumon est parfaitement normal (vésicatoire à la région précordiale, médication tonique).

A partir du 30, amélioration notable. Le malade quitte l'hôpital.

Depuis cette époque, l'épanchement thoracique ne s'est pas reproduit.

On le voit, chez notre second malade les signes stéthoscopiques ont été à peu près identiques avec ceux que nous avons observés chez le premier. La maladie a duré environ cinq semaines; mais une fois la thoracocentèse pratiquée et la complication pleurale écartée, la péricardite, devenue manifeste,

(1) Cité par le docteur Choyau.

P. d'Entrecolles cite un édit de l'empereur défendant de noyer les enfants; de peine, il n'en est pas fait mention; l'édit se contente de donner quelques conseils d'une moralité très-saine, mais insuffisante comme sanction. Il existe un autre édit de l'empereur Kien-Long (1773), où cette pratique est dénoncée comme une *mauvaise habitude*, déférée aux tribunaux, qui statueront comme dans le cas de meurtre d'enfants ou petits enfants. L'empereur Kien-Long, instruit des ravages de cette funeste habitude, avait cru devoir en réprimer au moins les abus ; mais il faut l'avouer, malgré l'excellente intention du souverain, cet édit était conçu en termes trop vagues pour permettre aux magistrats des jugements suffisamment répressifs.

Toujours est-il que la coutume persista, si bien qu'en décembre 1868, le vice-roi du Kwantung fut forcé d'adresser une proclamation provinciale où il rappelle l'édit précité; car le mal avait atteint des proportions considérables. Ainsi, le n° 6 du vol. 3 contient un article relatant, à la date de mars 1869, la fréquence excessive de ce crime, dans les environs d'Amoy et dans les principaux centres de la province. L'auteur ajoute qu'ayant souvent questionné les parents, ceux-ci lui ont toujours répondu qu'ils n'y voyaient aucun mal.

Dans le rapport des délégués de la chambre de commerce de Shanghaï (1868), il est dit qu'au Kouit-Chou l'infanticide existe dans de larges proportions non-seulement chez les pauvres, mais encore chez les gens riches. Cette remarque s'applique également à la province de Set-Chuen.

Est-il vrai que Pékin, comme on l'a dit, possède le privilége de ne pas voir ce crime, si souvent observé par les jésuites, qui ont pourtant cherché à l'atténuer en faisant remarquer, très-justement d'ailleurs, qu'on ne doit pas confondre les cas d'infanticide avec l'abandon d'enfants mort-nés pour lesquels les parents ne peuvent faire les frais d'inhumation ?

De nos jours même, on a faussement interprété le sens d'une institution dont parle le P. Huc ; le tombereau qu'il décrit et que nous avons pu voir circuler dans les rues de

a été énergiquement combattue. Les accès de palpitations, survenus quinze jours environ après la résorption totale de l'épanchement, la persistance du frottement péricardique alors qu'il n'existait pas de frottement pleural, enfin la dyspnée et l'état du pouls qui restait manifestement dicrote, précisaient le diagnostic. Si tous ces signes n'avaient pas été aussi tranchés, n'aurait-on pu, comme dans notre première observation, comme dans les faits cités par Barth, Stokes et Choyau, admettre que l'on n'avait affaire qu'à une pleurésie?

Un mot encore. Cette dernière observation, qui a été citée dans un autre travail (1), prouve combien a été efficace l'intervention chirurgicale. Goupil, Négrier, et surtout Béhier, ont signalé les dangers que font courir au malade une pleurésie compliquée de péricardite. « La péricardite (Woillez, *Traité clinique*, p. 354) paraît déterminer la mort plus hâtivement que toute autre cause. » Or, les difficultés de l'auscultation du cœur m'avaient empêché, avant la ponction du thorax, de reconnaître cette grave complication que la rapidité, la petitesse, le dicrotisme du pouls, ne suffisaient point à caractériser.

Conclusions. — Les mouvements du cœur donnent quelquefois naissance à des bruits de frottement qui, tout en se passant dans la plèvre, peuvent en imposer pour des bruits de frottement péricardique. Le plus souvent, le diagnostic différentiel n'est possible qu'au bout de quelques jours, alors que les signes de l'épanchement pleurétique deviennent manifestes et font disparaître les bruits de frottement.

Il importe de signaler ces faits, qu'un examen attentif pourra plus complétement élucider.

COURS PUBLICS

Thérapeutique.

Du traitement de la syphilis. — Méthode des traitements successifs. Leçon professée à l'hôpital de Lourcine par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté.

(Suite. — Voyez les numéros 7, 9 et 11.)

Je n'entrerai pas, Messieurs, dans le détail de tous les modes d'administration du mercure, non plus que de toutes les formes pharmaceutiques sous lesquelles ce remède a été prescrit. Cela, vous le trouverez dans vos livres de thérapeutique et de matière médicale. Il n'entre dans mon programme que de vous entretenir des principales méthodes auxquelles l'expérience commune a accordé la préférence sur toutes les autres et d'en instituer la critique devant vous.

La méthode externe, dite *des frictions*, est à la fois la plus ancienne et la plus active. C'est elle qui au xvie siècle excite cet enthousiasme dont les écrits des vieux auteurs font naïvement foi. C'est elle qui fournit un premier et utile secours contre les ravages du *mal français*. Elle consistait alors (comme du reste elle consiste encore de nos jours) en une série de frictions journalières, pratiquées sur divers points du corps avec un certain poids d'une pommade mercurielle. Cette vieille méthode a pu être perfectionnée, modifiée dans quelques détails, que je passe sous silence; n'importe, elle n'a pas varié comme principe, et c'est aux premiers observateurs du mal français que revient l'honneur d'en avoir découvert et signalé l'efficacité merveilleuse.

Nul doute que les frictions ne constituent le mode le plus énergique d'administrer le mercure, comme aussi la méthode la plus sûre et la plus rapide en ses effets. L'accord est presque unanime sur ce point, et je puis vous dire pour ma part qu'en maintes et maintes occasions j'ai vu le traitement par les frictions suivi — du moins quant à ses résultats immédiats — des plus éclatants succès.

Et cependant, Messieurs, ce traitement nous ne l'employons pas ici, ou nous n'y avons recours que d'une façon assez rare, presque exceptionnelle. Pourquoi? C'est qu'il comporte deux inconvénients, ou, pour mieux dire, un inconvénient et un danger.

L'inconvénient, c'est d'être un traitement sale, malpropre, coûteux en linge, qui déplaît fort aux malades, qui les dégoûte et qu'ils finissent par prendre en horreur. Les femmes surtout sont singulièrement réfractaires à cette méthode; elles ne l'acceptent qu'avec répugnance, et bientôt elles viennent vous supplier de lui substituer un autre traitement.

Le danger, c'est la *stomatite*. Si l'on n'y prend garde, les frictions mercurielles ne manquent guère de déterminer une violente inflammation buccale; peu de jours se passent sans que les gencives se prennent, et, si l'on continue alors la médication, il peut se produire une de ces stomatites effroyables dont les écrits de nos pères nous ont laissé le sinistre tableau, une stomatite suraiguë, qui boursoufle, ramollit, ulcère, détruit les gencives, qui ébranle les dents, qui peut même s'attaquer aux maxillaires, et qui en tous cas impose aux malades un véritable supplice de plusieurs septénaires.

A ce propos, en effet, il importe au plus haut point que vous ne perdiez jamais de vue en pratique les deux considérations suivantes: 1° C'est, d'abord, que de tous les modes d'administration du mercure le traitement par les frictions est celui qui sans contredit expose le plus aux dangers de la stomatite;

(1). Voyez : *Pleurésie et thoracentèse*, par le docteur Lereboullet. (*Montpellier médical*, 1872, p. 115.)

Pékin n'a nullement pour mission de recueillir les victimes d'un crime. Le P. d'Entrecolles, au tome XXXI des Lettres édifiantes, nous affirme qu'il existe à Pékin (1725) un temple où l'on apporte les enfants exposés, pour de là les conduire à l'hôpital, qui se charge de leur sépulture.

Nous irons plus loin ; et, en nous plaçant en présence de la distinction légale entre l'infanticide par omission et celui par commission, nous admettrons que ce dernier est fort rare.

Mais que dire de l'autre ?

Sans discuter les chiffres de sir J. Barrow et d'autres écrivains, nous avancerons ceci : que l'infanticide existe à Pékin, que la police ne s'en préoccupe nullement, que la chronique judiciaire de la Gazette impériale ne l'enregistre pas, que l'opinion publique ne s'en émeut jamais, que ceux qui le savent n'y prennent point garde, et que les étrangers, fort peu mêlés à la société indigène, ne s'en aperçoivent pas.

Mais il y a un établissement qui, quoique récent, connaît à peu près toute la vérité sur ce point. L'orphelinat des sœurs de Saint-Vincent de Paul, établi depuis quelques années à Pékin, peut entendre chaque jour la note lugubre du paupérisme et de la misère dans la capitale du Céleste-Empire ; il peut montrer les preuves de l'existence du crime dont nous cherchons à établir la triste réalité.

M. Med'hurst (*China, ist state*, 1838, p. 43) s'exprime ainsi : « L'infanticide est plutôt le résultat de la misère que d'une passion mauvaise. Il se rapporte à des considérations économiques, car il est plus commun là où la misère est la plus grande, notamment dans le sud plus que dans le nord. »

Ellis dit qu'il ne l'a pas constaté personnellement.

De Guignes émet la même opinion ; Bridgmann et Gutzlaff en ont été témoins et admettent sa réalité. Ce dernier compte que sur 000 cas il y en a 999 se rapportant à des filles ; il ajoute que la population est telle que cette pratique ne saurait l'entraver.

Le savant abbé David, dans son itinéraire de Pékin à Sartchi, raconte qu'il a vu à Suen-Hoa-Fou une jolie petite

2° c'est, en second lieu, que la stomatite provoquée par les frictions est en général bien plus brusque dans son apparition, plus intense et plus grave d'emblée, moins susceptible en conséquence d'être enrayée dans son évolution ultérieure, que la stomatite qui succède à l'ingestion du mercure ou à tout autre mode de traitement. Quoi qu'on fasse, on court toujours un certain risque avec les frictions; quelque attention, quelque vigilance qu'on apporte à la cure, on n'est jamais certain avec ce procédé de ne pas exciter vers les gencives une fluxion inflammatoire singulièrement désagréable et pénible. Et c'est alors partie manquée, car force est bien non-seulement d'interrompre la médication, mais de renoncer à l'emploi du mercure, sous quelque forme que ce soit, pour un temps plus ou moins long. — Conséquence : le mal persiste et le médecin se trouve désarmé.

Aussi ne parvenons-nous à instituer ici le traitement par les frictions, quand nous sommes forcés d'y recourir, qu'en nous entourant de précautions multiples et en procédant de la façon suivante :

En prescrivant, par exemple, une seule friction tous les deux jours (chacune avec 2, 3 ou 4 grammes de pommade mercurielle double), ou bien trois frictions consécutives en trois jours, suivies de quatre jours de repos; — en administrant d'une façon simultanée le chlorate de potasse à l'intérieur et en gargarismes; — en recommandant à nos malades des soins d'hygiène buccale des plus minutieux; — et surtout en surveillant chaque jour l'état des gencives, bien décidés par avance à suspendre le traitement à la première menace d'irritation buccale.

Et encore, malgré tous ces soins, ne sommes-nous jamais assurés de nous tenir à l'abri d'une stomatite.

Aussi, d'après nous, le traitement par les frictions ne saurait-il jamais entrer dans la pratique au titre de méthode courante; c'est et ce sera toujours une méthode d'*exception*, qui doit être réservée à certains cas spéciaux et n'être mise en œuvre que sur l'une des trois indications suivantes :

1° Ou bien contre des accidents sérieux qu'il importe de modifier sûrement et rapidement;

2° Ou bien contre des accidents rebelles à d'autres traitements;

3° Ou bien dans les cas où le mercure n'est pas toléré par l'estomac.

Je ne ferai que vous signaler comme annexe à ce qui précède un autre mode d'administration du mercure par les voies externes : je veux parler des *injections sous-cutanées*.

Les injections mercurielles sous-cutanées sont d'une introduction trop récente encore dans le traitement de la syphilis pour qu'on puisse porter sur elles un jugement définitif. Toutefois, dès aujourd'hui, on peut sûrement prévoir qu'elles ne se substitueront dans les préférences de nos confrères ni à la méthode des frictions, ni surtout à la méthode par ingestion. Elles sont loin en effet d'avoir répondu dans la pratique commune aux espérances qu'on pouvait en concevoir et aux éloges prématurés qui leur furent décernés à l'origine par certains observateurs.

Je n'en ai, pour ma part, obtenu jusqu'à ce jour rien de satisfaisant, et bien que mes expériences ne soient pas encore assez nombreuses pour pouvoir condamner cette médication sans appel, je crois être autorisé à la juger assez sévèrement.

C'est là d'abord une méthode aussi peu pratique que possible, exigeant chaque jour une ou deux petites opérations, exigeant donc une visite quotidienne du médecin au malade, ou réciproquement.

C'est de plus une méthode qui n'est pas exempte de dangers ou d'inconvénients. Lorsque j'ai pris ici le service de Lourcine, j'ai vu dans cet hôpital plusieurs femmes qui, à la suite d'injections de sublimé pratiquées sur la région dorsale, présentaient en ce point de véritables *eschares*, eschares intéressant *tout* le derme, plus ou moins larges, mais dont l'une ne mesurait pas moins de 4 à 5 centimètres de diamètre. Depuis cette époque, je dois le reconnaître, la méthode a été perfectionnée, et ces gangrènes ne sont plus à craindre, dit-on. Soit. Mais ce que j'ai vu, ce que j'ai produit moi-même, tout en me servant des procédés les plus « perfectionnés », des instruments et des formules de mes honorés confrères, c'est qu'à la suite de ces injections il se produisait *souvent* de véritables *tumeurs* sous-cutanées, dures, douloureuses, du volume d'une noix et voire même d'un petit œuf, tumeurs assez persistantes et parfois rebelles pendant plusieurs septénaires. Ce que j'ai constaté encore non moins fréquemment, c'est que les régions sur lesquelles étaient pratiquées ces piqûres multiples ne tardaient guère (chez les femmes du moins) à devenir singulièrement endolories et sensibles à la moindre pression, au moindre attouchement; et cela à ce point que plusieurs de nos malades ne marchaient plus qu'avec difficulté (quand les piqûres avaient été faites aux membres inférieurs) ou ne pouvaient plus se coucher sur le dos (quand les injections avaient porté sur la régions scapulaire ou rachidienne). Ce que je dois dire encore, c'est que nos malades témoignaient une grande répugnance à ce mode de traitement, et que plusieurs auraient quitté l'hôpital si nous n'avions modifié leur médication.

Les injections sous-cutanées ne resteront donc vraisemblablement dans la pratique qu'au titre de *méthode exceptionnelle*, à laquelle, *faute de mieux*, on sera heureux de recourir en certains cas, alors, par exemple, que, pour une raison ou pour une autre, le mercure ne pourra être administré par l'estomac; mais à coup sûr, je crois, elles ne se généraliseront jamais comme méthode usuelle, comme méthode à proposer d'em-

---

fille de douze ans attachée à un arbre, afin qu'elle pût mourir de faim et être dévorée par les loups. Son crime était d'être devenue aveugle et d'être trop à la charge de ses parents. Assurément, c'est un exemple de monstruosité; d'autre part, de tels faits ne sont malheureusement pas impossibles à signaler chez les nations européennes; mais la réprobation et la pénalité qui les frappent sont tout autres qu'en Chine, où ils restent impunis.

Des considérations qui précèdent et la critique des opinions et des faits exposés dans ce travail, nous concluons :

2° L'infanticide existe en Chine;

° Le sentiment national ne le place pas au rang des crimes;

3° La législation n'édicte qu'un châtiment léger, équivalent à celui des plus simples délits; tandis qu'elle établit avec soin la hiérarchie des crimes, elle ne consacre à ce délit qu'un article succinct, très-implicite et privé de commentaires et clauses;

4° Le meurtre des filles est plus fréquent, parce qu'on les regarde comme incapables de subvenir aux nécessités des parents dans leur vieillesse et leurs infirmités;

5° On ne peut inférer que ce soit l'amour du mal qui pousse à ce crime; la misère en est le mobile ordinaire, elle-même appuyée par la superstition, qui consiste à admettre qu'en vertu de la transmigration des âmes, l'enfant voué à la misère ici-bas ne peut qu'être heureux de regagner au plus vite le monde des ténèbres;

6° Lorsqu'on interroge un Chinois de la classe des lettrés, il est difficile de surprendre ce que recèle le fond de sa conscience. Sa sensibilité s'éveille; il proteste, mais non avec cet accent de réprobation qui est celui d'une âme vraiment élevée. Il proteste, en un mot, dans la mesure des droits que lui donne une législation en harmonie avec le sentiment non originel, mais au moins acquis d'une nation qui, dans l'ordre des grandes passions, a visiblement rétrogradé, comme elle

blée aux malades, car, sans rien préjuger de leur valeur thérapeutique, elles comportent comme procédé, comme application, des inconvénients sérieux.

Tout autre se présente la méthode dont il me reste à vous parler et à laquelle se sont rattachés, comme traitement usuel, presque tous les praticiens de nos jours.

C'est la méthode *par ingestion*, consistant à administrer le mercure par l'estomac, sous telle ou telle forme pharmaceutique que le médecin préfère. Celle-ci est des plus simples comme application. Elle est généralement bien tolérée par les malades. Elle offre surtout l'avantage d'être infiniment moins périlleuse pour les gencives que ne le sont les méthodes externes, les frictions spécialement. Enfin elle fournit en général des résultats thérapeutiques des plus satisfaisants.

Très-nombreux sont les composés mercuriels qu'à diverses époques ou de nos jours même on a introduits dans l'estomac. Il serait sans utilité de vous les citer tous, car la plupart sont déjà justement oubliés, et aucun de ceux qui ont survécu ne présente de propriétés qui les différencient à titre important des préparations les plus communément usitées.

De tous ces remèdes, il en est deux seulement dignes de nous occuper, parce que c'est sur eux que se sont à bon droit réunies les préférences des praticiens.

1° Le *sublimé* (bi-chlorure d'hydrargyre), depuis Van Swieten et Dupuytren, est devenu d'un usage très-commun dans le traitement de la vérole. C'est en effet un remède actif, très-actif, qui ne jouit pas d'une réputation usurpée.

Malheureusement, c'est un remède assez fréquemment *intoléré* et véritablement intolérable. En ce qui nous concerne ici, parlant plus spécialement de la thérapeutique mercurielle applicable aux femmes, je dois dire qu'en général le sublimé est mal accepté de nos malades. Son affreux goût d'abord leur fait horreur. Il est vrai qu'on peut parer à cet inconvénient en prescrivant le remède sous forme de pilules. Mais administré d'une façon ou d'une autre, le sublimé n'aboutit pas moins à « faire mal à l'estomac ». Il détermine en effet très-fréquemment des douleurs gastriques, des crampes, des tortillements, des coliques; si bien qu'à l'hôpital il est connu sous le sobriquet trivial, mais significatif, de « *casse-poitrine* ». J'ajouterai encore que son administration quelque peu prolongée est suivie parfois de véritables *dyspepsies* ou même de *gastralgies* assez persistantes. Donc, c'est un remède qui, règle presque générale, est mal accepté par des estomacs susceptibles ou délicats, *qui ne convient pas aux femmes*. — Et je pourrais ajouter, comme le fabuliste :

..... Je sais même sur ce fait
Bon nombre d'hommes qui sont femmes.

car j'ai bien souvent observé que, administré à l'homme, le sublimé déterminait les mêmes accidents immédiats ou consécutifs.

2° Le *proto-iodure* n'est pas, tant s'en faut, passible d'objections semblables. Relativement, c'est une préparation *douce*, facilement agréée par l'estomac. Huit ou neuf fois sur dix, il ne détermine, même chez la femme, aucun phénomène d'intolérance gastrique, surtout si l'on a soin, comme c'est l'usage, de lui associer une faible dose d'opium (1 centigramme environ pour chaque dose).

On le donne en pilules, comme vous le savez.

Sa dose quotidienne *active*, pour une femme adulte et de constitution moyenne, varie de 5 à 10 centigrammes environ. Mais sur ce point il n'est pas de règle fixe, car les susceptibilités individuelles sont très-variables. D'une part, la *tolérance gastrique* pour le proto-iodure est très-inégale d'un sujet à un autre. Telle femme supporte aisément une dose qui incommode sa voisine, ou inversement. — D'autre part, ce qu'il faut également consulter pour le dosage du remède, c'est la *tolérance buccale*, qui n'offre pas moins de variétés. Toutefois, on peut dire qu'en moyenne, chez la femme, une dose de 5 centigrammes reste presque toujours sans influence sur les gencives ; qu'une dose de 10 centigrammes les excite parfois, assez souvent même, mais à un faible degré; qu'une dose de 15 centigrammes et au delà ne manque guère de retentir sur la bouche. — En troisième lieu et surtout ce à quoi toute dose théorique reste soumise, c'est l'*effet thérapeutique* résultant du remède. Si telle dose exerce une influence marquée sur les symptômes, c'est *la bonne*, quelle qu'elle soit. Nul besoin de la dépasser, du moins pendant un certain temps, c'est-à-dire tant qu'elle conserve son action. — Mêmes variétés aussi d'un sujet à un autre à ce dernier et très-essentiel point de vue. Ainsi, bien qu'une dose de 5 centigrammes soit déjà généralement active sur la plupart des femmes, il est bon nombre de malades qui n'en ressentent guère d'effets, et auxquelles des doses supérieures sont absolument indispensables. Bien souvent il m'est arrivé de guérir avec 15 ou 20 centigrammes administrés quotidiennement des symptômes qui avaient résisté à une administration plus timide du même remède.

Il faut donc, pour connaître la *dose tolérée* et la *dose active* (ce qui n'est pas toujours identique, malheureusement), tâter, pour ainsi dire, la susceptibilité de chaque malade, l'étudier, et se conduire en conséquence. Rien ne peut être prévu, réglé, déterminé *à priori*. Tout dépend des données du cas individuel ; et, en définitive, *la dose du remède reste toujours et nécessairement soumise à ces trois facteurs : tolérance gastrique, tolérance buccale, effets thérapeutiques*.

Avec un peu d'habitude et d'attention, le praticien vient facilement à bout de ces difficultés. Un seul cas embarrassant se présente, c'est quand il y a inégalité marquée entre la dose tolérée du remède et la dose active, ou plus simplement quand

---

semble vouloir, dans l'ordre des grandes idées, se condamner à une éternelle immobilité.

Ainsi, la réalité de l'infanticide, le degré qu'il occupe dans l'échelle de la criminalité, la signification morale qui lui est attribuée, expliquent ce jugement sévère d'un des écrivains de notre temps : « La Chine est une humanité inférieure. »

E. Martin,
Médecin de la légation de France à Pékin.

Légion d'honneur. — Ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent :

Au grade de chevalier : MM. le docteur Malingre ; le docteur Thermes; le docteur Mettais ; le docteur Roques; le docteur Dubuc; le docteur Arnoult ; le docteur Yvonneau ; le docteur Liébault ; le docteur Rémilly ; M. Collin, fabricant d'intruments de chirurgie à Paris.

— Par décret, les établissements ci-dessous ne pourront être créés qu'après accomplissement des formalités prescrites pour les ateliers insalubres, dangereux ou incommodes.

Fours à ciment permanent (fumée, poussière: 2e classe.) Fours à ciment ne travaillant pas plus d'un mois par an (fumée, poussière; 3e classe.) Lavage et séchage en grand des déchets des filatures de lin, de chanvre et de jute (odeur, altération des eaux; 2e classe.) — Traitement des graisses de cuisine (odeur; 1e classe.) — Refonte des graisses et suifs (odeur; 3e classe) — Fabrication des huiles de ressence (odeur, altération des eaux; 2e classe.) — Injection des bois à l'aide des huiles lourdes créosotées, ateliers opérant en grand et d'une manière permanente (odeur, danger d'incendie ; 2e classe.) — Lavoir à minerais en communication avec des cours d'eau (altération des eaux; 3e classe.) — Dépôts d'os secs en grand (odeur; 3e classe.) — Pelenage et séchage de peaux (odeur ; 2e classe.) — Fabrication du superphosphate de chaux et de potasse (Émanations nuisibles ; 2e classe.)

la bouche ou l'estomac se refuse à tolérer la dose qu'il serait nécessaire d'administrer pour obtenir un effet curatif. Ce cas est assez rare, fort heureusement. C'est alors affaire d'habileté et d'expédients pour louvoyer entre des écueils opposés. Ici encore il n'est pas de règles de conduite tracées à l'avance. Tantôt on se trouvera bien de changer la méthode d'administration du remède; tantôt il suffira de changer, non pas la méthode, mais seulement le choix du composé mercuriel; ailleurs il sera bon, pour *forcer* la tolérance, d'associer au mercure une dose élevée d'opium, ou de le combiner au chlorale, ou bien encore (ce qui m'a quelquefois réussi) de procéder par traitements interrompus, c'est-à-dire de donner le mercure pendant quelques jours à dose suffisante, puis d'en cesser brusquement l'usage pour le reprendre et l'abandonner successivement, etc. Mais ce ne sont plus là que des détails secondaires de la médication mercurielle, sur lesquels je n'ai pas à insister dans un exposé aussi général que celui-ci.

La méthode par ingestion, dont je viens de vous esquisser les bases à grands traits, est certes moins active que la méthode des frictions. Elle est surtout bien moins rapidement active. Il y a lieu, cependant, de la préférer à cette dernière comme traitement usuel, comme traitement à essayer *en premier lieu*, car elle est plus simple, plus commode, plus douce, plus facilement acceptée des malades et surtout mieux tolérée par les gencives et l'estomac. C'est donc par elle que je vous conseille de débuter toujours, empiriquement sans doute, mais avec de grandes chances de succès.

Mais il est, dans le traitement mercuriel, une question plus importante encore, plus essentielle pratiquement, que le choix d'une méthode, que la détermination d'un dosage. C'est la question de *durée* de ce traitement.

Combien de temps faut-il qu'un sujet syphilitique reste soumis au traitement mercuriel, pour que le mercure exerce sur sa maladie cette action générale dont nous avons parlé, cette préservation d'avenir qui doit être, en somme, le but de nos efforts? Là n'est pas, Messieurs, le moindre embarras du médecin, là n'est pas la moindre difficulté du sujet que nous traitons.

Le problème se pose de la sorte : Voici un malade syphilitique auquel, pour divers accidents, nous avons, je suppose, prescrit le mercure. Ces accidents ont disparu actuellement. Qu'allons-nous faire alors, que devons-nous faire? Faut-il continuer l'emploi du mercure ou le cesser? Et s'il faut le continuer, quand et comment, combien de temps? Questions essentiellement pratiques, comme vous le voyez, et qui méritent d'être discutées à fond; questions majeures par excellence, car de leur solution dépend l'avenir de ce syphilitique, la guérison ou la non-guérison de ce malade.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Morphine et chloroforme.

Monsieur le Rédacteur,

Notre illustre professeur du Collége de France vient d'attirer l'attention des chirurgiens sur les résultats qu'on pourrait obtenir de la combinaison de certains agents, introduits dans l'économie par la méthode hypodermique, avec les inhalations du chloroforme. Tous les journaux ont cité des expériences de M. Goujon paraissant accorder à la morphine et au chloroforme combinés l'avantage de continuer l'anesthésie plus facilement avec de petites doses de chloroforme et d'étendre la période du sommeil au delà du moment où agit cette dernière substance.

A l'hôpital militaire de Strasbourg, mon collègue et ami M. Sarrazin avait commencé des expériences pendant l'hiver de 1869-70 : prenant le service au semestre d'été (1870), j'ai pratiqué quelques opérations après administration de la morphine et du chloroforme; mais pendant tout le siége de Strasbourg j'aurais eu l'occasion de répéter ces essais sur une large échelle : je ne l'ai pas fait, et voici pourquoi.

Si pour des opérations légères, la période de sommeil peut s'étendre et éviter au malade, par un repos artificiel, les premières douleurs cuisantes, suites inévitables d'un traumatisme opératoire, *dans les blessures graves accompagnées de phénomènes nerveux, prolonger le sommeil après l'opération, c'est tuer souvent l'opéré.*

Voici ce que nous écrivions, au mois de septembre 1871, dans un travail adressé au Conseil de santé des armées et inséré dans les derniers numéros du MONTPELLIER MÉDICAL (mars 1872, page 228).

Dès le début de la guerre, notre attention avait été attirée sur les moyens de calmer la première douleur consécutive à l'opération, et sur la possibilité de supprimer la période d'agitation dans le sommeil chloroformique, et, dès lors, le délire nerveux des opérés. Nous avons pratiqué dans ce but quelques injections hypodermiques avec le chlorhydrate de morphine au moment où l'on commençait les inhalations. Quelquefois, il nous a semblé qu'en effet l'agitation était moindre; mais le plus souvent, chez nos soldats, où la quantité de chloroforme à employer est assez grande, la période d'agitation existait comme si nous n'avions rien injecté.

Quant à la douleur consécutive à l'opération, elle devait disparaître sous l'influence du sommeil opiacé qui se continuerait après celui du chloroforme. Utile en certains cas où l'ébranlement nerveux d'une grande opération n'est pas à redouter, nous rejetons ce moyen comme dangereux pour les grands traumatismes. Il n'est pas complétement démontré que le chloroforme, qui abaisse la température de l'organisme, ne contribue pas après l'opération à reproduire cet état d'immobilité nerveuse que nous avons vu se terminer plusieurs fois par la mort. Dans de telles conditions, vouloir combiner l'opium et le chloroforme serait doubler le danger.

Depuis notre travail, les recherches de M. Demarquay et de ses élèves sur la température après les grands traumatismes; nos propres observations sur le moment favorable aux amputations, d'après les indications du thermomètre (*Montpellier médical*, (Siége de Strasbourg), janvier, février 1872), les publications de M. Cl. Bernard sur les sources de la chaleur, et de notre confrère M. Mathieu, agrégé au Val-de-Grâce sur les gaz du sang, pendant le sommeil, nous permettent d'affirmer encore plus notre conclusion.

Un homme ayant souvent des habitudes alcooliques, et quelquefois placé à l'instant même de la blessure, sous l'influence aiguë de l'alcool, est atteint d'une plaie par éclat d'obus : il est plongé dans le coma de la stupeur, il y a une hémorrhagie abondante sur le coup. Vous allez pendant l'opération lui faire subir une nouvelle perte de sang, un nouveau choc nerveux par l'ablation d'un membre : c'est à peine s'il a pu sortir de ce sommeil terrible dû à l'anémie, au double ébranlement nerveux : toutes les sources de chaleur ont été diminuées en lui par l'alcool, par la stupeur, l'aglobulie, vous venez d'y ajouter le refroidissement par le chloroforme et vous voulez prolonger ce sommeil par la morphine!

C'est amonceler toutes les chances de mort et nous rejetons bien loin cette association dangereuse. Elle est acceptable quand le système nerveux, et la calorification générale ne sont pas en danger, mais à l'armée, il faut endormir le moins possible, dans cette hideuse chirurgie d'obus.

Dr F. PONCET,
Médecin-major, répétiteur de chirurgie à l'Ecole militaire du service de santé.

Montpellier, 18 mars 1872.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 11 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

SUR LA PROPORTION D'OZONE CONTENU DANS L'AIR DE LA CAMPAGNE ET SUR SON ORIGINE. Note de M. *A. Houzeau*. — « ... De nombreux essais, opérés tant sur l'air normal que sur des mélanges d'air et d'ozone à titres connus, me portent à admettre que l'air de la campagne, pris à 2 mètres au-dessus du sol, contient au maximum 1/450000 de son poids d'ozone, ou 1/700000 de son volume (la densité de l'ozone étant 1,658, d'après M. Soret). La proportion d'ozone contenu dans l'air est d'ailleurs variable et paraît augmenter à mesure qu'on s'élève au-dessus du sol. »

Quant à l'*origine de l'ozone atmosphérique*, M. Houzeau la rapporte à l'électricité de l'atmosphère. Cependant, dit-il, il faut s'entendre sur la manière d'agir de l'électricité dans la question qui nous occupe, car l'étincelle qui donne de l'ozone avec l'oxygène pur (van Marum, Fremy et Ed. Becquerel), ne

fournit guère que de l'acide nitreux avec l'air (Cavendish). C'est cette différence qui a été complétement omise par les météorologistes. Mais ce rôle multiple de l'électricité change tout à coup quand, au lieu de l'appliquer directement à l'air, on fait parcourir d'abord au fluide électrique les cloisons de l'ingénieux condensateur de Bens, ou, mieux encore, les deux électrodes du *tube ozoniseur* de M. Houzeau. Immédiatement l'air se charge d'ozone.

MM. Fremy et Ed. Becquerel ont déjà montré que l'oxygène acquérait la propriété de bleuir le papier amylo-ioduré lorsqu'il était simplement électrisé par *influence* au moyen d'une série d'étincelles venant lécher extérieurement la surface du tube qui le renferme. Or, puisque les physiciens nous apprennent d'autre part que les nuages, et surtout les nuages orageux, font avec le sol un perpétuel échange d'électricité, ne peut-on pas considérer ces nuages et la terre comme formant ensemble les parois d'un vaste condensateur analogue à mon tube ozoniseur et à l'aide duquel l'atmosphère serait perpétuellement électrisée et perpétuellement aussi rendue active aux papiers iodurés?

CHANGEMENTS DE COLORATION PROVOQUÉS EXPÉRIMENTALEMENT CHEZ LES CRUSTACÉS. Note de M. *G. Pouchet*, présentée par M. Coste. — « Nous avons montré, par des expériences dont l'Académie a été entretenue, que la propriété dont jouissent certains poissons de modifier la couleur de leur peau selon la qualité des radiations lumineuses du fond où ils vivent avait pour point de départ l'œil, en sorte qu'elle cessait sur l'animal aveuglé; et que, de plus, cette influence était transmise de la rétine et du cerveau aux éléments pigmentés contractiles ou *chromoblastes* de la peau, par les nerfs crâniens et le grand sympathique. Dans une nouvelle série d'expériences entreprises aux viviers laboratoires installés par M. Coste à Concarneau, nous avons pu nous assurer que cette fonction se retrouve identique chez un certain nombre de crustacés de la famille des salicoques... »

Académie de médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 15 DÉCEMBRE 1871, TENUE LE 19 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. *J. Béclard*, secrétaire annuel, donne lecture du Rapport général sur les prix décernés en 1870 et 1871.

Après la lecture de ce rapport, M. le président *Wurtz* proclame les prix dans l'ordre suivant :

PRIX DE 1870. — PRIX DE L'ACADÉMIE. — Question proposée : « Des épanchements traumatiques intra-crâniens. » Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur ROBERT (Martial), médecin-major au 7e régiment de cuirassiers, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, et portant pour épigraphe : *Ars medica, ut citò addiscatur fieri nequit, propterea quod in ea firma aliqua doctrina tradi non potest.* (Hipp.)

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON PORTAL. — Question proposée : « De l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. » Ce prix était de la valeur de 1000. Un seul mémoire a concouru, il n'a pas été jugé digne de récompense.

PRIX FONDÉ PAR MADAME BERNARD DE CIVRIEUX. — Question proposée : « Les névroses peuvent-elles être diathésiques? S'il existe des névroses diathésiques, indiquer les caractères spéciaux que chaque diathèse imprime à chaque névrose. » Ce prix était de la valeur 800 francs.

Quatre mémoires ont été envoyés pour le concours. L'Académie ne décerne pas de prix; mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° Une somme de 500 francs à M. le docteur BERTHIER, médecin de l'hospice de Bicêtre, auteur du mémoire n° 4, ayant pour épigraphe : « *Facta potentiora verbis.* » 2° Une somme de 300 francs, à M. le docteur ARIBAUD, de Condrieu (Rhône), auteur du mémoire n° 1, portant pour épigraphe : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* »

PRIX FONDÉ PAR M. LE BARON BARBIER. — Ce prix, qui est annuel, devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. (extrait du testament). Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 3000 francs.

Huit ouvrages ou mémoires ont été envoyés à ce concours. Aucun de ces travaux n'a paru mériter le prix ; mais l'Académie accorde : 1° Un encouragement de 2000 francs à M. le docteur Amédée MAURIN (d'Alger), autour du mémoire inscrit sous le n° 3, et portant pour épigraphe : « *Quærite et invenietis* »; 2° Une mention honorable à M le docteur DUCLOUT (de Sainte-Marie-aux-Mines), pour son travail intitulé : *Relation de trois cas de fistules vésico-vaginales.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR CAPURON. — Question proposée : « Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. » Ce prix était do la valeur do 1000 francs.

Trois mémoires ont concouru. Aucun de ces mémoires n'ayant été jugé digne de récompense, l'Académie a décidé que la même question serait remise au concours de 1872.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ERNEST GODARD. — Ce prix devait être accordé au meilleur travail sur la pathologie interne. Il était de la valeur de 1000 francs.

Six ouvrages ou mémoires ont été transmis pour ce concours. L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 1° Une somme de 600 francs à M. le docteur CARRIÈRE (de Paris), pour son travail intitulé : *De la tumeur hydatique alvéolaire ;* 2° Une somme de 400 francs à M. le docteur Émile BERTIN, pour son *Étude critique de l'embolie dans les vaisseaux veineux et artériels ;* 3° Des mentions honorables à MM. le docteur L. BRÉBANT et E. DEMEULES, interne à l'hôpital Saint-Louis.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ORFILA. — L'Académie avait de nouveau mis au concours la question suivante : « Do la digitaline et de la digitale. — Isoler la digitale ; rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline. — Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement ? — Quels sont les symptômes auxquelles elles peuvent donner lieu? — *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison et de l'empoisonnement. » Ce prix était de la valeur de 6000 francs.

Trois mémoires ont été admis à concourir. L'Académie décerne le prix à M. O. A. NATIVELLE (de Bourg-la-Reine), auteur du mémoire n° 3, portant pour épigraphe : *Toute substance active recèle un principe immédiat cristallisable doué de ses propriétés essentielles.* Elle accorde une récompense de 1400 francs à MM. le docteur Augustin-Eugène HOMOLLE (de Paris), et Simon-Georges HOMOLLE, interne des hôpitaux de Paris, auteurs du mémoire inscrit sous le n° 2, ayant pour épigraphe *Dimidium facti qui cœpit habet.*

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR ITARD. — Ce prix, qui est triennal, devait être accordé au meilleur livre ou mémoire de médecine pratique, ou de thérapeutique appliquée. Afin qu'ils pussent subir l'épreuve du temps, ces ouvrages devaient avoir au moins deux ans de publication. Ce prix était de la valeur de 2700 francs.

Sept ouvrages ou brochures ont été adressées pour concourir. L'Académie décerne : 1° Un prix de 2000 francs, à M. le docteur LANCEREAUX (de Paris), pour son *Traité historique et pratique de la syphilis*, inscrit sous le n° 6 ; 2° Une récompense de 700 francs, à M. le docteur GUIPON (de Laon), pour son ouvrage intitulé : *De la maladie charbonneuse de l'homme*, inscrit sous le n° 5 ; 3° Une première mention honorable à M. le docteur H. BOENS-BOISSEAU, de Charleroi (Belgique), pour son *Traité pratique des maladies, des accidents et des difformités des houilleurs*, inscrit sous le n° 1 ; 4° Une seconde mention honorable à M. le docteur BONNET, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe), pour son ouvrage ayant pour titre : *L'aliéné devant lui-même, — l'appréciation légale, — la législation, etc.*, inscrit sous le n° 3.

PRIX FONDÉ PAR M. LE DOCTEUR RUFZ DE LAVISON. — La question posée par le fondateur était ainsi conçue : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclitation. » Ce prix pouvait être décerné à la séance générale de 1870. Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers étaient admis à ce concours. Ce prix était de la valeur de 2000 francs.

Aucun mémoire n'a été envoyé pour concourir.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager (extrait de la lettre du fondateur). — « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique. L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

Prix de 1871. — Question proposée : « De l'ictère grave. » Ce prix était de la valeur de 1000 francs. Aucun mémoire n'a été adressé à l'Académie pour ce concours.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Ce prix devait être accordé au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique. Il était de la valeur de 1000 francs. Il ne s'est présenté aucun concurrent.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — Question proposée : « De l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses. » Ce prix était de la valeur de 900 francs.

Un seul mémoire a concouru, ayant pour épigraphe : « La véritable base scientifique de la thérapeutique doit être donnée par la connaissance de l'action physiologique des causes morbides, des médicaments ou des poisons. » (Cl. Bernard.) — L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière, à Paris.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix devait être décerné à celui qui aurait découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, etc. Des encouragements pouvaient être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seraient le plus rapprochés. Ce prix était de la valeur de 3000 francs.

Trois mémoires ont concouru. — L'Académie décerne un prix de 1500 francs à M. le docteur Ehrmann, de Mulhouse (Haut-Rhin), pour son mémoire intitulé : *Recherches sur la staphylorrhaphie chez les enfants*, inscrit sous le n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Question proposée : « De la fréquence relative des positions occipito-postérieures dans la présentation du sommet, leur influence sur la marche du travail de l'accouchement. » Ce prix était de la valeur de 2000 francs.

Deux mémoires ont été présentés pour concourir. Aucun d'eux n'a paru mériter le prix, mais l'Académie accorde un encouragement de 1000 francs à M. le docteur Louis Sentex, médecin à Saint-Sever (Landes), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1, et portant pour épigraphe : *J'étais dans ces dispositions d'incertitude et de doute que Descartes exige pour la recherche de la vérité* (J. J. Rousseau).

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix, de la valeur de 1000 francs, devait être accordé au meilleur travail sur la pathologie externe.

Deux ouvrages ont concouru. L'Académie décerne le prix à M. le docteur Berchon, chirurgien de la marine, pour son *Histoire médicale du tatouage*. Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital de Lausanne (Suisse), pour son travail intitulé : *L'uranoplastie et les divisions congénitales du palais*.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix devait être décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auraient réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Il était de la valeur de 1000 francs.

Trois ouvrages ont été admis à concourir. L'Académie décerne le prix à M. le docteur L. J. B. Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine à Gorée, pour son *Traité des fractures non consolidées, ou pseudarthroses*.

Médailles accordées a MM. les médecins des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1869 et 1870 :

1° Une médaille d'or à : M. Bertrand (Hector), médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, pour son mémoire sur les infirmités et les endémies qui motivent en France l'exemption du service militaire.

2° Des médailles d'argent à : M. Autellet, docteur en médecine à Civray (Vienne), pour son rapport sur une épidémie de diphthérie qui a régné dans la commune de Blanzais. — M. Bessières (Émile), docteur en médecine à Égreville (Seine-et-Marne), pour son rapport sur une épidémie de variole qui a sévi dans cette localité. — M. Chatelain, docteur en médecine à Lunéville (Meurthe), pour son travail intitulé : *Étude sur l'hygiène de l'arrondissement de Lunéville*. — M. Daniel (Félix), docteur en médecine à Brest (Finistère), pour son rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement de Brest. — M. Grandmottet, docteur en médecine à Saint-Claude (Jura), pour son rapport sur des épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné dans son arrondissement. — M. Lagardelle, docteur en médecine à Niort, pour son rapport sur l'épidémie de variole qu'il a observée à l'asile de la Providence, dont il est le médecin en chef. — M. Martin-Duclaux (J. B.), docteur en médecine à Villefranche (Haute-Garonne), pour son mémoire sur l'épidémie de coqueluche observée à Nogaret. — M. Molard, médecin-major à l'hôpital militaire de Metz, pour son travail sur la constitution médicale exanthématique qui a régné sur la garnison de Metz, et sur les épidémies de fièvres éruptives qu'il a observées en même temps. — M. Tourdes, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour son rapport sru l'état sanitaire du département du Bas-Rhin. — M. Widal, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Maubeuge, pour son rapport sur deux épidémies de fièvre typhoïde dans cet établissement. — M. Yvaren (Prosper), docteur en médecine à Avignon (Vaucluse), pour son esquisse d'une statistique médicale de la commune et de l'arrondissement d'Avignon,

3° Des médailles de bronze à : M. Arnould (Jules), médecin-major de 1re classe à l'École de Saint-Cyr, pour son mémoire sur les affinités du typhus. — M. Bancel (Émile), docteur en médecine à Toul (Meurthe), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Toul. — M. Dauvergne père, docteur en médecine à Forcalquier (Basses-Alpes), pour son rapport sur une épidémie de variole et de fièvre typhoïde observée à Manosque. — M. Dusouil, docteur en médecine à Melle (Deux-Sèvres), pour son rapport sur une épidémie de dysentérie observée dans trois communes de son arrondissement. — M. Charvot, docteur en médecine à Moulins (Allier), pour son rapport sur une épidémie de variole observée dans la commune de Coulandon. — M. Legrand, médecin honoraire des hôpitaux civils de Metz, pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le hameau de Flanville. — M. Martin (Gustave), docteur en médecine à Pézénas (Hérault), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Pézénas et dans plusieurs communes voisines. — M. Poulet, docteur en médecine à Plancher-les-Mines (Haute-Saône), pour son rapport sur une épidémie de rougeole et sur le traitement de la pneumonie morbilleuse par l'alcool à haute dose. — M. Tondut, docteur en médecine à Niort (Deux-Sèvres), pour son rapport sur une épidémie d'angine diphthéritique qui a sévi à Sciecq. — M. Vignes, docteur en médecine à Tarbes (Hautes-Pyrénées), pour son rapport sur des épidémies de diarrhée, de dysentérie et de fièvre typhoïde, observées sur des militaires en traitement à l'hôpital de cette ville.

Médailles accordées a MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant les années 1868 et 1869 :

1° Des médailles d'argent à : M. Barrudel, médecin en chef du service médical de l'hôpital militaire de Vichy (Allier), pour ses excellents rapports, contenant des considérations physiologiques et thérapeutiques, pleines d'intérêt, sur l'action des eaux de Vichy. — M. Collin, médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre), pour ses judicieux travaux sur l'emploi des eaux sulfureuses dans les maladies où elles sont spécialement indiquées. — M. Fégueux, pharmacien-major, attaché à l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées), pour son excellent mémoire intitulé : *Études sur les eaux de Baréges, pendant l'été de 1869.* — M. Lemonnier, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), pour ses rapports annuels (1868 et 1869) et ses remarquables études sur les variations de la température et de la sulfuration des Eaux-Chaudes. — M. Mahier (Émile), docteur en médecine à Château-Gontier (Mayenne), pour ses belles recherches hydrologiques sur l'arrondissement de Château-Gontier. — M. Marturé, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées), pour son très-bon rapport, contenant 842 observations rédigées avec le plus grand soin. — M. Montagnan, médecin inspecteur à Capvern (Hautes-Pyrénées), pour un rapport remarquable par la précision de ses observations cliniques. — M. Privat, médecin inspecteur à la Malou (Hérault), pour ses deux très-intéressants rapports des années 1868 et 1869, et son travail d'ensemble résumant les résultats obtenus dans cette station thermale de 1849 à 1868 inclus. — M. Subervic, médecin inspecteur à Bagnères-de-Bigorre (Basses-Pyrénées), pour son remarquable rapport réglementaire constituant une véritable monographie de cette importante station thermale.

2° Rappels de médailles d'argent à : M. Auphan, pour son rapport judicieux (1868) sur l'emploi des eaux d'Ax (Ariége), dont il est inspecteur. — M. Batbédat (François), pour ses deux rapports sur les eaux de Préchacq et de Gamarde (Landes), stations soumises à son inspectorat, œuvres d'un praticien habile et consciencieux. — M. Gaulet, médecin

inspecteur à Forges (Seine-Inférieura), pour sos intéressantes études sur l'action curative directe et immédiate de ces aaux dans les affections idiopathiques. —M. Chabannes, médecin inspecteur des eoux da Vals (Ardèche), pour son rapport très-richo de détails, et ses études spéciales sur l'action des eaux alcalines dans le traitement de la dyspepsie. — M. Charmasson, de Puylaval, médecin inspecteur das caux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), pour son excellent rapport sur les eaux de cette station, et les observations tendant à préciser l'action spéciale de ces eaux. — M. Crouzet, médacin inspecteur dos eaux de Balaruc (Hérault), pour scs deux rapports (1868-1869) tout à fait exceptionnels sur l'établissement qu'il diriga. — M. Damourette, médecin inspecteur des eaux de Sermaize (Marne), pour son mémoiré sur le traitement das maladies chroniques des voies digestives par ces aaux.—M. Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage (Isère), pour son excellent mémoire intitulé : *Le lymphatisme étudié spécialement à la période d'imminence et à la période d'action, etc.* — M. de Finance, médecin principal chef à l'hôpital militaira de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marna), pour ses rapports contenant d'excellents préceptes sur les indications ot les contre-indications de Bourbonne. — M. Foubert, médecin inspecteur à Villers-sur-Mer (Calvados), pour un très-bon mémoire relatif au traitement des affections diathésiques par les bains de mer chauds. — M. Niepce, médecin inspecteur aux eaux d'Allevard (Isère), pour ses deux rapports et son intéressant mémoire sur l'action thérapeutique de ces eaux. — M. de Puisaye, médecin inspecteur des eaux d'Enghien, pour ses études consciencieusas et remarquables sur les maladies observées à Enghien pendant la saison de 1868. — M. Tillot, médecin inspecteur à Saint-Christau (Basses-Pyrénées), pour son très-bon mémoire sur la poussée occasionnée par l'emploi des eaux minéralos, même pou chargées en principes minéralisateurs.

3° Des médaillos de bronze à : M. Grimaud, médecin inspecteur des eaux de Niederbronn (Bas-Rhin), pour son rapport sur le servico médical de cet établissement, contenant des considérations du plus haut intérêt relatives à la sphère d'application de cette eau chlorurée sodique faiblo. — M. Hamel, médecin chef de l'hôpital militaire d'Hamman-Meskoutin (Algérie), pour son très-judicieux rapport contenant 162 observations aussi complètes que possible, et d'excellentes considérations sur tout ce qui concerne cette station thermale. — M. Picon, médecin inspecteur des eaux do Molith-les-Bains (Pyrénées-Orientoles), pour un bon rapport réglementaire ot une très-recommandable notice historique et médicale sur cet établissement.

4° Des mentions honorables à : M. Bailly, médecin inspecteur des eaux de Bains (Vosges), pour son rapport réglementaire contenant 124 observations recueillies avec soin, en 1868, dans cette station thermale. — M. Bona, médecin inspecteur des caux d'Evaux (Creuse), pour un rapport bien rédigé donnant une relation de 75 observations sur 650 malades traités à Evaux en 1868. — M. Besançon, médecin-major de l'hôpital militairo d'Hamman-Rira (Algérie), pour son très-judicieux rapport sur tout ce qui a trait à cette station.—M. Rockel, médecin aide-major au 41e de ligne, pour scs louables études, écrites et ordonnées avec méthode, sur los indications des différentes sources de Vichy (1869).

Prix et médailles accordés a MM. les Médecins vaccinateurs pour le service de la vaccine en 1869. — L'Académie a proposé, et M. le ministre do l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° Un prix de 1500 francs, partagé entre : M. Millet, docteur en médecina à Tours (Indre-et-Loire), qui depuis un grand nombre d'années se fait remarquer par son zèle pour tout ce qui intéresse la vaccine, qui nous a adressé plusieurs travaux intéressants sur des questions relatives aux revaccinations et au choix du vaccin, et qui continue à être parmi les médecins qui répandent le plus la vaccine. Il a pratiqué, en 1869, 1081 vaccinations. Il lui a été décerné plusieurs médailles d'argent et une médaille d'or. — M. Renault, officier de santé, directeur do la vaccine à Alençon (Orne), dont les services, appréciés depuis longtemps, ont été encouragés par plusieurs médailles d'argent et deux médailles d'or. Le chiffre de ses vaccinations et revaccinations s'est élevé, en 1869, à 2332. — M. Godefroy, docteur en médecine à Rennes (Ille-et-Vilaine), dont les services sont signalés d'une manière toute spécialo par M. le Préfet du département, et qui a déjà été honoré de plusieurs médailles d'argent et d'une médaille d'or. Il figure, comme d'habitude, parmi les principaux vaccinateurs. Il est, en outre, conservateur du vaccin pour lo département d'Ille-et-Vilaine depuis 1837.

2° Des médaillos d'or à : M. Pangaud, docteur en médecine à Montluçon (Allier). Ce médecin, toujours zélé pour la propagation de la vaccine, a déjà obtenu plusieurs médailles d'argent ; il figure, pour 1869, en tête de la liste des vaccinateurs do son département. — M. Chipault, médecin cantonal à Châteauneuf (Loiret). Sa conduite, dit M. le Préfet, a été au-dessus de tout éloge durant l'épidémie de variole qui a désolé les communes voisines da sa résidence, et elle a été l'objet d'un rapport particulier adressé à M. le Ministre. — Madame Abrion, sage-femme à Massay (Cher), qui a pratiqué 1015 vaccinations et 1295 revaccinations. — M. Leduc, docteur en médecine à Versailles (Seine-et-Oise), qui a déjà adressé plusieurs communications intéressantes à l'Académie sur des questions relatives à la vaccine, et dont le zèle ne sa ralentit pas depuis un grand nombre d'années.

3° Quatre-vingt-dix-huit médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre da vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1872. — Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours à nouveau la question suivante : « De l'ictère grave. » — Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique. Il sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — L'Académie propose la question suivante : « Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. » Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (*Voyez plus haut les conditions du concours*). — Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — La question suivante est de nouveau mise au concours : « Des phénomènes précurseurs et concomittants de la sécrétion lactée. » Ce prix sera de la valeur de 3000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera accordé au meilleur travail sur la pathologie interne. Il sera de la valeur do 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Orfila. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur un sujet appartenant à l'une des branches de la médecine légalo, la toxicologie exceptée. Il sera de la valeur do 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question posée par le testateur est ainsi conçue : « De la mélancolie. » Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Rufz de Lavison. — Question posée par le fondateur : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. » Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours. Ce prix sera de la valeur de 2000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Saint-Lager. — (Extrait de la lettre du fondateur). — « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1873. — Prix de l'Académie. — L'Académie pose la question suivante : « Faire l'histoire de la résection des os, dans leur continuité, à la suite de coups de feu (à l'exception des résections articulaires. » Ce prix sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — La question suivante est de nouveau mise au concours : « De l'état des os, notamment des vertèbres, dans lo cancer des viscères. » Ce prix sera de la valeur do 1000 francs.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — Question : « Des aliénations mentales transitoires qui surviennent dans le cours ou la convalescence des maladies aiguës. Ce prix sera de la valeur de 900 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — Ce prix sera décerné au meilleur travail inédit sur un sujet qualconque de la science obstétricale. Il sera de la valeur de 3000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Barbier. — (*Voyez plus haut les conditions du concours*). — Ce prix sera de la valeur da 3000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Ernest Godard. — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe. Il sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Il sera de la valeur de 1000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. La valeur de ce prix sera de 2700 francs.

Prix fondé par M. le marquis d'Ourches. — (Extrait du testament). — « Je veux qu'il soit prélevé sur les valeurs de ma succession une somme de 25 000 francs, destinée, dans les condions ci-après énoncées, à la fondation de deux prix, savoir : 1° Un prix de 20 000 francs pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle; la condition expresse de ce prix est que le moyen puisse être mis en pratique, même par de pauvres villageois sans instruction; 2° Un prix de 5000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubilable, les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme, ou de tout autre procédé exigeant, soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde. Les sommes destinées à ces prix feront relour à ma succession dans le cas où, pendant cinq ans, à dater du jour de l'acceptation, l'un ou l'autre des prix, ou aucun d'eux, n'aurait pu être décerné. »

Les mémoires pour les prix à décerner en 1872 devront être envoyés, sans exception aucune, à l'Académie, avant le 1er août de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom el adresse des auteurs.

N. B. — Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier, Amussat et d'Ourches, sont exceptés de cette dernière disposition.

REVUE DES JOURNAUX.

Tumeurs du sein chez l'homme, par le docteur Angelet de Vailly.

Les observations de l'auteur sont un peu brèves comme détails cliniques et anatomiques, et il serait à désirer qu'il les complétât. Nous les reproduisons cependant parce qu'il s'agit d'affections rares et peu connues.

Indépendamment d'un cancroïde qui a entraîné la mort, j'ai rencontré trois cas de tumeurs du sein chez des individus du sexe masculin. Ces faits se rapportent à ce que Velpeau (*Maladies du sein*, p. 691) décrit sous le nom d'*induration chronique*, beaucoup plus rare, dit-il, que l'induration aiguë, ressemblant un peu à l'induration squirrheuse et qu'il a vu traiter comme telle plusieurs fois, même par des praticiens distingués.

Virchow les range parmi les fibromes.

J'ai observé ces tumeurs chez des individus d'excellente constitution. Elles étaient sous-cutanées, non adhérentes à la peau, ne rétractant pas les téguments, de forme irrégulière, bosselées, insensibles, non douloureuses ou peu douloureuses à la pression, donnant à peu près au toucher la sensation du de chondrome. Chez deux malades, âgés l'un de dix ans, l'autre vingt-trois, les tumeurs, du volume d'une grosse amande, étaient situées en dehors du mamelon droit et semblaient plutôt adhérer à la glande qu'être la glande elle-même. Chez le troisième, âgé de trente ans, les tumeurs, du volume d'une grosse noix, occupaient les deux seins et appartenaient bien évidemment à la totalité de la mamelle. La peau, normale chez les deux premiers sujets, est rouge chez le dernier.

Sous le rapport descriptif, mes faits confirment ce qu'a observé Velpeau; ils en diffèrent sous d'autres points de vue.

Velpeau n'a rencontré ces tumeurs que chez des sujets encore impubères, ou un peu plus tard chez ceux dont les fonctions sexuelles étaient encore mal établies; elles disparaissaient spontanément aux approches de la puberté.

Or, nous voyons que deux fois sur trois, elles se sont développées et persistent chez des sujets fortement constitués, mariés, dans toute la puissance de leurs fonctions génitales.

Quant à la durée, elles cèdent, dit encore Velpeau, en quelques semaines de traitement. Je les vois au contraire persister après plusieurs années, après l'application persévérante des emplâtres dits fondants, usités en pareil cas, combinés chez l'un d'eux avec l'iodure de potassium à l'intérieur. Virchow cite un fait semblable. Elles sont à peu près stationnaires, mais il ne faut pas oublier que Cruveilhier cite le cas d'un homme de vingt-cinq ans dont le sein droit avait acquis les dimensions moyennes d'un sein de femme; c'est donc une affection qui doit tenir l'esprit en éveil. (*Bulletin médical de l'Aisne*, 1869, n° 4.)

Travaux à consulter.

Observation de cancer du sein chez l'homme, par M. Thadn. — Ce fait clinique, très-complétement observé, est accompagné de notes sur le cancer du sein chez l'homme, par M. Peltier, qui montrent que ce point de pathologie demande des recherches. (*Revue photographique*, n° 7, 1871.)

De la régénération du cristallin chez quelques mammifères, par le docteur Milliot. — Mémoire très-complet en indications historiques et en expériences propres à l'auteur; celles-ci démontrent la régénération du cristallin chez les animaux, à la suite de l'extraction du cristallin. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, n° 1, 1872.)

Ligature de l'artère linguale dans un cas de tumeur de la langue, par le docteur Gauzy. — La ligature de la linguale paraît avoir apporté une amélioration dans l'état de la malade en ce sens qu'elle a facilité l'ablation de la tumeur. (*Revue médicale de Toulouse*, n° 12, 1871.)

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur le mouvement organique dans ses rapports avec la nutrition, par le docteur Jules-Robert Mayer, traduit de l'allemand et suivi d'une note sur l'unité des forces et la définition de l'électricité, par Louis Pérard. — G. Masson, Paris, 1872.

Le petit livre qui nous donne la traduction de l'un des mémoires qui ont illustré Mayer, sera certainement accueilli comme un acte de justice rendue à un profond penseur; cet hommage, quoique tardif, est devenu une occasion favorable pour apprécier l'influence que l'œuvre de Mayer a exercée sur les progrès de la physique biologique, c'est-à-dire des applications de la physique à l'étude de la vie.

Mayer est considéré comme le fondateur de la théorie mécanique de la chaleur; le premier, il a exposé avec une rigueur scientifique le principe de l'équivalence de la chaleur et de la force mécanique, et de plus, il a montré l'importance considérable que le principe devait tenir dans l'étude des phénomènes physiologiques, et c'est dans le mémoire sur le mouvement organique dans ses rapports avec la nutrition qu'il a exposé les conséquences remarquables de ses principes et de la méthode qui les lui a fait établir.

Cette méthode a été si féconde, que vingt-six ans après l'apparition de ce travail, les conclusions sont restées approximativement justes; en effet, l'expérimentation et des recherches nouvelles permettant d'établir des données plus rigoureuses pour les calculs, n'ont fait que confirmer, sinon les chiffres provisoirement établis par Mayer, du moins la valeur de la méthode proposée par lui.

Avant de passer en revue les notions qui se rattachent plus particulièrement à la physiologie, il n'est pas inutile de rappeler le principe qui est à la base des travaux de Mayer.

Les phénomènes généraux de la transformation des forces

ont été vulgarisés dès longtemps; l'observation constante et même banale prouvait la transformation des forces. Ainsi, la chaleur est transformée en mouvement dans la machine à vapeur, les armes à feu, le mouvement se transforme en chaleur dans le frottement et le choc; les phénomènes chimiques s'accompagnent de production de chaleur; le mouvement et la chaleur se transforment en électricité; l'électricité reproduit à son tour la chaleur et le mouvement; le fer s'échauffe sous les coups répétés du forgeron, dont le bras, lien de transformations multiples, chimiques, calorifiques et mécaniques, communique au métal sa propre chaleur par l'intermédiaire du mouvement et du choc; rien n'est donc plus variable que la forme du mouvement, cependant Mayer a su établir la loi de ces transformations, qu'il formule ainsi :

« Dans tous les phénomènes physiques et chimiques, la valeur de la force donnée reste constante. »

En d'autres termes, les transformations se font suivant des rapports constants. La démonstration de cette loi a été accomplie par Mayer, quand il a pu établir par le calcul quel est l'effet mécanique produit par une quantité donnée de chaleur et par suite quel est le rapport de l'unité de chaleur à l'unité de travail mécanique, c'est-à-dire le rapport de la calorie au kilogrammètre. On sait que la calorie ou unité de mesure de la chaleur représente la quantité de chaleur nécessaire pour élever 1 gramme d'eau de 1 degré, et que le kilogrammètre ou unité de travail mécanique, représente le travail développé par l'élévation d'un kilogramme à 1 mètre de hauteur.

Mayer avait trouvé que le rapport de la calorie au kilogrammètre est comme 1 à 367. Les recherches expérimentales de Joule ont modifié ce chiffre. Généralement, il est admis comme représenté plus exactement par le nombre 423. On appelle ce nombre *équivalent mécanique de la chaleur*, parce qu'il représente le rapport constant suivant lequel des quantités données de chaleur ou de travail mécanique peuvent se substituer l'une à l'autre.

Comme en pareil sujet il ne faut pas craindre de représenter les principes sous des formes diverses, nous rappelons l'énoncé des principes de l'équivalence de la chaleur et du travail mécanique tel qu'il a été donné par M. Gavarret dans son livre remarquable sur les phénomènes physiques de la vie.

Toutes les fois qu'une force mécanique capable de produire 425 unités de travail est consommée sans travail mécanique effectué, il se dégage une unité de chaleur, et réciproquement une unité de chaleur consommée sans déterminer une élévation de température, produit 425 unités de travail.

Ces notions seraient difficilement introduites en physiologie si l'on n'y ajoutait, comme l'a fait Mayer, la conception des phénomènes chimiques comme représentant une transformation de forces.

L'expérience nous apprend qu'un dégagement de chaleur résulte aussi bien de la combinaison chimique de deux corps que de leur réunion mécanique, d'où cette formule : *la différence chimique des substances constitue une force.*

Ainsi, la combinaison chimique du chlore avec l'azote est une force comme la décomposition chimique du chlore avec l'hydrogène de même que la combinaison du carbone avec l'oxygène, et de l'oxygène avec l'hydrogène. Ces derniers phénomènes chimiques peuvent être calculés en unités de calorique; en effet la combinaison chimique d'un gramme de carbone et de 2,6 grammes d'oxygène produit 8 500 calories. La combinaison d'un gramme d'hydrogène avec 8 grammes d'oxygène produit 34 700 calories. La différence chimique, mesurable en calories pour ces deux dernières combinaisons, est réductible en équivalents mécaniques. Le même calcul n'est pas fait pour les autres combinaisons, mais le principe qui considère la différence chimique comme une force n'en est pas moins démontré dans sa généralité.

Une grande conception domine ces notions, et elle apparaît comme une vérité philosophique saisissante, qui est acquise au domaine scientifique, « *la force est unique* » et Mayer s'est donné pour tâche de démontrer théoriquement que les diverses forces étudiées en physique, en chimie, en biologie, peuvent être toutes ramenées à une même unité : la mesure du travail mécanique expression d'une force unique, le mouvement. Tandis que dans le monde inorganique, cette force se manifeste par les effets les plus simples, dans le monde organique ce sont les transformations chimiques d'une part et la chaleur de l'autre qui apparaissent comme les causes les plus prochaines des phénomènes que nous étudions.

Mais comme aucune force ne se crée non plus que la matière, on doit pouvoir suivre les transformations de la force initiale, chaleur et mouvement, à travers tous les phénomènes de la nutrition, et c'est là l'œuvre tentée par Mayer dans son exposé du *Mouvement organique*.

L'origine de toute la force physique possédée par notre globe est dans la lumière du soleil, celle-ci « transformée en chaleur met l'atmosphère en mouvement, élève les eaux en nuages et forme les fleuves », la nature s'empare de toute la lumière qui afflue à la terre, elle fixe la plus mobile des forces pour la rendre disponible. Ce sont les organismes vivants qui absorbent la lumière du soleil et la font servir ensuite à produire constamment une somme de *différences chimiques*. « Le monde des plantes, dit Mayer, est un réservoir dans lequel sont fixés les rayons fugitifs du soleil : ils y sont déposés et façonnés pour un but. Prévoyance économique de la nature à laquelle se trouve liée indissolublement l'existence physique de la race humaine. De même que la science a démontré avec la certitude la plus absolue que la plante transforme la matière mais ne la crée pas, de même dans les plantes il y a transformation des forces, mais non production. S'emparant d'une force, la lumière, elles restituent une force, la différence chimique... « La provision de force physique accumulée par l'activité des plantes échoit en partage à une autre classe de créatures; les animaux vivants s'en emparent et l'emploient à des buts individuels. Ils exploitent continuellement le domaine végétal, et réunissent de nouveau la matière primitivement combustible à l'oxygène de l'atmosphère. Cette consommation correspond au but caractéristique de la vie animale : production d'effet mécanique, de mouvement, etc. »

La transformation de la différence chimique en effet mécanique individuellement utile est le signe essentiel et inséparable de la vie animale. « Dans l'organisme animal, il y a constamment une dépense de forces chimiques. Des combinaisont ternaires ou quaternaires subissent pendant la vie les transformations les plus importantes dans leur constitution; la plupart après un temps assez court sont ramenées à la forme binaire par la combustion. »

Le problème le plus élevé que puisse se proposer la physique dans ses applications à l'organisme serait de calculer l'équivalent de chaleur de cette force fournie par les actions chimiques, par conséquent on en déduirait l'équivalent mécanique. On conçoit facilement que Mayer n'a pas eu la prétention de résoudre mathématiquement ce problème, mais il a parfaitement posé les principes qui peuvent en amener la solution.

Mayer ne pouvait, comme on l'a fait depuis, grâce aux recherches de Gavarret, de Berthelot, Frankland, Hermann, Hirn, Helmholtz, Barral, établir l'*économie de la chaleur animale*, la comparaison de la recette et de la dépense de force dans l'organisme, c'est-à-dire le *bilan des forces;* il ne pouvait que mettre en lumière la méthode qui a permis ces progrès, mais il a rempli cette tâche avec un talent tel, qu'aujourd'hui que ces notions sont devenues presque vulgaires, son œuvre excite encore notre admiration pour la puissance des raisonnements qui ont précédé et préparé les démonstrations expérimentales.

Se contentant d'indiquer la possibilité de l'établissement du bilan des forces, Mayer, par un procédé emprunté aux sciences mathématiques, est cependant arrivé à établir le bilan d'une différence ; c'est ainsi qu'il a déduit de l'augmentation de la

nourriture, c'est-à-dire de la dépense de combustible reconnue nécessaire pour l'animal qui exécute un travail, cette loi que l'augmentation de la dépense contient la force nécessaire pour le mouvement. Les travaux de Liebig et de Boussingault permettaient à Mayer de calculer les quantités relatives de carbone consommées par l'animal au repos et l'animal effectuant un travail mécanique, il a conclu de cette comparaison les principes suivants qui sont encore admis comme approximatifs en tant qu'expression mathématique.

« L'augmentation du combustible absorbé par l'organisme travaillant explique parfaitement, en comptant l'augmentation de chaleur dégagée, la production de l'effet mécanique par la voie naturelle; le carbone utilisé par l'effet mécanique chez les mammifères très-actifs et au maximum le cinquième de la dépense totale. Les quatre cinquièmes restants sont employés à produire de la chaleur sensible. Parmi les phénomènes de la vie de relation les plus directement accessibles aux notions de la physique, le rôle des muscles tient le premier rang; le muscle, au point de vue physique, est l'organe qui transforme directement la force chimique en effet mécanique, il dépense de la chaleur à l'état naissant pour produire son travail, et l'irritabilité est la faculté que possède un tissu vivant de transformer une force physique en force mécanique.

Le travail mécanique des muscles peut être évalué, et Mayer, en effet, nous démontre qu'avec les données de Valentin sur le poids, le volume du cœur, la vitesse de la circulation, la largeur des orifices, on peut évaluer le travail mécanique quotidien du cœur à 32 856 kilogrammes. La contraction des muscles extenseurs du pied (jumeaux soléaire et plantaire grêle) nécessaire pour élever le corps sur la pointe du pied est égale en effet mécanique à une systole. Le cœur produit un travail égal à vingt-cinq fois celui de tous les muscles, si l'on a égard aux masses.

Certains esprits, plus portés vers les conceptions vitalistes que vers les démonstrations scientifiques, trouveront sans doute que ces données sont plus étonnantes comme calculs mathématiques qu'intéressantes au point de vue de la physiologie; Mayer leur a répondu d'avance dans ses critiques de la force vitale, telle que Liebig l'a définie en lui donnant des allures scientifiques dont l'apparence est trompeuse. En effet, combattant cette opinion de Liebig, que le muscle fournit par lui-même les éléments combustibles nécessaires à la production du mouvement, Mayer démontre que le muscle est simplement un intermédiaire, la cause de la chaleur et du mouvement lui étant fournie par la combustion du sang dans les capillaires. Si le cœur fournissait la dépense de combustible nécessaire au travail qu'il exécute, les ventricules seraient brûlés en moins de trois jours et demi, et le système musculaire d'un homme serait brûlé ou oxydé en moins de quatre-vingts jours. Aujourd'hui, les recherches de Voit et l'expérience mémorable de Fick et Wislicenius, les calculs de Frankland, ont complété la démonstration de Mayer. C'est ainsi que l'expérimentation a prouvé la puissance du raisonnement de Mayer. On est entraîné vers les méditations philosophiques les plus élevées quand on voit le mathématicien argumentant le physiologiste vitaliste, et remportant sur lui un succès que l'expérimentation, elle-même a rendu, à son tour, plus certain et plus éclatant.

Nous nous arrêtons dans cette analyse, bien trop courte, pour montrer l'influence exercée par les travaux de Mayer, mais suffisante, nous l'espérons, pour en rappeler l'importance.

A. Hénocque.

VARIÉTÉS.

Congrès médical de France (quatrième session, tenue à Lyon).

STATUTS :

Art. 1er. — Un Congrès médical sera ouvert à Lyon, le 18 septembre 1872.

Art. 2. — Le Congrès sera scientifique et professionnel : il aura une durée de neuf jours.

Art. 3. — Le Congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents.

Seront membres fondateurs les docteurs en médecine, les pharmaciens, les médecins vétérinaires diplômés de Lyon et des autres départements, qui en feront la demande à la Commission d'organisation. Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Seront membres adhérents les docteurs en médecine, pharmaciens, vétérinaires, étrangers au Corps médical lyonnais, qui enverront leur adhésion à M. le secrétaire-général (M. le docteur Dron, 5, rue Pizay, à Lyon). — Ils seront exonérés à toute rétribution pécuniaire.

Art. 4. — Les travaux du Congrès se composeront :

1° De communications sur les questions proposées par la Commission ;

2° De communications sur des sujets étrangers au programme.

Art. 7. — Les membres fondateurs ou adhérents qui désireront faire une communication sur une des questions du programme ou sur un autre sujet sont invités à adresser leur travail à M. le secrétaire général au moins une semaine (10 septembre) avant l'ouverture du Congrès. La Commission décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 8. — Les séances du Congrès seront publiques, mais les membres fondateurs ou adhérents auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

Il y aura une ou deux séances par jour, suivant le nombre et l'importance des travaux.

Art. 9. — Chaque question n'occupera qu'un jour, et l'ordre du jour sera ainsi réglé : 1° Lecture sur les questions du programme ; 2° Discussion ; 3° Si le temps le permet, communication des travaux laissés à l'initiative individuelle.

Art. 10. — Le temps accordé pour chaque lecture sera limité, s'il y a lieu, en vue de donner accès à un plus grand nombre de travaux.

Art. 11. — A l'ouverture de la première séance, le Congrès nommera son bureau, composé d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général, de secrétaires des séances.

Art. 12. — Tous les mémoires lus au Congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire général ; ils sont la propriété du Congrès.

Les travaux du Congrès seront publiés en totalité ou en partie par les soins de la Commission d'organisation.

PROGRAMME (1).

Ire question. — *Des épidémies de variole.*

En proposant cette question, la Commission a été guidée dans son choix par la gravité de l'épidémie de variole qui vient de désoler la France, après avoir ravagé une partie de l'Europe, et qui sévit encore en ce moment sur un grand nombre de localités de l'ancien et du nouveau monde.

Il lui a paru important de centraliser les observations qui ont pu être faites dans les diverses régions atteintes par le fléau et de recueillir un ensemble de documents propres à éclairer l'histoire de la maladie, à en faire apprécier la gravité, les causes et les allures.

La Commission avertit que la nature de la question comporte l'étude des moyens à employer pour prévenir la formation ou pour arrêter la marche des épidémies de variole semblables à celles que nous venons de traverser ; elle appelle à ce propos plus spécialement l'attention sur certains points relatifs à la vaccination, telles que la valeur comparée des diverses variétés de vaccin, la vaccination animale et les mesures de police sanitaire qui devraient être conseillées en France, dans le but de favoriser et d'assurer la propagation de la vaccine.

IIe question. — *Des plaies par armes à feu.*

La Commission appelle spécialement l'attention des membres du Congrès sur les points suivants : 1° effets primitifs et consécutifs des nouveaux projectiles sur les tissus vivants ; — discuter la question des balles explosibles ;

2° Indications respectives de l'expectation méthodique, des amputations et des résections dans les fractures diaphysaires et articulaires.

Étudier comparativement ces trois méthodes au point de vue de la mortalité, et de la conservation des fonctions du membre ;

3° Modes de pansement de ces plaies les plus propres à prévenir leurs

(1) En faisant suivre de commentaires l'énoncé de quelques-unes des questions, la Commission n'a pas voulu circonscrire à un nombre limité de points les recherches auxquelles elle fait appel ; elle entend, au contraire, laisser aux communications toute la latitude, toute la généralité possibles. Elle n'a eu d'autre but que d'indiquer les côtés de la question qui lui paraissent plus particulièrement intéressants, soit par leur actualité, soit par leur caractère pratique.

complications et à permettre le transport des blessés à de grandes distances.

III° QUESTION. — *Des ambulances en temps de guerre.*

Celle question s'imposait au choix de la Commission en raison des événements auxquels nous venons d'ossister et qui ont montré, en France du moins, l'insuffisance du service de santé en temps de guerre.

La Commission appelle expressément l'attention des membres du Congrès sur les points suivants :

1° Étude comparative des ambulances au point de vue de leur organisation chez les différentes nations ;

2° Des rapports du chef d'ambulance avec le commandement militaire ;

3° Des rapports du service de santé régulier avec les ambulances libres.

IV° QUESTION. — *De la peste bovine ou typhus contagieux du gros bétail.*

La Commission signale plus particulièrement l'importance des recherches :

Sur les pertes que la dernière épizootie, qui sévit encore, a fait éprouver à l'agriculture dans les diverses parties de la France ;

Sur l'étude comparée de cette affection avec les autres maladies virulentes, épidémiques ou épizootiques, de l'homme ou des animoux, avec lesquelles elle peut avoir des analogies ;

Sur les diverses modes de propagation de la peste bovine ;

Sur les moyens les plus capables d'en arrêter les progrés ou d'en prévenir le retour ;

Enfin, sur la législation sanitaire relative au typhus, dans les divers pays de l'Europe.

V° QUESTION. — *Des causes de la dépopulation en France et des moyens d'y remédier.*

La Commission, en adoptant cette question oinsi formulée, n'ignore pas quo la dépopulation, en France, n'est pas absolue. Sa population s'accroît, il est vrai, mais elle s'accroît de moins en moins et beaucoup plus lentement que celle des autres nations de l'Europe et de l'Amérique. Il en résulte que notre force relative diminue chaque jour.

Les causes de cette diminution, trop nombreuses pour être énumérées ici, sont de deux ordres : d'une part la diminution graduelle de la natalité ; d'autre part la mortalité énorme des jeunes enfants ; double face de la question à éclairer.

1° La diminution de la natolité provient de conditions nombreuses que les auteurs auront à rechercher, conditions qui mettent obstaclo aux marioges ou les rendent peu féconds, telles que les grandes armées permanentes, le luxe exagéré, la débauche, l'alcoolisme, etc., etc.

2° Dans l'examen des causes de la mortalité des jeunes enfants, les auteurs auront à déterminer l'influence de l'allaitement maternel, de l'allaitement mercenoire, du nourrissage artificiel, de l'industrie nourricière, des bureaux de placement, des crèches, de la vaccine, des habitotions, etc., et à comparer sous ce rapport les résultats des usages ou des systèmes adoptés dans différents pays.

3° La Commission désire que les auteurs, après avoir étudié les couses de la dépopulation de la France, formulent d'une manière aussi claire et aussi précise que possible les moyens pratiques d'accroître lo natalité et do diminuer la mortalité de ses jeunes enfonts.

VI° QUESTION. — *Du traitement do la syphilis.*

Le pouvoir du mercure contre la syphilis est incontestoble. Mais on a avancé qu'il n'est pas opportun de le donner indistinctement chez tous les syphilitiques et à toutes les périodes de la syphilis. Existe-t-il réellement des cas do syphilis où non-seulement on puisse obtenir la guérison sans mercure, mais encore où il soit préférable de s'abstenir de co remède ? D'autre port, le mercure doit-il être administré dès le début de l'accident primitif? ou fait-on mieux, au contraire, de n'en commencer l'emploi que lorsque les accidents généroux de lo syphilis apparaissent ?

Peut-on espérer lo guérison radicale par un seul traitement mercuriel, et y a-t-il lieu de l'instituer en vue de ce résultat ? ou no faut-il demander au mercure que lo disparition de chacune des poussées successives dont se compose l'évolution totale de la maladie ? Dans lo premier cas, quelle doit être lo durée du traitement réputé curatif ? Dans le second, tous les occidents, quels qu'ils soient, qu'ils apparaissent isolés ou réunis, indiquent ils obligatoirement, dès qu'ils se manifestent, la reprise du traitement mercuriel ?

Quelle part doit être faite aux ogents du traitement locol contre certainos formes ou certaines récidives ?

Le traitement par l'obsorption cutanée ou sous-cutanée (méthode de Lewin) mérite-t-il, soit d'une manière généralo, soit dons quelques cas à spécifier, d'être préféré au traitement usuel par l'absorption à la surface des organes digestifs?

Quelle est la valeur, quelles sont les indications comparatives des mercuriaux et des préparations d'iode?

Établir par des faits précis quel genre de secours le médecin peut espérer de l'emploi des eoux minérales, et notamment des eaux sulfureuses, dans le traitement de telles ou telles formes de syphilis.

VII° QUESTION. — *De la réorganisation de l'enseignement de la médecine et de la pharmacie en France.*

VIII° QUESTION. — *Des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin et de la mettre en harmonie avec l'importance du rôle qu'il est appelé à remplir dans la société.*

La Commission appelle surtout la discussion sur les points suivants : 1° répression efficace de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie ; 2° institution de chambres syndicales; 3° réglementation plus équitable des rapports entre les médecins et les Sociétés de secours mutuels.

Ces questions seront traitées dans l'ordre de leur inscription au programme. Ainsi :

La 1re question du programme sera traitée le mercredi 18 ; — la 2e le 19 ; — la 3e le 20 ; — la 4e le 21 ; (1) — la 5e le lundi 23 ; — la 6e le 24 ; — la 7e le 25 ; — la 8e le 26.

Pour la Commission d'organisation :
Le Président, P. Diday ; *le Secrétaire général*, Achille Dron.

Nécrologie. — Les obsèques de Michel Lévy ont eu lieu vendredi dernier. Le corps a été transporté directement du Val-de-Grâce au cimetière de l'Est, selon le rit israélite. Outre que ce rit se prête peu à une cérémonie d'apparat, le défunt avait exprimé, dans son testament, la volonté qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Mais il n'avait pas défendu à une foule nombreuse de médecins et d'amis de le suivre à sa dernière demeure et de se rappeler, au bord de la tombe, les nombreux et signalés services qu'il a rendus, dans sa brillante carrière, à la science et à l'administration.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du docteur Blundell, le célèbre obstétricien anglais; et celle du professeur Salvatore de Renzi, savant médecin napolitain, qui a succombé le 26 février, à 72 ans.

Élection du Président de l'Association générale. — Quoique les procès-verbaux du scrutin du 10 mars dernier, dans les Sociétés locales, ne soient pos encore tous parvenus au Conseil généraI, on peut assurer dès oujourd'hui que le nom du Président actuel, M. Tardieu, obtiendra une très-grande majorité. Malheureusement, dans cette élection, comme dans toutes les autres élections d'un autre ordre, on aura à signaler et ô regretter un grand nombre d'abstentions. (*Union médicale.*)

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. le docteur Carville, préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Poris, est attaché, en la même qualité, au cours d'anatomie pathologique (place créée).

On nous communique la résolution suivante, prise par l'assemblée des professeurs de la Faculté :

Avis. — En raison des désordres graves qui se sont produits dans la journée du 20 mars, la Faculté a pris la décision suivante à l'unanimité :

1° Les élèves en médecine seuls seront admis dans l'École, sur la présentation de leur *feuille d'inscription*.

2° Si les désordres se renouvellent, les cours et les examens seront suspendus.

(1) Le Congrès ne tiendra pas de séance le dimanche, à moins que l'importance des travaux à l'ordre du jour ne le nécessite.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 28 mars 1872.

Société médicale de Marseille : Épanchement pleurétique, ponction suivie d'une large introduction d'air dans la plèvre. — Guérison : M. Seux père. — *Académie des sciences :* Des greffes cutanées : M. Ollier. — La médecine et l'Assemblée nationale.

Un des points qui ont de tout temps préoccupé le plus vivement les médecins dans l'opération de la thoracocentèse, est l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. La production d'un hydropneumothorax, le mélange de l'air aux liquides contenus dans la plèvre, semblent encore aujourd'hui des accidents jusqu'à un certain point redoutables, et qu'on doit chercher à éviter par les plus minutieuses précautions. L'aspiration des liquides pleuraux par les seringues à double effet de M. Jules Guérin, la baudruche de Reybard, l'appareil ingénieux de M. Dieulafoy, témoignent de l'importance attachée à cet accident possible de la thoracocentèse.

S'il faut en croire M. le docteur Seux (de Marseille), ces craintes n'auraient pas de fondement. L'introduction de l'air dans la plèvre est sans danger réel, et nous trouvons dans le Marseille médical du 20 février la relation d'un fait qui vient à l'appui de cette manière de voir. Il s'agit d'un homme de soixante ans atteint d'un épanchement considérable remontant à six mois, et qui fut ponctionné dans le service de M. Seux avec un trocart ordinaire, sans qu'on prît aucune précaution pour éviter l'entrée de l'air. L'épanchement siégeait à droite. Trois litres d'un liquide citrin et limpide furent retirés. L'orifice de la canule étant complétement libre, l'air pénétrait à chaque inspiration dans la cavité pleurale. Cette introduction dut surtout avoir lieu à la fin de l'opération, alors que la diminution de la veine liquide rendait l'écoulement intermittent sous l'influence des mouvements d'ampliation du thorax.

A la suite de l'opération, la plèvre était remplie d'air, et un emphysème sous-cutané considérable se produisit. Ces accidents n'empêchèrent pas le malade de se rétablir complétement. L'air épanché disparut peu à peu de la cavité pleurale et du tissu cellulaire sous-cutané, et au bout de vingt-huit jours le malade sortait radicalement guéri, ne conservant de sa pleurésie qu'une faiblesse relative du murmure vésiculaire.

De pareilles observations sont bonnes à relater. Elles prouvent que, *à priori*, on s'était certainement exagéré les dangers de la pénétration de l'air dans les plèvres. Celles-ci se montrent, comme on voit, aussi tolérantes que la plupart de leurs congénères, et le dogme de l'inviolabilité des séreuses reçoit de nos jours, et fort heureusement, d'assez vives atteintes.

Nous ne croyons pas cependant que la méthode opératoire de notre très-honoré confrère doive faire école. Le malade a guéri, d'accord; mais nous ne voyons pas qu'il fût utile ou même indifférent de s'exposer à provoquer un large emphysème sous-cutané dont l'extension pouvait, à un moment donné, déterminer des accidents graves, par exemple en gagnant les régions cervicale et sous-maxillaire. La production d'un pneumothorax ou d'un hydropneumothorax ne peut évidemment qu'entraver et retarder la guérison définitive de la pleurésie. Nous aurions, soit dit en passant, accueilli avec intérêt quelques détails sur les signes de ce pneumothorax à conditions étiologiques bien déterminées, et dont l'étude eût pu jeter de la lumière sur quelques points encore mal éclaircis de séméiotique : le tintement métallique en particulier.

Quoi qu'il en soit de ces remarques, le fait est intéressant. Mais, nous le répétons, en pareille occurrence, et si nous n'avions pas de baudruche *sous la main*, nous chercherions à nous en procurer, ou tout au moins à la remplacer par quelque autre tissu. Quelques doubles de papier joseph suffiraient et nous éviteraient l'emphysème et le pneumothorax.

— Dans le compte rendu de la même société inséré dans le Marseille médical, nous trouvons également deux observations intéressantes communiquées par le docteur Caselli (de Regio).

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Suite. — Voyez les numéros 8, 9 et 11.)

Grande-Bretagne.

L'enseignement de la médecine en Angleterre mérite l'attention de nos auteurs de projets de réforme. On lui reproche sans doute, en deçà comme au delà du détroit, la multiplicité de ses universités et colléges, régis par des chartes diverses et possédant le pouvoir de décerner des grades nombreux et variés, par conséquent un défaut d'harmonie et d'unité préjudiciable, dans une certaine mesure, à l'intérêt général de la société autant qu'au progrès de la science et à la dignité de la profession. Cependant les détails de son fonctionnement témoignent en plus d'un cas d'un bon sens et d'une utilité pratique, qui est le propre d'ailleurs du caractère anglais. Les écoles médicales organisées près de la plupart des hôpitaux, la facilité des études, par suite de la dissémination des élèves, la multiplicité des cours et des professeurs, la publicité donnée à tous les actes des universités, la possibilité, pour ceux qui n'ont aucune famille dans les grandes villes où ils font leurs études, de vivre en commun, la nécessité pour les élèves de suivre de bonne heure les cliniques, les encouragements accordés durant le cours des études, les relations facilement plus amicales entre le professeur et un petit nombre d'élèves, l'excellente création du Register medical, sont autant de détails bons à signaler, si l'on songe que les écrivains qui n'ont pu étudier un certain temps sur place l'organisation de la médecine dans la Grande-Bretagne, n'ayant eu qu'une idée imparfaite de celle-ci, ont plus été frappés de ses défauts incontestés que de ses qualités. Nous aurons plus d'une fois l'occasion, dans le cours de cet article, de revenir sur chacun des détails

Dans l'une, il s'agit d'un hématome intra-méningé observé chez une enfant de neuf ans. La tumeur avait débuté deux ans auparavant sous forme d'une saillie qu'on prit pour un lipome. Au moment où le docteur Caselli l'examina, elle couvrait le sommet de la tête dans une étendue de 34 centimètres d'avant en arrière sur 28 centimètres transversalement. La base mesurait 40 centimètres de circonférence. Les pariétaux, à moitié détruits, étaient soulevés des deux côtés.

La consistance de cette tumeur était homogène; on n'y sentait ni battements, ni frémissement, ni souffle. Elle était irréductible, nullement influencée par les mouvements respiratoires. En la pressant directement, on déterminait des symptômes de compression cérébrale.

A part un peu de lenteur des réponses et une dysopie due à la dilatation énorme des pupilles, les fonctions de cette jeune malade s'exécutaient normalement.

Une ponction exploratrice fournit un jet de sang veineux parfaitement limpide. On conclut à un fongus de la dure-mère, après avoir écarté l'idée d'une hernie du cerveau, eu égard au volume de la tumeur, et d'un hydrocéphale dont celle-ci n'avait pas la transparence. Cette dernière hypothèse était d'ailleurs contrariée par l'âge de la malade.

La mort survint quelques jours après à la suite de quelques vertiges auxquels succéda un coma profond.

L'autopsie démontra l'existence d'un large sac cellulo-fibreux développé aux dépens de la dure-mère, séparant les deux hémisphères cérébraux, s'appuyant sur le corps calleux, et s'étendant de la faux du cervelet à l'apophyse crista galli. Cette poche contenait 1635 grammes de sang demi-fluide. La surface interne était rugueuse et parsemée de brides; la surface externe parfaitement lisse.

Une dissection attentive démontra que cette tumeur était en communication directe avec le pressoir d'Hérophile largement distendu, et qu'elle représentait le sinus longitudinal supérieur. Tous les sinus et vaisseaux méningés étaient également dilatés. La jugulaire profonde était étranglée par un anneau fibreux relié aux apophyses transverses de l'axis, au niveau des insertions supérieures des scalènes. La veine était petite et vide au-dessous de l'étranglement.

La cause déterminante de la mort se trouvait dans deux foyers hémorrhagiques situés à la base du cerveau.

D'après M. le docteur Caselli, la lésion initiale serait la coarctation de la jugulaire, anomalie probablement héréditaire. Le père était mort apoplectique quelques mois auparavant. La stase consécutive du sang dans les vaisseaux intracrâniens aurait déterminé la formation de cette énorme tumeur par la dilatation du sinus longitudinal supérieur.

B.

Les chirurgiens qui ont répété les expériences de Reverdin ont souvent considéré la greffe épidermique comme une sorte d'autoplastie, si bien qu'au lieu de faire des greffes épidermiques superficielles, ils ont cherché à obtenir une véritable transplantation de lambeaux cutanés plus ou moins épais. Ainsi que l'a dit M. Reverdin, il serait difficile de savoir qui, le premier, a introduit cette modification de la greffe épidermique; car elle a été mise en pratique en même temps par un grand nombre de ceux qui ont expérimenté le nouveau procédé de cicatrisation. Aujourd'hui, M. Ollier sans réclamer précisément le mérite de l'invention, vient présenter la greffe cutanée comme un procédé d'autoplastie bien défini. M. Ollier, en transplantant des lambeaux cutanés, cherche à obtenir une véritable reproduction de la peau, au lieu de la formation rapide d'un simple tissu cicatriciel. Certainement s'il s'agissait toujours d'enlever les lambeaux de peau sur le sujet atteint d'ulcère, ou de plaie non cicatrisée, on pourrait craindre quelques dangers dans la production de nouvelles plaies chez un individu déjà souffrant; heureusement M. Ollier montre qu'on peut, pour la greffe cutanée, emprunter les lambeaux aux membres amputés, comme on l'a fait dans plusieurs hôpitaux de Londres, comme l'ont pratiqué M. Prudhomme, M. Aubert et M. Hofmolk pour la greffe épidermique. Cette possibilité d'utiliser les tissus encore vivants d'un membre amputé rendra plus faciles les applications de la greffe cutanée, à condition que les malades ignorent la source de l'emprunt; car plus d'un se refuserait peut-être à porter la greffe d'un membre amputé. Quoi qu'il en soit, nous ne voyons pas un obstacle bien sérieux dans la difficulté de faire les emprunts cutanés, à condition que les résultats obtenus soient importants. M. Ollier nous apprend que les lambeaux transplantés diminuent de moitié, et dans le dernier mémoire de Reverdin nous trouvons l'observation d'un blessé opéré à Saint-Cloud et qui portait au centre d'une cicatrice une partie saillante de 1 centimètre et demi de diamètre; celle-ci formait à peu près un tiers de la cicatrice froncée du mollet, et représentait un lambeau cutané de 2 à 3 centimètres carrés qui avait été transplanté. Ce fait montre qu'il faudra de larges lambeaux ou de nombreux lam-

---

multiples de cette organisation, considérée comme très-compliquée même en Angleterre.

Le Medical act de 1858, que nous analyserons plus tard et dont notre érudit confrère M. L. Le Fort a déjà fait connaître le but et l'importance dans un excellent article publié dans ce journal même, en 1867, n'a nullement porté atteinte, comme on le croit généralement, aux priviléges et droits des nombreux colléges et universités du Royaume-Uni. L'université d'Oxford fait encore une douzaine de médecins par an, et Durham deux ou trois; celle de Saint-André délivre toujours le titre de docteur médecin aux anciens praticiens (*Medical practitionner*) âgés de quarante ans et plus qui réclament ce titre, aujourd'hui fort désiré. Il est bien naturel de penser que le peu d'importance de ces universités, sous le point de vue médical, ne leur permet pas d'assurer un enseignement complet et en rapport avec les progrès incessants de la science. C'est la plus vive critique dirigée contre le système des anciennes corporations, non reliées entre elles par un même programme d'études.

Nous allons énumérer les titres si variés des médecins anglais, autre critique non moins juste, et nous les faisons suivre des initiales encore en usage que l'on rencontre toujours après le nom de l'auteur, sur les ouvrages imprimés, mais qui semblent nous étonner en France, depuis que les médecins ont perdu l'habitude d'ajouter après leur signature les D. M. P., ou M., ou S. (docteur en médecine de Paris, Montpellier ou Strasbourg), ou simplement M. (médecin). L'Angleterre a toujours été beaucoup plus riche que nous sous ce rapport. Nous trouvons, en effet, les titres suivants : Bachelier en médecine (M. B.), bachelier en chirurgie (B. S.) (*bachelor in Surgery*), docteur en médecine (M. D.), maître en chirurgie (M. S., M. C., ou C. M.) (*chirurgiæ magister*), grades plus spécialement conférés par les universités; et licencié (L.), licencié en accouchements (L. M., *Licentiate in midwifery*), licencié en chirurgie dentaire (L. D. S.), membre (M. *Member*), compagnon (F., *Fellow*), grades et titres délivrés par les colléges de médecine et chirurgie. Il faut ajouter que le médecin est plus généralement

beaux pour obtenir une cicatrice dans une plaie de quelque étendue. L'appréciation juste des avantages de la greffe cutanée ne peut être faite qu'après l'examen des cicatrices. Si la peau transplantée conserve ses caractères et ne représente pas un bourrelet saillant inodulaire, la greffe cutanée offre un grand avantage sur la greffe épidermique. La communication de M. Ollier semble promettre ce résultat. Dans tous les cas, lorsqu'il s'agira de larges surfaces, la transplantation cutanée nous paraît devoir donner des résultats inférieurs à l'autoplastie par emprunt périphérique, parce que, s'il faut multiplier les greffes cutanées pour recouvrir un large espace, nous ne voyons pas trop comment on obtiendrait un résultat quelque peu régulier par l'adjonction d'un grand nombre d'îlots. En pareille matière, nous le répétons, l'examen des résultats permet seul de porter un jugement définitif, et il nous suffit pour le moment d'appeler l'attention sur des faits intéressants au point de vue de la physiologie, et qui, pour passer dans la pratique générale, ont déjà la garantie des expériences personnelles du savant chirurgien de Lyon. H.

La médecine, sous plusieurs aspects différents, a fait figure depuis quelque temps à l'Assemblée nationale :

1° La proposition de M. Naquet a été prise en considération, et sera conséquemment l'objet d'une seconde délibération, grâce à l'insistance de M. Bouisson; mais il est entendu, comme l'a fait remarquer le professeur de Montpellier, et comme l'a reconnu M. le rapporteur de la commission d'initiative, qu'il ne s'agit pas de la première proposition de M. Naquet, de ce projet de loi complet dont la Gazette hebdomadaire a dit un mot, mais uniquement d'une seconde proposition signée par M. Naquet et par plusieurs de ses collègues, et tendant à la nomination d'une commission spéciale pour l'étude générale de l'organisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine (séance du 23 mars).

2° Conformément aux propositions de la commission du budget, une somme de 162 600 francs sera employée à « maintenir intacte et établir à Nancy la Faculté de médecine et l'École de pharmacie de Strasbourg ». L'Assemblée a écarté la somme de 91 100 francs, supplément requis dans le cas où le personnel de Strasbourg aurait été réparti entre les deux villes de Nancy et de Lyon. Ce retranchement a eu lieu d'accord avec M. le ministre de l'instruction publique, mais sous la réserve qu'une proposition de loi spéciale serait présentée pour la création d'une Faculté à Lyon, proposition que M. le ministre a déclaré vouloir défendre de toutes ses forces (séance du 19 mars).

3° Le crédit de 24 000 francs pour *bourses de voyage*)au profit des Facultés), d'abord réclamé par le ministre et supprimé par la commission, a été rejeté du consen te ent du ministre lui-même, mais à titre provisoire. M. Jules Simon a annoncé, à cette occasion, divers projets destinés à « associer les docteurs à la collation des grades et, dans une certaine mesure, à l'enseignement des Facultés » (séance du 19 mars).

4° Notre savant confrère M. Th. Roussel, d'accord avec MM. Jozon et Haentjens, était parvenu à obtenir de l'Assemblée la prise en considération de la proposition suivante : « Le droit de consommation par hectolitre de la liqueur d'absinthe sera porté à 500 francs », ainsi que cette autre proposition, plus importante encore que la première : « La teinture concentrée connue sous le nom *d'essence d'absinthe*, ne sera plus fabriquée et vendue qu'à titre de substance médicamenteuse. La vente en est interdite à tous distillateurs, liquoristes, marchands en gros et débitants de boissons, sous les peines portées à l'article 34 (titre IV) de la loi du 21 germinal an XI, concernant la vente de substances médicamenteuses de nature toxique. La vente de ladite essence par les pharmaciens sera soumise aux prescriptions de l'article 35 de la même loi. » Ces deux propositions ont été, en conséquence, renvoyées à la commission (séance du 23 mars). Mais voilà que, sur un nouveau rapport de cette commission, l'Assemblée vient de réduire le droit sur la liqueur d'absinthe de 506 francs à 175 francs, en principal, et, pour Paris, à 199 francs.

5° L'*île des Saintes* a été rayée de la liste des lieux de déportation, ainsi que nous en avions exprimé le vœu. Les deux articles du projet de loi qui se rapportent à cet objet spécial, et qui ont été adoptés par l'Assemblée, sont ainsi conçus : *Art.* 2. La presqu'île *Ducos*, de la Nouvelle-Calédonie, est déclarée lieu de déportation dans une enceinte fortifiée. *Art.* 3. L'île des *Pins* et, en cas d'insuffisance, l'île *Maré*, dépendances de la Nouvelle-Calédonie, sont déclarées lieux de déportation simple pour l'exécution de l'article 17 du Code pénal. »

Peut-être reviendrons-nous sur quelques-unes des questions soulevées par les diverses résolutions de l'Assemblée. Nous ne pouvons aujourd'hui que constater ces résolutions.

---

appelé *physician* dans le langage ordinaire, et le chirurgien *surgeon*, et que les *members* et *fellows* des collèges de médecine et de chirurgie sont dans le même langage appelés docteur, titre qui en réalité appartient seulement aux gradués des universités qui l'ont obtenu.

Quant aux corps universitaires, collèges, facultés, écoles, etc., nous devons considérer dans le Royaume-Uni trois catégories d'établissements. Les uns examinent et confèrent des grades sans enseigner, nous les appellerons corps examinants ; ce sont pour Londres : l'Université de Londres, le Collège royal des médecins et celui des chirurgiens ; la Société des apothicaires; pour l'Irlande, la même Société ; pour l'Écosse, les collèges de médecins et de chirurgiens. Les autres enseignent mais ne confèrent aucun grade, nous les désignerons sous le nom de corps enseignants, ce sont : pour Londres, les écoles-hôpitaux ci-après : Charing-Cross, Guy, le Collège-Hôpital-Royal, l'hôpital de Londres, Middlesex, l'hôpital-collège Saint-Bartholomé, Saint-Georges, Sainte-Marie, Saint-Thomas, le collège-hôpital de l'université, l'hôpital Westminster, l'école de chirurgie dentaire et les écoles provinciales de Birmingham, Bristol, Cambridge, Leeds, Liverpool, Manchester, Sheffield ; pour l'Écosse, l'université Anderson de Glasgow et l'école des chirurgiens d'Édimbourg ; pour l'Irlande, les écoles hôpitaux Adélaïde, de l'université catholique, l'école Carmichaël, l'hôpital de la Cité, l'hôpital de la maternité Coombe, le collège médical et hôpital Steenvens, l'école d'anatomie, de médecine, de chirurgie Ledwich, et onze autres écoles, collèges, facultés, tant dans la ville de Dublin que dans les provinces.

Enfin, les derniers enseignent, examinent et confèrent des grades, nous pourrions les nommer corps enseignants et examinants (en France nous dirions Facultés). Ce sont les suivants : pour l'Angleterre proprement dite, les universités d'Oxford, de Cambridge, de Durham ; pour l'Écosse, les universités d'Aberdeen, d'Édimbourg, de Glasgow, de Saint-André, la Faculté de médecine et de chirurgie ou des médecins et chirurgiens de Glasgow ; pour l'Irlande, les universités de Dublin,

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique chirurgicale

Du pansement des plaies par l'occlusion inamovible, par M. Viennois.

Sommaire. — De l'occlusion inamovible, ou de la combinaison de l'inamovibilité et de l'occlusion pour obtenir la cicatrisation des plaies. — Importance de l'immobilisation des pansements ouatés dans de vastes bandages silicatés. — L'immobilité des moignons ou des parties lésées ne peut être complète que dans des appareils inamovibles. — Effets de l'inamovibilité sur les processus de réparation des plaies récentes et des collections purulentes aiguës ou chroniques. — Son utilité pour obtenir la réunion immédiate, pour calmer les douleurs et pour diminuer la suppuration. — Cicatrisation sous-crustacée de certaines plaies traitées par l'occlusion inamovible.

Dans une première note insérée dans la Gazette hebdomadaire du 22 décembre 1871 sur les pansements isolants et antiseptiques, j'ai fait connaître les modifications que M. Ollier a apportées au pansement ouaté de M. Alphonse Guérin et qui consistent principalement dans l'addition de l'inamovibilité à l'occlusion. Cette méthode de pansement, que M. Ollier appelle *occlusion inamovible*, et dont il a exposé les principes le 12 février dernier à la Société de médecine de Lyon, a fourni déjà de si heureux résultats que je crois utile de les faire connaître dès aujourd'hui. Appliquée aux plaies d'amputations, aux traumatismes graves des membres, aux plaies articulaires et aux diverses plaies en général, elle nous a paru non-seulement avoir les avantages que M. Alphonse Guérin a si justement attribués au pansement ouaté, mais encore des avantages spéciaux que l'immobilité absolue de la plaie peut seule réaliser. Ayant pu suivre quarante et quelques plaies traitées par cette méthode, nous croyons pouvoir dire que, grâce à la combinaison rationnelle de l'occlusion ouatée et des appareils inamovibles, le pronostic des plaies, notamment de certaines plaies graves des membres, et surtout des plaies d'amputation dans les milieux infectés, nous paraît devoir changer complétement. Les chirurgiens des hôpitaux peuvent éviter dorénavant ces accidents, qui ont été jusqu'ici leur terreur et les ont souvent empêchés d'exécuter dans les milieux hospitaliers les opérations les plus rationnelles d'ailleurs (1).

L'occlusion inamovible repose sur deux principes essentiels et d'égale importance : 1° l'occlusion par le coton, telle que l'a préconisée M. Alphonse Guérin, pour mettre les plaies à l'abri des germes infectieux; 2° l'immobilité complète, absolue, permanente de la région blessée dans un bandage silicaté enfermant toutes les parties dont les mouvements peuvent influer d'une manière quelconque sur les tissus divisés. Les magnifiques succès qu'a obtenus M. Alphonse Guérin dans ses amputations, pendant le deuxième siége de Paris, ont montré toute la valeur de la ouate comme moyen d'occlusion. En parlant d'occlusion ouatée, nous allons contre la théorie de M. Alphonse Guérin, qui considère la ouate non pas comme une barrière à l'air, mais simplement comme un filtre de ce fluide. Nous n'avons pas l'intention d'aborder ici la discussion théorique, mais quelque incontestables que soient les faits expérimentaux (Pasteur, Pouchet, Tyndall) sur lesquels s'est appuyé M. Alphonse Guérin, nous ne comprenons guère la filtration de l'air à travers des couches de coton très-serrées et épaisses de 8 à 10 centimètres. Nous insisterons d'autant moins sur le côté doctrinal que la théorie de l'occlusion explique les faits chirurgicaux d'une manière satisfaisante, et que malgré les objections théoriques que soulève l'idée de la filtration de l'air, et le rôle des germes infectieux dans la production de certains accidents des plaies, les faits cliniques n'en subsistent pas moins. Quelques précautions que l'on prenne, on enfermera toujours quelques germes entre le coton et la plaie : l'air pur des hautes montagnes lui-même ne serait pas à l'abri de tout reproche contre la présence de certains germes. Mais cette privation absolue des germes ne nous paraît pas indispensable; l'important est qu'il ne puisse pas s'en développer par l'abord incessant de l'air vicié, et sous ce rapport le bandage ouaté, quand on a eu soin de désinfecter la ouate par les vapeurs phéniquées ou par l'interposition de quelques couches imbibées d'une solution phéniquée, nous paraît réunir des conditions suffisantes de succès.

Quelle que soit du reste la théorie véritable, l'idée d'envelopper les membres dans des couches d'ouate très-épaisses, rarement renouvelées, et qui appartient à M. Alphonse Guérin, nous permet de réaliser la première indication fondamentale dans le pansement des plaies. Quant à la seconde indication, qui consiste à immobiliser le membre ou la région malade d'une façon aussi complète que possible, elle ne peut être réalisée que par l'appareil silicaté, ou tout autre appareil facilement solidifiable. M. Ollier préfère le silicate de potasse, à cause de la commodité de son emploi et de sa légèreté; on le manie plus facilement que le plâtre, et il immobilise tout aussi bien. Avec le plâtre, on serait obligé de faire des appareils monstrueux. L'enveloppe silicatée fait par-dessus la ouate une nouvelle couche occlusive; mais comme cette occlusion a l'inconvénient de maintenir une humidité trop grande autour de certaines régions, en empêchant l'évaporation des liquides de la plaie, il est bon, si l'on a lieu de soupçonner la

(1) Je crois devoir rectifier une faute d'impression dans mon premier article, relative aux proportions d'huile et d'acide phénique pour les bains ou les irrigations huileuses. On me fait dire que la proportion d'acide phénique est de 50 pour 100, c'est 50 pour 1000 qu'il faut lire; et, comme cette proportion est notablement différente il est utile de corriger une erreur que pourraient commettre ceux qui seraient dans l'intention de répéter ces essais. Cette erreur est d'autant plus importante que nous publierons bientôt des observations et des expériences démontrant les dangers de l'acide phénique en application sur la peau saine ou employée dans le pansement des blessures.

---

l'université de la Reine, le collége des médecins, celui des chirurgiens (ces quatre établissements dans la même ville).

Nous trouvons en résumé, pour l'Angleterre proprement dite, 27 établissements d'examen et d'enseignement, pour l'Écosse 9 et pour l'Irlande 28; ensemble 12 corps examinants, 12 corps mixtes, soit 24 corps conférant des grades, plus 40 écoles d'enseignement, en totalité 64 établissements pour une population de 30 millions d'habitants, et nous ne sommes pas certain de ne pas avoir omis quelque établissement enseignant de plus; nous ne comptons dans ce nombre de 64 ni les écoles de pharmacie, ni les écoles établies dans les colonies. Le chiffre relativement restreint des écoles d'Écosse s'explique par l'importance de l'université d'Édimbourg, et d'autre part il ne faut pas se dissimuler que la plupart des hôpitaux-écoles sont loin de posséder des cours complets d'études.

Si l'on veut bien se rappeler maintenant l'énumération que nous venons de donner des divers titres des médecins en Angleterre, et l'habitude semblable à celle qui existe partout, de joindre aux titres le nom des universités et colléges d'où ils émanent, l'on aura : M. D. Lond., ou M. B. Lond. (docteur en médecine ou bachelier en médecine de Londres); F. R. C. P. Lond., ou Ir. (Fellow du Collége Royal des médecins de Londres ou d'Irlande, Dublin), etc. Les universités de Londres et d'Édimbourg sont celles qui confèrent annuellement le plus grand nombre de grades. Édimbourg, dont nous parlerons plus loin, est le plus grand établissement enseignant et examinant de tout le royaume; le nombre d'élèves qui fréquentent cette grande école médicale est cette année de 1800.

Il nous faut entrer maintenant dans le mécanisme compliqué des formalités exigées pour les études médicales, les cours, les examens et l'obtention des titres.

Les écoles médicales près les hôpitaux ou hôpitaux-écoles (*Hospital medical schools*) sont pour la métropole les établissements chargés de donner l'instruction aux élèves. Cette instruction est combinée de telle sorte que ceux-ci peuvent se

production abondante de sérosité et de pus, de le perforer en divers points après sa dessiccation, sans toucher à la couche ouatée. L'immobilité n'en subsiste pas moins avec tous ses avantages et le coton reste sec au-dessous. M. Ollier recommande ces perforations depuis qu'il a trouvé des moisissures dans un bandage resté trente-deux jours en place; la plaie fut trouvée très-belle, mais la peau saine du pourtour de la plaie était excoriée et comme macérée sur une certaine étendue.

Par l'occlusion inamovible, la chirurgie des champs de bataille nous paraît devoir être considérablement modifiée. Avec de la ouate et des bandes solidifiables, on pourra faire la plupart des premiers pansements qu'exigent les plaies des membres par armes à feu. On s'en servira pour transporter dans les hôpitaux fixes les amputés et les blessés à indication douteuse pour lesquels il n'est pas nécessaire d'intervenir immédiatement. Tous ceux qui ont pu voir dans la dernière guerre les difficultés de ce service des ambulances volantes, se rendront compte du changement que l'occlusion inamovible pourra apporter dans la chirurgie d'armée, dès que les fourgons d'ambulance seront garnis d'une quantité de coton suffisante. C'est dans des cas semblables que l'immobilité joue le principal rôle, et comme elle est sans danger, grâce à l'épaisse couche d'ouate que contient l'appareil inamovible, elle devra être employée, pour peu qu'il reste des chances sérieuses de conserver le membre. Il ne faut pas oublier toutefois que les plaies par armes à feu, et surtout par les gros projectiles, quand elles s'accompagnent de contusions profondes et étendues, sont exposées à la gangrène humide et à la septicémie aiguë, et que l'occlusion inamovible ne pourrait pas prévenir ces terribles accidents; ce n'est que pour les écrasements des doigts de la main ou du pied qu'on pourrait sans danger courir les chances de la mortification.

Nous avons vu récemment dans le service de M. Ollier des écrasements de la main qui semblaient devoir exiger l'amputation au moins partielle de cet organe. Les os brisés, les articulations ouvertes se sont couverts sous le bandage d'une couche granuleuse, sans qu'il se soit produit des fusées et de l'arthrite purulente. Les articulations et les gaînes se sont oblitérées, et, ce qu'il y a de plus important au point de vue des plaies contuses, les portions de doigts et les fragments d'os mortifiés ont pu rester un mois sous le bandage sans occasionner d'accidents, et au premier examen de la plaie on les retrouvait presque complétement détachés des parties saines, mais sans décomposition putride. Elles exhalaient seulement une odeur faisandée très-prononcée, très-désagréable, mais différente de celle de la putréfaction à l'air libre.

L'immobilité nous paraît surtout avantageuse pour calmer les douleurs, limiter la suppuration des plaies et prévenir les décollements des parties voisines. C'est à ce point de vue que la supériorité de l'*occlusion inamovible* nous paraît incontestable.

Si l'on se contente d'enfermer certaines plaies et les divers moignons dans des masses de coton entourées de bandes souples, les malades accusent toujours quelques douleurs. Ajoutez un bandage silicaté et les douleurs cessent, et cessent définitivement, lorsque le bandage est sec, si le bandage a été bien fait et embrasse une partie du corps suffisante pour rendre la plaie absolument immobile. Dans les amputations du membre supérieur, il faut prendre l'épaule dans le bandage et le bassin dans les amputations du membre inférieur; même pour les amputations de la main et du pied, il faut prendre la partie correspondante du tronc.

Nous avons vu il y a quelque temps combien cette immobilité était nécessaire. Plusieurs malades, qui se trouvaient un mois après leur opération en assez bon état pour que M. Ollier crût pouvoir se dispenser de renouveler le bandage silicaté, ont réclamé au bout de deux ou trois jours une nouvelle immobilisation avec l'appareil silicaté.

Parmi les faits qui ont pu nous permettre d'apprécier exactement la valeur de l'immobilisation, nous citerons celui d'un amputé de cuisse où l'épreuve et la contre-épreuve ont pu être faites avec toute la rigueur nécessaire. Ce malade, âgé de cinquante et un ans, atteint d'une ostéo-arthrite du genou, miné par la fièvre hectique et des douleurs incessantes, avait été opéré dans les plus mauvaises conditions. Pendant quatre semaines après son opération, il avait goûté un bien-être qui lui était inconnu depuis longtemps. Au bout de quinze jours il avait pris de l'appétit et se refaisait à vue d'œil. Au trente-deuxième jour, M. Ollier crut pouvoir se dispenser de l'enveloppe silicatée, et dès le lendemain le malade accusa de la douleur; la température avait augmenté dès le soir, le moignon devint douloureux et le malade perdit l'appétit. Au bout de cinq jours il y avait un petit décollement à la face inférieure du moignon. Cette fois encore on fit le simple pansement ouaté, sans bandage silicaté; le malade continua à souffrir, et quatre jours plus tard on constata un décollement plus grand. Alors le chirurgien eut recours au pansement complet, c'est-à-dire à l'occlusion *inamovible*, et une fois l'appareil silicaté sec, les douleurs disparurent.

Nous attachons donc une importance capitale à l'immobilisation, soit pour soulager le blessé, soit pour favoriser l'accomplissement lent et régulier des processus réparateurs, soit enfin pour obtenir dans certains cas la réunion immédiate.

M. Ollier est tellement persuadé de l'importance de l'immobilisation, que dans les cas où un abcès ossifluent doit s'ouvrir et menace de perforer la peau, il immobilise préalablement la partie dans un bandage silicaté. Ce mode de traitement des abcès ossifluents ou des suppurations articulaires est trop important pour que nous n'en disions pas quelques mots. On sait combien sont graves, dans les services de chirurgie, les ouver-

---

présenter aux examens, soit de l'université de Londres, soit des colléges de médecins et de chirurgiens, combinaison indispensable, puisque ces trois établissements, ainsi que nous le verrons ci-après, procèdent à des examens différents, nécessitant par conséquent des programmes d'études variés et dissemblables. Toutes les écoles de médecine de la Grande-Bretagne se trouvent d'ailleurs dans une position analogue, par suite de la faculté laissée aux universités et colléges, depuis leur origine, de n'admettre comme valables que les certificats des écoles qu'ils ont désignés eux-mêmes.

Le collége-hôpital de Saint-Barthélemy, l'une des trois plus considérables écoles de Londres (*Guy's hospital* et le collége-hôpital de l'université sont les deux autres), va nous servir de type, et le programme de l'année scolaire de l'année 1872, que nous avons sous les yeux, nous permettra d'être très-précis. L'hôpital contient 676 lits

Afin de pouvoir entrer dans une école médicale, l'étudiant doit avoir passé un examen d'études préliminaires analogue à notre certificat de grammaire ou à notre baccalauréat ès-lettres, ledit examen d'études variable quant aux détails, selon les établissements universitaires qui délivrent les certificats. Si l'étudiant, par exemple, n'est pas pourvu déjà d'un diplôme (*degree*) d'une université reconnue, il lui est loisible de passer soit l'examen d'études exigé par le Collége Royal des chirurgiens (*Preliminary examination in arts*), soit l'examen analogue de la Société des apothicaires, soit celui de l'université de Londres (*matriculation*), en raison des titres dont il a l'intention de se munir. Mais l'immatriculation de l'université est encore celle qui est le plus généralement adoptée, puisqu'elle est admise par tous les autres établissements spéciaux de la capitale. Cet examen, écrit et oral, comprend l'arithmétique, l'algèbre, le commencement de la géométrie, un peu de mécanique, de physique, de chimie, du grec ou du latin, la langue, l'histoire et la géographie nationales, le français ou l'allemand, au choix du candidat, qui doit avoir accompli sa treizième année et déposé la somme de 50 francs. Cet examen

tures spontanées ou accidentelles des abcès par congestion ou des abcès provenant des grandes articulations, comme la hanche et l'épaule. Ces dangers viennent de deux causes : de l'air qui pénètre dans le foyer et de l'inflammation du foyer par les mouvements. Les mouvements sont cause de la pénétration de l'air; il est donc important de les supprimer complétement au moment de l'ouverture des abcès. En ouvrant ainsi ou en laissant s'ouvrir sous le bandage inamovible des abcès dont l'ouverture à l'air libre, spontanée et surtout artificielle, est suivie des accidents les plus graves, on prévient mieux la pénétration de l'air que par tous les autres procédés de pansement. Si l'abcès est considérable, on le vide avec l'aspirateur Dieulafoy et l'on se hâte de recouvrir d'ouate la partie correspondante à la fenêtre de l'appareil. Après avoir vu, ouvrir de cette manière certains abcès ossifluents, nous avons été étonné de la faible quantité de pus qui s'en écoulait consécutivement sous le bandage tant que l'occlusion inamovible était maintenue; malheureusement il est des cas nombreux où l'abondance de la suppuration force à faire des pansements fréquents; mais on les fait sous le bandage qui maintient toujours l'immobilité. L'articulation doit être ainsi immobilisée pendant plusieurs mois, s'il le faut, jusqu'à la cicatrisation du trajet.

Quand on examine le pus des plaies traitées par l'occlusion inamovible, on trouve qu'il a des propriétés différentes de celles du pus exposé à l'air libre; il est devenu acide, comme on peut s'en assurer en y trempant un papier bleu de tournesol. Cette acidité tient probablement à la sueur qui se mêle au pus sous le bandage.

Dans le numéro de décembre 1871 des Archives générales de médecine, M. Hervey signale le résultat de quelques observations de M. Hayem, d'après lesquelles des globules de pus seraient peu nombreux et mal formés dans l'intérieur des bandages ouatés tels qu'on les pratique à Paris. Dans les différents pus que nous avons examinés, nous avons trouvé des vibrions d'autant plus nombreux que les bandages étaient plus anciens. Dans deux cas où le bandage a été enlevé au bout de dix et treize jours, nous avons observé peu de pus, mais des cristaux abondants d'acide stéarique. Nous n'avons pas fait les mêmes observations que M. Hayem relativement à la quantité des globules du pus; nous avons trouvé le plus souvent des globules de pus très-abondants, ratatinés, obscurcis par des granulations, mais qui deviennent très-apparents lorsqu'on ajoute une certaine proportion d'eau. Le pus du reste, quel que soit le temps qu'on attende pour enlever le bandage, ne subit pas les modifications qu'on observe dans les pansements ordinaires, il n'a pas d'odeur sulfhydrique. L'odeur en est d'abord fade, désagréable, puis analogue à l'odeur exagérée de certains fromages, mais sans rapport avec les produits de la putréfaction du pus exposé à l'air libre. Cette odeur fade commence lorsque la partie liquide du pus vient à traverser le bandage silicaté, et elle devient de plus en plus forte à mesure que la suppuration s'accumule.

Dans la plupart des faits dont nous avons été témoins, cette odeur n'était pas franche, elle était mêlée à une odeur phéniquée, résultat de l'huile ou de l'alcool phéniqués dont on avait arrosé certaines parties du bandage, soit préventivement, soit pour les désinfecter, lorsque l'odeur en devient incommode pour le malade ou ses voisins. Dans le cas où le bandage vient à être traversé, on le renforce, comme le fait du reste M. Alphonse Guérin, par quelques plaques d'ouate, mais on y ajoute en outre une bande silicatée. Mais ce qu'il faut en général éviter et reculer pour les dix premiers jours jusqu'à la dernière extrémité, c'est la destruction du bandage silicaté; il ne faut l'enlever que si le malade souffre et si l'on craint un gonflement inflammatoire qui pourrait devenir dangereux. A ce sujet, nous dirons que l'occlusion inamovible doit être tout particulièrement surveillée après les résections articulaires faites pour des lésions chroniques, pour des arthrites fongueuses surtout. Le gonflement du membre qui survient inévitablement, rend ces cas beaucoup moins favorables que les opérations (amputations ou résections) pratiquées sur des tissus sains et non encore enflammés. Dans les cas de résection du coude et de l'épaule pour lésions anciennes et avancées, M. Ollier préfère le pansement qu'il emploie depuis plusieurs années, et qui consiste dans un appareil silicaté, largement fenêtré pour être prêt à tout événement. Il fait alors de l'immobilité, mais de l'occlusion temporaire seulement; une occlusion trop complète et trop prolongée lui paraît pouvoir favoriser les fusées purulentes au milieu des tissus déjà altérés.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré s'appliquent surtout aux amputations et aux diverses plaies des membres, car pour les plaies du tronc et de la tête les conditions anatomiques sont telles, que l'occlusion inamovible n'est pas applicable, ou du moins ne l'est que d'une manière imparfaite. Pour les plaies du sein, par exemple, l'occlusion est difficile à cause de la configuration des parties, et l'immobilité est impossible à cause des mouvements respiratoires. On ne peut pas empêcher l'air d'arriver à la plaie au bout de quelques jours, et les malades sont du reste incommodés de l'odeur qu'exhale le pansement. M. Ollier préfère pour ces cas-là le pansement ouaté simple, qu'il renouvelle tous les trois ou quatre jours, suivant l'abondance de la suppuration.

Le maintien du membre dans sa première position est un point très-important; les mouvements imprimés à la partie malade occasionnent toujours dans la plaie des tiraillements qui produisent la rupture des petits vaisseaux et des adhérences déjà faites, et par cela même amèneront une prédisposition aux décollements et ouvriront une voie aux fusées purulentes.

---

d'études préparatoires passé, l'élève doit se faire inscrire dans les bureaux du Conseil médical.

Il y a au collége même deux classes spéciales chaque année pour les élèves qui veulent se préparer à l'examen de l'immatriculation requis par l'université et à l'examen scientifique préliminaire exigé pour le grade de bachelier en médecine. Le prix du cours dans le premier cas est de 10 guinées (250 francs), pour le second 6 guinées (150 francs) pour les élèves de l'hôpital; de 10 (250 francs) pour les autres. Il y a également des classes spéciales pour préparer au premier examen de bachelier; le prix est de 5 guinées (125 francs). Les étudiants sont divisés en plusieurs classes pour ces divers examens et interrogés par les professeurs spéciaux.

Les élèves peuvent résider dans le collége à titre de pensionnaires, soit qu'ils suivent les cliniques de l'hôpital, soit qu'ils assistent seulement aux cours de l'école. Ils doivent être munis de la recommandation d'un des professeurs, versent en entrant une somme de 250 francs et s'engagent nécessairement à se soumettre au règlement en vigueur, c'est-à-dire : Ne pas s'absenter après dix heures du soir et rentrer avant minuit, à moins de permission. Ne pas recevoir d'amis après la même heure, dîner tous les jours au collége, ne pas faire entrer de provisions de bouche sans autorisation, etc. L'élève peut résilier son engagement, excepté dans le cours d'un terme, qui dans l'espèce est d'une durée de quatre mois.

Tout se paye dans le système anglais, les leçons de théorie comme les leçons de pratique. Le prix des cours est attribué aux médecins professeurs, un très-petit nombre d'entre eux seulement recevant de minimes honoraires fixes. L'élève doit payer en entrant une somme de 100 guinées (2500 francs) ou s'engager à en payer 105 (2625 francs) en deux ans pour tous les cours de l'hôpital-école. Il peut aussi ne payer que le prix du cours qu'il désire suivre, car il conserve le droit, s'il n'est pas attaché à l'hôpital même, de suivre les cours d'autres écoles. Il peut enfin doubler un cours à l'aide d'un versement supplémentaire. Les cours ont généralement lieu dans une

Nous avons cité un fait qui montre la part de l'immobilité dans l'occlusion inamovible ; nous avons vu la température s'élever, les douleurs revenir, les décollements se produire quand on ne faisait que l'occlusion simple ; nous avons vu et nous avons constaté le retour du calme et un nouvel abaissement de la température dès que l'inamovibilité est venue s'ajouter à l'occlusion. Nous pourrions citer, si besoin était, d'autres exemples qui démontrent la nécessité de l'inamovibilité pour arrêter les douleurs et régulariser les processus réparateurs.

Nous admettrons donc que l'immobilité absolue du moignon est de la plus haute importance, et s'il faut mettre des couches épaisses de ouate et faire des pansements rares, c'est autant pour ne pas imprimer des mouvements au membre blessé et ne pas déranger la cicatrisation que pour empêcher l'arrivée des germes infectieux. L'occlusion inamovible n'a pas la même importance à toutes les périodes du travail de cicatrisation. C'est pendant la première période, période de granulation, c'est-à-dire pendant que se font à la surface de la plaie les processus oblitérants, qu'il est indispensable de soustraire les parties divisées au contact des germes infectieux. L'occlusion et l'immobilité sont alors indispensables. Plus tard, lorsque la couche granuleuse est formée, l'occlusion n'est plus nécessaire, l'immobilité suffit. M. Ollier applique alors des appareils silicatés tant que les plaies sont douloureuses et que les tissus sont exposés à des décollements préjudiciables, mais ces appareils sont fenêtrés au niveau de la plaie pour permettre les pansements appropriés.

D'une manière générale, la plaie est déjà recouverte au bout de dix jours environ d'une couche de granulations, et si la suppuration est abondante, il est utile de changer le bandage à cette époque pour éviter la macération des tissus. Pour les amputations, c'est en moyenne au bout de trois semaines qu'il est bon de le renouveler. La plaie est assez oblitérée pour qu'un nouveau pansement soit sans inconvénient. Le malade, débarrassé du pus, toujours plus abondant à la première période, se trouve mieux dans un nouvel appareil. L'occlusion sera plus ou moins longtemps nécessaire, suivant la salubrité du milieu, et l'immobilité sera toujours utile. Ces deux idées du reste ne doivent pas être séparées, et quel que soit le milieu dans lequel se trouve le blessé, elles sont simultanément applicables. Que le malade soit à l'hôpital ou à la campagne, que l'on soupçonne des germes infectieux ou non, la couche épaisse d'ouate rendra toujours un immense service comme coussin protecteur ; l'immobilité aura les mêmes avantages dans un milieu salubre, et elle aura plus de chances encore de nous permettre de recourir à la réunion immédiate dont nous allons nous occuper maintenant.

Depuis notre dernière note, nous avons suivi une tentative de réunion immédiate que M. Ollier a faite après une amputation de l'avant-bras chez un jeune homme qu'il n'aurait peut-être pas osé amputer alors qu'il n'avait à sa disposition que les moyens usuels de pansement. Ce malade, âgé de vingt-huit ans, avait depuis un mois des crachats sanguinolents; on entendait des craquements humides aux deux sommets. Il était atteint d'une arthrite suppurée du poignet, occasionnant des douleurs incessantes dues à la formation de nouvelles fusées dans la région palmaire; il y avait une fièvre continue et des sueurs nocturnes très-abondantes. C'est dans ces conditions que fut pratiquée l'amputation, à la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de l'avant-bras, et le moignon fut traité par l'occlusion inamovible. Le bandage resta en place quinze jours, mais à partir du surlendemain de l'opération la température avait baissé sensiblement (38°,6). La plaie avait été suturée avec des fils métalliques. On n'avait pas mis de mèche, mais on avait fait sortir en des points différents les bouts des trois fils qui avaient servi aux ligatures, pour qu'ils permissent au besoin au pus qui se produirait de s'écouler au dehors. Au bout de quinze jours, quand on défit le bandage; il n'y avait pas de gonflement; la plaie était réunie dans la plus grande partie de son étendue; on l'aurait dite même complétement réunie sans les petits trajets des points de suture, qui tombèrent du reste au moment du pansement. La pression sur tout le pourtour du moignon fit à peine sortir deux ou trois gouttelettes de pus. Cette suppuration insignifiante par la quantité continua encore quelques jours. Bien que la réunion par première intention n'ait pas été complète, nous croyons devoir citer ce fait comme un exemple de ce qu'on peut obtenir, même chez les sujets les plus défavorables. Il ne faut pas s'illusionner du reste sur ce que les chirurgiens partisans de la réunion immédiate dans les amputations, entendent par un succès. Après les grandes amputations, il y a toujours un petit trajet purulent venant de l'os, et qui ne se ferme que plus tard. C'est surtout au point de vue de la réunion immédiate que l'addition de l'inamovibilité au pansement ouaté nous paraît d'une absolue nécessité; le moindre mouvement, le plus petit tiraillement dans la plaie empêche les surfaces saignantes de s'unir et d'adhérer. Il faut donc réaliser autant que possible une immobilité absolue. Nous rappellerons du reste à ce sujet les cas que nous avons cités dans notre première note, relatifs à des amputations des doigts ou des ablations de tumeurs des membres, après lesquelles M. Ollier avait obtenu la réunion immédiate en plaçant les parties dans le bandage amidonné. Nous ajouterons seulement un fait récent, dans lequel nous avons constaté la réunion par première intention d'un genre de plaie qui amène toujours une suppuration plus ou moins abondante : il s'agit d'une fracture par arme à feu survenue par la décharge accidentelle d'un pistolet tiré presque à bout portant. La balle vint frapper la première phalange de l'index gauche et le fractura tout près de l'articu-

---

session de trois mois. Voici les prix de quelques-uns : Anatomie ou physiologie, 175 francs; médecine, chirurgie, matière médicale ou accouchements, 125 francs, etc. Il est tenu compte de l'assistance aux cours. L'étudiant de première année est surtout instruit dans tout ce qui touche l'anatomie; ainsi il doit partager son temps entre les dissections, l'assistance aux autopsies, les services de chirurgie, soit dans les salles de l'hôpital, soit aux consultations, et l'amphithéâtre d'opérations. Londres n'a pas de grands hôpitaux spéciaux pour les maladies de la peau, la syphilis, etc., et chaque hôpital important comprend un de ces services. Les cours de l'école-hôpital de Saint-Barthélemy sont donc nombreux et variés en raison de l'importance de ce grand établissement nosocomial. Nous y trouvons, outre les visites au lit des malades, des cours de médecine (théorie et pratique), clinique médicale et chirurgicale, chirurgie et opérations, anatomie descriptive et chirurgicale, anatomie générale et pathologique, physiologie, anatomie comparée, matière médicale, accouchements et maladies des femmes et des enfants, hygiène et médecine légale, ophthalmologie, anatomie et chirurgie dentaires, maladies mentales, maladies de la peau, des oreilles, des yeux, chirurgie orthopédique, dissections, physiologie pratique (au laboratoire), sans compter la botanique, la chimie (théorie et pratique), etc. Le nombre des médecins et professeurs pour l'année scolaire 1871-1872 n'est pas moins de 31. Plusieurs, outre leurs cours, sont chargés d'un service de clinique ou des consultations; quelques-uns appartiennent à plusieurs hôpitaux. Les cours ont lieu, selon la matière du cours, deux, trois, quatre, cinq ou six fois par semaine ; la médecine légale, par exemple, aura lieu trois fois, les opérations de chirurgie cinq, les dissections six, etc.

Le personnel médical et professionnel comprend des médecins et des chirurgiens consultants, quatre médecins et quatre chirurgiens chefs de service, autant de médecins et de chirurgiens adjoints, un médecin-accoucheur chef du service, deux chirurgiens pour les maladies des yeux, un chirurgien dentiste,

lation métacarpo-phalangienne. Elle sortit par ricochet en agrandissant l'ouverture d'entrée, de manière qu'il n'y avait qu'une seule plaie. Quand on eut exploré la plaie et qu'on eut acquis la certitude que la balle était ressortie, on mit le membre dans un bandage ouaté silicaté remontant jusqu'à la moitié du bras. Le membre ainsi pansé fut soutenu par une écharpe. Le malade ne souffrit pas du tout et le membre fut maintenu pendant dix-sept jours dans l'appareil. Après cette époque il fut enlevé, et M. Ollier trouva une couche de coton sèche et adhérente à la plaie. Pas trace d'inflammation, pas de suppuration, pas de douleur. Il ne toucha pas à la plaie, ne fit aucune tentative pour arracher le coton. Nous réappliquâmes un nouvel appareil ouaté silicaté; douze jours après, nous défîmes de nouveau l'appareil; même absence de suppuration. Nous enlevâmes alors la croûte de coton qui recouvrait la plaie et nous constatâmes qu'il n'y avait pas l'ombre de suppuration, que la plaie s'était épidermisée sous la couche protectrice d'ouate sans donner lieu à une suppuration appréciable. Ce fait, qui n'aurait rien que de très-ordinaire pour une plaie des parties molles, est digne d'attention dès qu'il s'agit d'une plaie avec fracture.

Ce fait nous conduit à examiner une autre particularité des plaies traitées par l'occlusion inamovible, qui est aussi intéressante que la réunion immédiate, et qui appartient du reste au même principe physiologique; c'est l'*absence de suppuration appréciable* dans certaines plaies non réunies et recouvertes de coton. Nous avons vu plusieurs fois, et entre autres, après l'ablation d'une tumeur de la paume de la main, après des plaies contuses avec amputation des doigts, le coton parfaitement sec au bout de quinze jours, ou du moins imbibé de sang et de pus desséchés et intimement adhérent à la plaie. La suppuration ne s'était pas établie d'une manière appréciable sous le bandage inamovible, on aurait dit même au premier abord qu'aucun travail ne s'était accompli depuis le moment de la blessure, mais le travail, quoique masqué par la couche de coton, ne s'en était pas moins accompli. Il s'était fait une couche granuleuse sous-crustacée qui devenait apparente quand on cherchait à enlever le coton durci par le sang et le pus desséchés. On trouvait alors une couche granuleuse rose, vermeille, d'un très-bon aspect, avec tendance à une cicatrisation rapide, et, sur les bords une épidermisation assez avancée qui s'était opérée sous la couche de coton. Dans les cas de plaie de moyenne étendue, cette cicatrisation sous-crustacée peut se produire et, en enlevant la croûte formée par la ouate desséchée, on observe non-seulement une couche granuleuse de nouvelle formation, mais encore une surface recouverte d'une petite couche épidermoïdale, comme on l'observe habituellement pour les écorchures ou les petites plaies.

Cette diminution et dans quelques cas cette absence de suppuration sont un des résultats de l'immobilité absolue; Bonnet l'avait déjà signalé à propos des cautérisations qu'il pratiquait sous le bandage amidonné. Certaines eschares se détachent alors sans suppuration appréciable. Quand on met simplement le coton autour d'une plaie, quelque épaisse que soit la couche, la plaie est à l'abri de l'air et l'on prévient les accidents infectieux; mais on n'obtient pas cette réunion immédiate ou cette cicatrisation sous-crustacée qui simplifie la réparation des plaies et sont la meilleure garantie contre leurs complications ultérieures. Pour les grandes amputations on n'obtiendrait pas certainement des résultats aussi simples; il y aura toujours une collection de pus plus ou moins abondante, mais on limitera toujours la suppuration, soit qu'on cherche à l'éviter par la réunion immédiate, soit qu'on bourre la plaie de coton pour en laisser les bords écartés.

Les procédés de pansements des plaies appliqués par certains peuples primitifs, et en particulier par les Arabes, présentent quelquefois des résultats analogues. Ces pansements, bizarres quant à leur composition, dangereux surtout dans leur application empirique, formés de substances emplastiques et solidifiables, font à la fois, dans une certaine mesure, l'occlusion et l'immobilité. C'est à ce titre que nous les signalons ici; il faut seulement aujourd'hui substituer à des procédés empiriques et dangereux des pratiques rationnelles. Mettre à l'abri de l'air et immobiliser sont les deux indications essentielles du traitement des plaies : la pratique de M. Ollier n'est que l'application rationnelle et méthodique de ces deux idées.

Nous conclurons en disant qu'il nous paraît de la plus grande importance d'ajouter l'inamovibilité au pansement ouaté, si l'on veut remplir toutes les indications que réclame le traitement des plaies. Malgré l'épaisseur de la couche d'ouate et la constriction des bandes, le pansement de M. Alphonse Guérin ne peut pas suffisamment immobiliser les plaies; il faut le compléter par un appareil inamovible. Si l'on veut donc mettre les plaies dans les meilleures conditions de cicatrisation, il ne faut pas se contenter de l'occlusion simple, il faut faire de l'*occlusion inamovible*.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 18 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

ALCOOLISME. — M. *Barth* adresse une lettre pour solliciter l'appui de l'Académie en faveur de l'Association.

Cette lettre est renvoyée à une commission composée de MM. Dupin, Dumas, Bienaymé, H. Sainte-Claire Deville.

— M. *Piorry* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place devenue vacante par le décès

---

quatre médecins supplémentaires (*casualty physicians*). Les huit médecins et chirurgiens chefs de service doivent être : les premiers, licenciés ou membres du Collége Royal des médecins de Londres ou gradués en médecine de l'une des universités reconnues par le Collége; les seconds doivent être membres du Collége Royal des chirurgiens. Leurs honoraires sont seulement de 625 francs. Nous avons dit plus haut que ces honoraires étaient augmentés des leçons payées par les élèves. Ils sont nommés pour un an par la direction de l'hôpital, mais peuvent être confirmés.

Il y a encore deux accoucheurs adjoints au chirurgien-accoucheur. L'un des deux, nommé pour un an est rééligible pour une seconde année; il doit être membre du Collége Royal des chirurgiens. Le second adjoint est nommé pour six mois et doit être au moins licencié. Un chirurgien pour les maladies des yeux est aussi nommé pour six mois, avec réélection pour une période semblable. Enfin, des élèves, choisis parmi les plus studieux et parmi ceux de deuxième année, sont plus spécialement attachés aux cliniques de l'hôpital, ce sont eux qui font les pansements, les gardes, etc. Le choix est fait sur la valeur des examens passés. Seize de ces élèves (*dressers*) reçoivent aussi des honoraires fixés à 300 francs pour trois mois, 400 francs pour six mois, 625 francs pour un an. On sait que nos voisins procèdent en tout d'une façon méthodique; ainsi les opérations chirurgicales, à moins d'urgence absolue, ont lieu deux fois par semaine, celles pour les yeux une fois, etc. Nous réservons pour un travail spécial les résultats des services de médecine et de chirurgie, le nombre des malades traités, tant à l'hôpital qu'à domicile. Les médecins professeurs sont *lecturers* ou *demonstrators*. Les *lecturers* sont nommés par le comité d'administration ou *governors*, sur la présentation de leurs titres. Les *demonstrators* sont nommés par les *lecturers* du Collége réunis en comité.

Une bibliothèque est annexée au Collége. La souscription payée par l'étudiant pour la bibliothèque est de 25 francs par

de M. *Stan. Laugier*. (Renvoi à la Section de médecine et de chirurgie.)

De la bile incolore. Note de M. *E. Ritter*, présentée par M. Ch. Robin. — « On a signalé souvent dans les autopsies la présence de vésicules remplies d'un liquide incolore, que l'on regarde d'ordinaire comme étant du mucus. Je ne sache pas que des analyses aient démontré que ces liquides renfermaient parfois les sels des acides biliaires, sans traces de matière colorante, présentant les réactions caractéristiques avec l'acide azotique. Je résume ici un certain nombre de cas que j'ai pu observer dans ces dernières années chez l'homme et chez les animaux.

» La recherche des acides biliaires a été faite par le réactif de Pettenkœffer; celle des matières colorantes par l'acide azotique, en me servant des procédés les plus délicats. L'analyse quantitative a été faite de la manière suivante : l'eau, l'ensemble des matières inorganiques et organiques a été déterminé sur une partie du liquide; le restant, évaporé à siccité, a été repris par de l'alcool absolu, puis précipité par de l'éther; la partie insoluble dans l'éther, évaporée et desséchée à + 105 degrés, a été pesée et figure comme sel des acides biliaires. La solution alcoolo-éthérée, évaporée à siccité, a été reprise par de l'éther absolu qui a dissous la graisse et la cholestérine. Le chiffre des matières organiques est la différence entre le résidu total et le poids réuni des sels des acides biliaires, des sels inorganiques, de la graisse et de la cholestérine. »

L'auteur rapporte sept observations de liquide incolore trouvé dans la vésicule du fiel, et où l'analyse a démontré l'existence des sels des acides biliaires, de cholestérine et de matière organique. Il cite ensuite un cas d'excréments blancs rendus par un malade qui n'avait jamais d'urines ictériques; les excréments redevinrent colorés, puis un an après blancs, sans motifs connus.

« La présente note, dit-il, a surtout pour but d'appeler l'attention des médecins qui pratiquent des autopsies. Les faits ne sont pas encore assez nombreux et les observations trop incomplètes pour qu'on puisse les expliquer d'une manière satisfaisante. Je ferai seulement remarquer que, dans quelques cas, surtout chez les animaux, la bile incolore coïncidait avec l'ictère; mais, *dans tous les cas, le foie présentait une dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée.* »

De la morphine et du chloroforme. Note de M. *Guibert*, présentée par M. Claude Bernard (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 11, p. 161 et 170).

Des greffes cutanées. Note de M. *Ollier*, présentée par M. Cl. Bernard. — « En 1869, M. Reverdin a démontré que de petits lambeaux d'épiderme de 2 à 3 millimètres carrés, transportés sur des plaies en voie de réparation, sont susceptibles de se greffer sur la couche de bourgeons charnus, et deviennent des centres de formation épithéliale dont on peut tirer parti pour hâter la cicatrisation de la plaie.

» Les faits que nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie montrent que ce ne sont pas seulement des lambeaux microscopiques d'épiderme qui peuvent être ainsi transplantés, mais de larges lambeaux cutanés, formés non-seulement par la couche superficielle du derme, mais par toute l'épaisseur de la peau.

» Au lieu d'un semis de petits fragments d'épiderme, je fais de véritables transplantations cutanées. Je ne me borne pas à semer sur les bourgeons charnus de petits îlots épidermogènes, je recouvre par de larges lambeaux de plusieurs centimètres carrés une plus ou moins grande étendue de la plaie dont je veux hâter la cicatrisation. Je ne cherche pas seulement ainsi à hâter l'épidermisation naturelle des bourgeons charnus, je ferme la plaie par une couche cutanée empruntée ailleurs, et qui, une fois greffée, forme une membrane limitante toute différente des cicatrices ordinaires.

» Quand on transplante de petits lambeaux épidermiques ou dermo-épidermiques, on hâte sans doute, dans une certaine mesure, la cicatrisation de la plaie, mais on n'obtient pas une cicatrice différente de celle qui se serait produite naturellement. C'est le même processus fondamental, c'est la même structure; ce sont les mêmes propriétés dans le tissu cicatriciel.

» La pellicule épidermique dont la fonmation a pu être avancée par la multiplication des centres d'épidermisation a les mêmes caractères que la couche superficielle des cicatrices ordinaires. Elle est si peu stable qu'elle se détruit sous l'influence de la moindre irritation. Elle est lisse, luisante, et laisse voir par transparence le tissu violacé qui constitue la partie fondamentale de la cicatrice. Aux membres inférieurs, sur la périphérie des ulcères chroniques, elle se transforme en une couche cornée plus ou moins épaisse, mais qui n'offre aucune stabilité, et qui doit être considérée comme un produit pathologique. Sous les greffes épidermiques, le tissu propre de la cicatrice se comporte comme dans les cas où il s'est formé naturellement; il a la même rétractilité et, par conséquent, les mêmes inconvénients au point de vue chirurgical.

» En transplantant de larges lambeaux cutanés et en les multipliant, je puis recouvrir en une seule séance la plus grande étendue de la surface d'une plaie, et la guérison a lieu alors par un processus tout autre que dans les greffes qui ont été pratiquées jusqu'ici.

» On peut prendre les lambeaux cutanés, soit sur le sujet lui-même, soit sur d'autres individus. Nous avons pris la plupart de nos greffes sur des membres amputés à la suite d'accidents, chez des hommes sains d'ailleurs.

---

an, ou 50 francs pour quatre ans. Les livres sont prêtés en dehors de la salle de lecture.

J'ai suffisamment montré dans le cours de ce travail que le coût des études était assez élevé à Londres. Je m'empresse d'ajouter une honorable exception à cette règle : il arrive souvent que des écoles médicales instruisent pour rien des élèves peu fortunés et méritants, surtout lorsqu'ils sont fils de médecins.

Des pensions, prix, médailles, sont décernés chaque année aux meilleurs élèves. Nous citerons entre autres le prix de la fondation Jeaffreson, décerné à l'élève qui a passé le meilleur examen sur les matières exigées pour l'examen d'études préliminaires dans les universités. Ce prix est de la valeur de 500 francs payés pendant deux ans, sous la condition que l'élève continuera ses études à l'hôpital la deuxième année et qu'il aura donné des témoignages de satisfaction. Les élèves de l'hôpital ayant au moins six mois d'études sont appelés à concourir. Sept autres prix de 1250 francs, 750 francs, 625 francs, 500 francs, sont accordés aux élèves d'un an à trois ans, après divers examens, les uns comprenant la médecine, la chirurgie et les accouchements; les autres l'anatomie, la physiologie et la botanique, après les examens généraux de la fin des sessions d'hiver et d'été. Les prix les plus élevés (*senior scholarships*) obligent les lauréats à continuer leurs études à l'hôpital et à résider dans le collége, à moins de décision contraire du comité d'administration de l'école. Les examens sont dirigés par les médecins et les professeurs (*lecturers*). D'autres prix, consistant en médailles, livres, sont accordés aux meilleurs mémoires présentés sur des sujets divers. Je trouve le suivant au programme de 1871-1872 : Essai sur les rapports entre la religion révélée et la science médicale; un autre consiste dans la rédaction de douze observations de chirurgie, etc. Il y a des prix pour le meilleur examen d'anatomie, de clinique médicale, etc. Enfin, je ne saurais trop recommander la société Abernethian, fondée en 1795, qui réunit chaque semaine les professeurs et les étudiants de l'hôpital dans la salle de lecture, pour lire,

» Dans les cas où nous avons été obligé de les prendre sur le sujet lui-même, nous avons, pour éviter la douleur de l'opération, mis à profit un fait expérimental que nous avons communiqué, il y a plus de dix ans, à l'Académie (*Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 27 mai 1861), c'est-à-dire la possibilité de greffer des tissus soumis à de basses températures. A cette époque, nous démontrâmes que des lambeaux de périoste gelés, puis transportés sous la peau d'un autre animal, pouvaient non-seulement reprendre vie, mais encore produire du tissu osseux. Nous avons, pour pratiquer nos greffes cutanées, appliqué sur la peau un mélange réfrigérant (glace et sel). Une fois la peau gelée, c'est-à-dire devenue blanche, exsangue et insensible, nous avons taillé des lambeaux comprenant la totalité du derme, qui, transportés sur une plaie, se sont greffés parfaitement. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1869 et 1870, dans les départements de la Nièvre et de la Haute-Vienne. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Marbotin* sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), en 1870. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Moreau* (de Tours), qui se désiste de sa candidature pour la section de pathologie médicale. — *b*. Une lettre de M. *Sanson*, professeur de zootechnie et de zoologie à l'École de Grignon, qui se présente comme candidat pour la section de médecine vétérinaire. — *c*. Des lettres de remercîments adressées par MM. les docteurs *Tourdes*, *Auguste Voisin*, *Guipon*, *Daniel*, *Lagardelle*, *Privat*, *Prosper Yvaren*, *Boëns*, et *Bessières*, lauréats des derniers concours. — *d*. Quatre notes concernant les signes de la mort réelle, et destinées au concours pour le prix d'Ourches.

M. *Larrey* présente : 1° Une lettre de M. le professeur *Tigri* (de Sienne) sur l'étiologie et la nature du croup; — 2° Une brochure de M. le docteur *Polaczeck* sur l'opportunité des grandes opérations ; 3° Une note de M. le docteur *Squire* (de New-York) sur un nouvel instrument, qu'il nomme cathéter prostatique vertébré ; — 4° Une note sur un appareil prothétique inventé et fabriqué par M. *Ch. Delalain*, dentiste, et destiné à remplacer, chez un soldat du 97° de ligne, le segment antérieur de la mâchoire inférieure et le plancher de la bouche enlevés par un éclat d'obus.

M. *Boudet* dépose sur le bureau une série de publications en langue anglaise sur divers sujets de médecine et d'hygiène.

M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie : 1° Un nouvel instrument pour l'opération des polypes des fosses nasales, fabriqué par MM. *Robert* et *Collin*, en juillet 1870, d'après les indications de M. le docteur *Petrini*; — 2° Un instrument destiné à pratiquer des points de suture complets dans les parties profondes (staphylorrhaphie, fistules vésico-vaginales), instrument nommé *passe-fil* ou *sutureur*, et fabriqué par M. *Guéride*, sur les indications de M. le docteur *Cintrat*.

M. *Béclard* lit une lettre de M. *Chapplain*, sous-intendant militaire, accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : DE L'INTENDANCE, DU CORPS MÉDICAL MILITAIRE ET DE LA MORTALITÉ DANS L'ARMÉE, en réponse à l'ouvrage de M. le docteur *Chenu* sur la mortalité dans l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine.

M. le *Secrétaire annuel* donne lecture de l'ampliation d'un décret du Président de la République, en date du 13 mars, par lequel est approuvée l'élection de M. *Jules Lefort*, dans la section de pharmacie, en remplacement de M. *Robinet*, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *J. Lefort* prend place parmi ses collègues.

M. le *Secrétaire annuel* lit ensuite une lettre de M. *Auguste Michel Lévy*, qui annonce la mort de son père, M. le docteur *Michel Lévy*, membre titulaire de l'Académie, décédé le mercredi 13 mars, au Val-de-Grâce.

M. *Legouest* fait remarquer que, conformément aux dernières volontés du savant et regretté professeur, aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

M. *Barth*, président, exprime, en quelques mots, les regrets qu'inspire à l'Académie la perte d'un collègue tel que M. Michel Lévy, également éminent par le savoir et par le cœur.

M. le *Président* annonce aussi la mort de M. le professeur *Renzi* (de Naples), membre correspondant étranger.

M. le professeur *Martins* (de Montpellier), membre associé national, assiste à la séance.

ASSOCIATION CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES. — En réponse à une lettre que M. *Barth* lui a adressée le 18 mars, relativement à l'association contre l'abus des boissons alcooliques, M. *Dumas*, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, répond que la savante compagnie, heureuse de coopérer à cette œuvre si éminemment utile, a chargé une commission composée de M. Dupin, Dumas, Bienaymé et Sainte-Claire Deville, d'examiner la question.

Tout en applaudissant au nouveau projet d'association contre l'alcoolisme, et quoique plein de respect pour une louable concurrence, M. *Jules Guérin* croit devoir revendiquer les honneurs de l'initiative en faveur de l'*Association française contre l'abus du tabac et des liqueurs alcooliques*, qui la première a entrepris cette croisade contre un fléau menaçant l'humanité tout entière. « Elle n'a pas attendu, en effet, qu'une association rivale traçât la route et suggérât les moyens. Cette route, elle y a marché résolûment; ces moyens, elle les a signalés et employés. Elle a établi des publications, ouvert des concours, institué des prix et des récompenses, stimulé le zèle des pouvoirs publics. Ainsi, elle n'a pas attendu qu'on lui signalât l'utilité d'un accroissement de l'impôt sur les boissons alcooliques au profit d'un dégrèvement proportionnel de l'impôt sur les vins; elle en a fait l'objet d'une pétition à l'Assemblée nationale, pétition qui n'a peut-être pas été étrangère aux mesures prises dans ce sens par l'administration.

» Nous avons donc l'espoir, ajoute M. J. Guérin, que l'Académie voudra bien partager son intérêt et ses encouragements entre l'Association dont nous venons de rappeler les titres et celle qui s'est signalée plus récemment à son attention. »

PATHOLOGIE DU BULBE RACHIDIEN. — Les maladies du bulbe rachidien n'ont été, jusqu'à présent, l'objet d'aucun travail d'ensemble. M. *Bourdon*, candidat pour la section de patho-

discuter des mémoires de science médicale et des présentations de cas pathologiques.

Telle est, esquissée dans ses principales divisions, l'organisation d'une des trois principales écoles de Londres; mais, nous aurons à le constater bientôt, les nombreuses écoles de la Grande-Bretagne sont loin de posséder une organisation semblable.

Nous allons suivre maintenant l'étudiant en médecine devant l'université de Londres, le Collége Royal des médecins et celui des chirurgiens.

A. DUREAU.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le ministre de l'instruction pupblique ayant résolu de pouvoir à la chaire de clinique chirurgicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris : 1° Leur acte de naissance; 2° Leur diplôme de docteur; 3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux. — Le registre d'inscription sera clos le mercredi 3 avril, à trois heures.

PRIX. — L'Académie de médecine de Madrid met au concours pour 1873 : *Histoire générale des désinfectants avec l'indication des plus efficaces comme préservatifs des maladies.* Les mémoires, écrits en espagnol ou en latin, doivent être parvenus *franco* et dans les formes académiques, au secrétariat, rue de Cedaceros, 13, avant le 1er septembre 1873.

Le prix, consistant en 3 000 réaux et une médaille d'or, avec le titre de correspondant, ou un accessit avec médaille d'argent, sera décerné au commencement de 1874.

logie interne, a essayé de combler cette lacune dans un laborieux et savant mémoire, dont il a lu le résumé devant l'Académie. Ayant pu réunir plusieurs faits cliniques inédits, assez complets, et dont quelques-uns ont été observés par lui, il les a joints à ceux qui étaient déjà connus, et a rassemblé ainsi les matériaux et esquissé les éléments d'une véritable monographie. (Nous donnerons une analyse détaillée de ce travail.)

Un cas de ladrerie observé dans l'espèce humaine. — Sous ce titre, M. le docteur *Lancereaux* lit un très-intéressant travail sur le développement de l'infection ladrique dans le corps de l'homme.

Chargé par intérim du service de M. le docteur Gombault, à l'hôpital Saint-Antoine, M. Lancereaux a eu l'occasion d'y observer dernièrement une femme de quarante-trois ans, exerçant à Paris, depuis douze années, le métier de chiffonnière. Elle a la surface du corps couverte d'un millier de petites tumeurs olivaires, mobiles, indolentes, paraissant développées dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les interstices musculaires. Une de ces tumeurs incisée donne issue à un liquide clair, limpide, transparent; elle est composée de deux vésicules: l'une, externe, formant les parois mêmes du kyste; l'autre, interne ou incluse, plus petite, pisiforme, et servant d'enveloppe immédiate à un ver parasitaire, qui présente, au microscope, tous les caractères du cysticerque. Ces caractères ont été constatés non-seulement par M. Lancereaux, mais encore par M. Richet et par M. Collin. L'examen attentif des matières fécales n'a jamais pu y faire découvrir des fragments de tænia.

La malade, après avoir séjourné à l'hôpital, à deux reprises différentes, est sortie dans l'état où elle était entrée. Jusqu'à présent la ladrerie dont elle est atteinte ne paraît avoir produit aucune altération dans sa santé générale.

Comme complément de cette observation, M. Lancereaux rappelle un fait analogue, observé à l'hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Delore en 1862, et rapporté par M. Bonhomme dans le Bulletin de la société de biologie (1863). Le malade ayant succombé à une affection chirurgicale, il fut possible de pratiquer son autopsie et de donner une description détaillée des lésions anatomiques de la ladrerie chez l'homme. On trouva des vésicules de cysticerques, non-seulement dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les masses musculaires du tronc et des membres, mais encore dans le foie, dans les poumons, dans les reins, etc.

M. Lancereaux, envisageant la question étiologique de la ladrerie humaine, est conduit à se demander d'où pouvait provenir cette infection chez sa malade? Procédait-elle, comme chez le porc, des œufs du tænia, ainsi qu'il résulte des expériences de Kuchenmeister, de von Sieboldt, de van Beneden, de Henekart, de Haubner, de Baillet et de Davaine? Bien qu'aucun vestige de ver solitaire n'ait été constaté chez la malade de l'hôpital Saint-Antoine, M. Lancereaux serait disposé à accepter cette étiologie; il faudrait donc admettre, suivant lui, que la chiffonnière aurait pris le germe du tænia dans les ordures qu'elle manipulait habituellement.

Cette supposition offre d'autant plus de probabilité que le tænia, au dire d'un pharmacien du quartier, est très-fréquent dans le faubourg Saint-Antoine, où la malade exerçait sa profession de chiffonnière. Cette fréquence du tænia ne doit pas être seulement attribuée à la viande de porc, dont la population ouvrière de ce quartier fait une si grande consommation, elle doit être mise encore sur le compte de la viande de boucherie, dont M. Lancereaux a pu constater, plusieurs fois, la mauvaise qualité. Et, afin qu'on n'en puisse douter, il montre des morceaux de poumons et de foie de mouton, provenant de l'étal d'un boucher voisin de l'hôpital Saint-Antoine, et qui sont farcis d'échinocoques. Nous croyons, avec M. Lancereaux, que de pareilles viandes ne s'étaleraient pas aux portes de boucheries, si l'inspection se faisait avec plus de vigilance et de sévérité. C'est là un fait grave, au point de vue de l'hygiène publique, et qui doit être signalé à la sollicitude de l'administration municipale.

L'existence de la ladrerie dans l'espèce humaine est donc aujourd'hui parfaitement démontrée. Il est incontestable aussi que sa manifestation se lie à de mauvaises conditions hygiéniques, à l'usage d'aliments malsains, et surtout à la malpropreté habituelle.

Quant à son traitement, il ne peut guère consister que dans l'extirpation des cysticerques, ou mieux encore, suivant le conseil de M. Davaine, dans leur destruction au moyen d'injections alcooliques. Comme médication générale, M. Lancereaux avait l'intention de recourir à l'emploi de l'acide phénique, si sa malade était restée assez longtemps à l'hôpital pour se prêter à cet essai.

Apparition de la membrane lamineuse dans le placenta humain. — En 1865, M. le docteur *Joulin*, candidat pour la section d'accouchements, avait présenté à l'Académie un mémoire ayant surtout pour but d'établir qu'à terme le tissu grisâtre et résistant qui forme la charpente du placenta, et dans lequel rampent les gros vaisseaux de sa surface fœtale, n'est nullement le chorion, mais bien une membrane de nouvelle formation qui s'est substituée au chorion, et à laquelle il a donné le nom de *membrane lamineuse*.

Restait à déterminer l'époque où disparaît le chorion comme membrane continue de la surface placentaire, et le moment précis où apparaît, à sa place, la membrane lamineuse.

Tel a été l'objet des nouvelles investigations de M. Joulin, et tel est le sujet de la présente note.

Ses recherches ont été complètes et couronnées de succès sur un œuf intact, parvenu à la dixième ou onzième semaine de son développement. C'est à cette période de la grossesse que le travail de transformation et de substitution commence, pour se compléter progressivement vers la fin de la gestation.

M. Joulin décrit avec détail les phénomènes d'évolution de la membrane lamineuse, qui se forme tout d'abord par *bandes opaques*, sur le trajet des gros vaisseaux, puis s'étend de proche en proche à toute la surface du placenta. Sur les œufs plus jeunes on n'en trouve pas de trace. Examinées au microscope, les bandes opaques, qui sont les premiers rudiments de la membrane lamineuse, présentent les mêmes éléments histologiques, mais à des degrés différents de développement, à savoir des fibres lamineuses, des cellules embryoplastiques, des granulations graisseuses et du tissu amorphe. « Il est presque inutile, ajoute M. Joulin en terminant, de faire observer que ces éléments diffèrent tellement de ceux qui appartiennent aux autres membranes de l'œuf qu'on ne peut faire aucune confusion entre eux. »

Questions a mettre a l'étude. — S'il plaît à l'Académie, M. *Barth* comptera certainement parmi ceux de ses présidents qui auront communiqué à ses travaux l'impulsion la plus active et la féconde. Afin de stimuler le zèle de ses collègues, de prévenir le chômage et les séances stériles, M. le président propose, dès l'abord, tout un programme de questions à étudier et à discuter pendant l'année courante.

Aux chirurgiens, il conseille de mettre en discussion la comparaison des amputations dans la continuité et la contiguïté des os; — le meilleur système d'ambulances fixes pour les blessés et les malades; — le meilleur système d'ambulances volantes pour le relèvement et le transport des blessés.

Il invite les hygiénistes à discuter la question des maladies que détermine l'abus du tabac; à rechercher les causes du maintien du blanc de plomb dans l'industrie; à signaler ses dangers, ses victimes, et les avantages de la substitution du blanc de zinc; à traiter la question du phosphore, de ses dangers et des moyens de les prévenir.

Il engage les chimistes et les hydrologues à mettre en relief la valeur des diverses eaux minérales de France, et à étudier les moyens de suppléer, par les produits de nos sources artificiellement modifiées, aux produits des sources allemandes dont nous n'aurions pas les équivalents.

Les médecins pourraient mettre utilement en discussion la recherche des causes qui influent sur la détérioration de la santé des femmes dans les villes, l'étude des fâcheuses conséquences de l'abus du corset.

Enfin, l'Académie pourrait aborder la discussion du choléra, discussion depuis si longtemps ajournée, et qui serait mise en délibération d'autant plus à propos que les esprits sont, en ce moment, libres de préoccupation immédiate concernant cette grave maladie.

On ne saurait nier le puissant intérêt et la réelle opportunité de ces questions; et il n'est donc pas douteux que l'Académie ne s'empresse d'adopter le programme de son président.

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

CORRESPONDANCE. — MOLLUSCUM FIBREUX. — LUPUS SCROFULEUX DE LA GENCIVE.

La correspondance manuscrite contient : deux lettres, l'une de M. Hervez de Chégoin, l'autre de M. X. Richard, qui demandent à passer membres honoraires; une lettre de M. le docteur Révilliod, médecin de l'hôpital de Genève, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société et envoie à l'appui un mémoire sur la variole.

La correspondance imprimée se compose : 1° du *Bulletin médical du nord de la France*; 2° du *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*; 3° des *Archives de médecine navale*; 4° de la *Gazette médicale de l'Algérie* ; 5° d'un mémoire sur *l'Épidémie du scorbut dans les prisons de la Seine*, par MM. Lasègue et Legroux; 6° du discours prononcé aux obsèques de Longet par M. Larrey.

— M. *Brouardel* offre en hommage à la Société, au nom de M. Arnoul, un mémoire intitulé : Origine et affinités du typhus, d'après l'épidémie algérienne de 1868. Dans la première partie, l'auteur passe en revue les conditions étiologiques de la maladie, et démontre l'influence prépondérante de la misère. La seconde partie, plus dogmatique, est destinée à démontrer que le typhus peut naître spontanément.

— M. *Desnos* présente un malade atteint de *molluscum fibreux*.

Cette affection, rare puisqu'on ne la rencontre guère que 2 fois sur 1000 cas de dermatose, a été confondue avec plusieurs autres maladies de la peau, qui en diffèrent cependant par leur caractère clinique, par le siége anatomique et la constitution histologique de la lésion. Dans un premier groupe se place le molluscum lié à l'hypersécrétion des follicules sébacés, et à l'accumulation du produit de sécrétion dans les glandes. Lorsque le produit est peu abondant, il se forme de petites tumeurs cutanées ombiliquées à leur centre, et ayant le plus souvent un petit orifice distinct, lequel n'est autre que l'orifice de la glande engorgée. Ces petites tumeurs sont translucides ou d'un blanc jaunâtre analogue à la couleur de la cire; elles se rencontrent particulièrement sur la face, au cou, à la poitrine. C'est l'*acné varioliforme* de M. Bazin ou le *molluscum contagiosum* de Bateman. Quand l'accumulation sébacée est plus considérable, les parois des follicules s'hypertrophient. Les tumeurs sont plus volumineuses; la peau qui les recouvre garde un aspect normal, sauf quelquefois une teinte un peu pigmentée; elles sont quelquefois pediculées et prennent des formes globuleuses, ovoïdes, piriformes, pendantes quelquefois, d'où le nom de *pendulum* qui leur fut donné. Le caractère clinique de ces tumeurs est de présenter sur un point quelconque de leur surface un point gris ou noirâtre, orifice du follicule, d'où la pression peut faire sourdre un peu de matière sébacée : c'est le *molluscum* de Willan. Une troisième espèce de tumeur, désignée encore sous le nom de molluscum, est celle qui est constituée par des tumeurs très-analogues avec les précédentes, mais qui présentent, au point de vue clinique, une différence en apparence minime, mais en réalité très-importante, c'est que sur aucun point de leur surface on ne trouve l'orifice d'un follicule sébacé. Ces tumeurs ne sont pas en effet formées par l'hypertrophie d'un follicule sébacé, mais elles résultent d'une hyperplasie des couches superficielles du derme engendrant un corps dur, de consistance fibreuse, qui se trouve recouvert par l'épiderme : c'est là le *molluscum fibreux* ou *fibrome molluscoïde* de Virchow. Le malade présenté par M. Desnos offre un exemple de cette dernière variété.

C'est un homme âgé de cinquante ans, maçon, entré à l'hôpital Saint-Louis pour des vertiges d'origine stomacale. Il porte à la surface du corps plusieurs centaines de tumeurs inégalement réparties, de formes et de nature très-diverses, les unes sessiles, les autres pédiculées, recouvertes par la peau qui tantôt a conservé sa teinte normale, tantôt est brune et pigmentée. Sur aucune d'elles on ne peut trouver d'orifice de follicule, le point noirâtre caractéristique du molluscum de Willan.

La pression sur ces tumeurs est indolente; on sent sous la peau glisser un corps globuleux assez dur, lequel remplit en partie ou en totalité la tumeur, est adhérent aux couches profondes du derme. Une seule de ces tumeurs, grosse comme une petite orange, située sur la fesse droite, donne à la palpation la sensation d'un lipome; il est possible que la néoplasie fibreuse se soit accompagnée d'une production de tissu adipeux.

M. Desnos montre à la Société une de ces tumeurs, qu'il a extirpée, puis fendue par son milieu. Les couches les plus superficielles sont formées par l'épiderme et la couche de Malpighi; la couche interne, ou le centre, consiste en un petit corps globuleux blanchâtre, lisse à l'extérieur, criant sous le scalpel et ayant tous les caractères histologiques du tissu fibreux.

— M. *Lailler* montre le moulage, exécuté par M. Baretta, d'un *lupus* scrofuleux de la muqueuse gingivale dans la portion médiane de la mâchoire supérieure. Cette lésion est accompagnée d'un lupus du nez.

Ce que M. Lailler a surtout voulu montrer, et ce que le moulage de M. Baretta a merveilleusement rendu, c'est la granulation type de la lésion scrofuleuse, sorte de végétation, saignant au moindre attouchement et laissant derrière elle une perte de substance. Il y a là un état tomenteux de la muqueuse. On retrouve cette lésion sur certains cols utérins. Chez le malade de M. Lailler, la muqueuse des gencives se détruit graduellement, se résorbe, et les dents se déchaussent.

M. *Blachez* rappelle qu'il y a chez les jeunes gens des deux sexes une lésion des gencives, bien connue des dentistes, et qui amène promptement le déchaussement des dents. Y a-t-il analogie entre ces faits et la lésion que montre M. Lailler?

M. *Lailler* dit avoir vu en effet plusieurs fois ce ramollissement et cette destruction partielle des gencives. Il a employé avec succès les applications d'acide chromique. Ces faits diffèrent absolument du lupus scrofuleux dont il est question.

M. *Isambert*. La communication de M. Lailler porte exclusivement sur le lupus scrofuleux de la gencive, lequel est en effet parfaitement représenté par le moulage ; on ne saurait à aucun point de vue assimiler cette lésion à l'affection des gencives dont parle M. Blachez, pas plus qu'à la lésion de la stomatite mercurielle. Ces altérations des gencives sont très-

bien décrites dans le livre de M. Magitot, mais, encore une fois, elles n'ont aucun rapport avec le type soumis à la Société par M. Lailler.

A. Legroux.

REVUE DES JOURNAUX.

Clinique des maladies de l'œsophage, par W. Hamburger.

Le docteur Hamburger continue la publication de ses leçons sur les maladies de l'œsophage, dont nous avons plusieurs fois montré l'importance. Après avoir établi les principes de l'auscultation de l'œsophage (voy. *Gaz. hebd.*, 1868, p. 793), cet habile observateur publie une véritable monographie des maladies de l'œsophage. Dans sa quatrième leçon, il s'occupe des ectasies ou dilatations, des ruptures, de la formation des diverticules et de l'hypertrophie excentrique. Nous ne saurions mieux montrer l'importance de ce travail qu'en analysant l'une de ses parties : la paralysie de l'œsophage. La paralysie de l'œsophage comprend pour Hamburger l'état de la tunique musculaire dans lequel l'énergie des fibres musculaires est affaiblie ou complétement perdue.

La déglutition à travers le pharynx et l'œsophage dépend de cinq facteurs principaux ; elle est liée : 1° à l'intégrité histologique des fibres musculaires du pharynx et de l'œsophage ; 2° à l'intégrité du nerf vague et de l'accessoire, ce dernier fournissant les fibres motrices sans lesquelles il n'y aurait aucune action des muscles du pharynx ; 3° à l'action normale de l'hypoglosse et du facial qui animent les muscles de la langue et du voile du palais ; 4° à la conservation de l'action du glosso-pharyngien et des fibres sensitives du nerf vague, qui, par leur excitation sensitive, provoquent l'axe réflexe de la déglutition ; 5° à l'intégrité des centres nerveux et plus particulièrement de la moelle allongée et de la partie supérieure de la moelle spinale.

Les lésions observées ont pour siége les divers organes répondant à ces facteurs de la déglutition, et l'on pourrait ramener les causes de la paralysie à l'altération de ces diverses parties ; mais la cause la plus ordinaire est certainement une lésion des centres nerveux, telle que l'apoplexie, la méningite, les tumeurs cérébrales, des lésions traumatiques ou enfin l'atrophie des racines nerveuses des divers nerfs indiqués comme essentiels à la déglutition. L'agonie, dans plusieurs maladies, s'accompagne de paralysie de l'œsophage ; et, d'une manière générale, les maladies qui troublent profondément la circulation cérébrale peuvent amener la paralysie de l'œsophage ; telles sont les affections typhiques, qui pendant la période de convalescence nécessitent l'usage de la sonde œsophagienne. La paralysie peut compliquer les rétrécissements de l'œsophage ; on l'observe aussi chez des aliénés qui veulent se laisser mourir de faim. Elle peut survenir dans la syphilis, lorsqu'une exostose se développe à la base du crâne ou à la région vertébrale cervicale supérieure. L'alcoolisme, la diphthérite, le refroidissement, le rhumatisme, le choc traumatique, l'intoxication saturnine, l'atrophie musculaire d'origines variées, sont autant de causes de la paralysie œsophagienne. Parmi les symptômes, l'auteur insiste plus particulièrement sur la dysphagie et sur les phénomènes perçus à l'auscultation.

La dysphagie offre des variétés nombreuses, suivant qu'il y a paralysie isolée ou réunie de l'œsophage et du pharynx. Lorsque l'œsophage est seul paralysé, le pharynx peut, par une forte contraction, opérer la déglutition, bien que l'auscultation démontre la paralysie de l'œsophage ; mais dans la paralysie incomplète du pharynx, la déglutition devient très-difficile ; elle est impossible dans la paralysie complète des muscles du pharynx.

Dans les cas les plus légers, le malade sent que les aliments passent plus lentement. Ainsi, des bols alimentaires petits sont plus difficiles à déglutir que les bols plus gros, qui, sous l'impulsion du pharynx, continuent leur marche. Les liquides passent mieux lorsqu'ils sont bus à larges gorgées, ou qu'ils sont plus irritants, comme les spiritueux. Souvent les bols alimentaires, en se succédant, déterminent la déglutition. Lorsqu'il y a anesthésie du pharynx, il devient nécessaire de repousser les aliments avec le doigt pour éviter la suffocation, et lorsque les muscles du larynx sont également paralysés, la gêne de la déglutition se complique de la suffocation et du danger de l'introduction de corps étrangers dans le larynx.

L'auscultation fournit des symptômes de la plus haute importance. Lorsque l'énergie musculaire est diminuée, le bol alimentaire ne présente plus dans son trajet intra-œsophagien la forme d'un œuf, mais il prend une forme analogue à celle d'un entonnoir, et la rapidité de la déglutition est diminuée très-notablement. A l'auscultation, on éprouve la sensation du passage d'un corps allongé plus ou moins filiforme. Cette sensation se perçoit surtout lorsque le pharynx n'est pas paralysé et que le bol est promptement chassé vers l'œsophage. On entend facilement ce bruit spécial chez les agonisants, dans la déglutition dite sonore ; mais si le pharynx est paralysé, on n'entend plus le gargouillement pharyngien. Par ces symptômes, et par l'emploi de la sonde œsophagienne, le diagnostic est facile à établir entre la paralysie et le rétrécissement.

Au point de vue de la marche, il faut distinguer la paralysie de l'œsophage en symptomatique et idiopathique. Celle-ci, survenant subitement, est le plus souvent passagère, mais elle peut durer plusieurs mois et même une année. La paralysie symptomatique dépend dans sa marche de l'affection générale ou des lésions cérébrales ou nerveuses qui en sont l'origine.

La thérapeutique est guidée par la connaissance des causes. La paralysie en elle-même peut être combattue par les divers moyens existants, la strychnine, l'ergot de seigle et de fortes doses de racine d'arnica. Les vésicatoires sur le trajet de l'œsophage, les injections hypodermiques de noix vomique, et même de strychnine, ont été employés. L'électricité a donné de bons résultats, suivant Monro. Enfin, l'emploi de la sonde est souvent un moyen palliatif indispensable pour la prolongation de la vie. (*Medizinische Jahrbücher*, 26e année, 5e fascicule.)

Travaux à consulter.

De la résection de l'œsophage, par T. Billroth. — Il ne s'agit pas encore de cette opération chez l'homme, ni même d'œsophagatomie dans les cas de cancer, mais d'expériences faites sur des chiens, lesquelles démontrent qu'on peut sur ces animaux pratiquer la résection d'une partie de l'œsophage et dilater ultérieurement la cicatrice. Billroth se croit désormais autorisé à pratiquer la résection de l'œsophage chez l'homme. Nous attendrons, pour notre part, que l'habile chirurgien ait exécuté ce projet et qu'il ait obtenu chez l'homme un résultat satisfaisant. (*Archiv für kliniche Chirurgie*, 1870.)

BIBLIOGRAPHIE.

Méthode des tractions soutenues. — Le forceps considéré comme agent de préhension et de traction. — Preuves expérimentales de la non identité d'action des diverses variétés du forceps, par le docteur Chassagny. 1 vol. in-8°. — G. Masson. Paris, 1872.

Mauriceau raconte dans ses observations sur la grossesse et l'accouchement (1) *l'histoire d'une femme qui mourut avec son enfant dans le ventre, qui n'en put jamais être tiré, par un médecin anglais qui avait entrepris de l'accoucher.* C'était en 1670 ; il s'agissait d'une petite femme, âgée de trente-huit ans, en travail de

(1) Tome II, p. 28, obs. XXVI, dernière édition. Paris, 1738.

son premier enfant depuis huit jours, ayant le passage entre les os si étroit, que la main ne pouvait y être introduite qu'avec un extrême effort, elle se trouvait si serrée qu'il était impossible d'en remuer seulement les doigts, et de la faire avancer assez pour pouvoir conduire un crochet avec sûreté. Le médecin anglais, qui n'était autre que le fils de Chamberlayne, ne fut pas plus heureux que Mauriceau, malgré son *secret*, qui, disait-il, ne manquait jamais de faire les accouchements les plus désespérés en moins d'un demi-quart d'heure..... Ce *secret* était le *forceps*. Mauriceau ne soupçonna pas ce qu'il pouvait être, et crut avoir fait beaucoup mieux, en inventant à cette occasion son fameux *tire-tête*. Deux siècles « se sont écoulés depuis ; l'instrument de l'accoucheur français est oublié, mais le *secret* a fait son chemin avec de tels perfectionnements, qu'il est devenu l'une des meilleures et des plus sûres ressources de la pratique obstétricale, et qu'à part quelques changements de détails, quelques modifications secondaires, il ne paraît plus possible d'y rien ajouter.

Voilà cependant un gros livre à propos du forceps, et ce livre renferme des idées si neuves, des recherches si originales, il est venu si inopinément troubler la sécurité des accoucheurs qui croyaient que tout avait été dit ou écrit sur le précieux instrument, qu'on a pu se demander depuis que M. Chassagny a fait connaître ses premiers travaux, s'il n'en a pas exagéré inconsidérément la portée, et si vraiment il y avait bien lieu d'en accepter les applications.

Toutefois, l'auteur ne s'est pas découragé; avec une constance que rien n'a rebuté, il a multiplié les expériences les plus ingénieuses, il s'est efforcé à chaque pas de s'appuyer sur des démonstrations mécaniquement exactes, dont les résultats sont le plus souvent irréfutables, il s'est entouré de preuves si claires, si décisives que, même en n'adoptant pas toutes ses idées, on ne peut s'empêcher de rendre une complète justice à l'esprit scientifique qui les a inspirées, et aux conséquences pratiques qui en découlent.

M. Chassagny n'a pas craint d'attaquer de front ce qu'on pourrait appeler la doctrine classique du forceps; il s'est efforcé de la refaire de toute pièce, en substituant l'expérimentation la mieux basée à des procédés empiriques dont l'habitude soutenue par une habileté de mains, plus ou moins brillante, mais souvent aveugle ou hésitante si elle ne voulait être dangereuse, ne pouvait faire un ensemble de règles et de méthodes scientifiques. Ceux qui ont suivi l'auteur dans ses recherches expérimentales sur la méthode des tractions soutenues, ont pu juger de la rigueur de ses démonstrations et de la valeur de ses déductions. C'est aujourd'hui un ensemble complet d'études nouvelles sur un instrument déjà ancien, mais incomplètement connu et souvent appliqué d'une manière aveugle.

J'en avais, si je ne me trompe, convenablement apprécié la portée, lorsque je disais, à propos d'un fait dont j'avais été témoin et dont je communiquais l'histoire : « En perfectionnant le forceps, M. Chassagny a non-seulement créé des améliorations dont la valeur n'a pu être contestée qu'à un examen trop rapide, mais il s'est adressé aux principes même qui font la base de la construction, de l'application et de l'action de cet instrument. Je suis convaincu qu'il en ressortira pour l'avenir non-seulement des données pratiques utiles, mais des idées théoriques toutes nouvelles, en face desquelles une grande partie de ce que nous connaissions et regardions comme incontestablement acquis sur le mécanisme et l'emploi du forceps, exigera une sérieuse révision. » (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 avril 1862.)

Dans l'exposition de ses idées, M. Chassagny s'est attaché d'abord aux données fournies par l'histoire du forceps qu'il a reprise en entier et considérée dans ses divers perfectionnements, sous un point de vue tout à fait nouveau. Il établit qu'on ne peut créer un bon forceps qu'après en avoir suffisamment étudié et compris les fonctions; abordant l'étude de ces fonctions, il montre que dans tous les cas le forceps est toujours un instrument de préhension, et il s'élève contre cette idée généralement admise qu'il ne doit pas être un instrument de pression ; il prouve que la pression est inséparable de la préhension et de la traction et que, cette pression est d'autant plus forte et surtout plus irrationnelle que les inventeurs ont cru davantage l'avoir annulée. *Il n'est qu'un cas*, dit-il, *où la pression serait presque nulle, c'est celui où il n'y aurait pas de résistance, et encore le forceps lâcherait-il une tête placée sur une table d'amphithéâtre, si l'on n'exerçait pas une certaine pression pour empêcher le glissement.*

M. Chassagny expose ensuite quelles sont les conditions qui réalisent le mieux une prise solide et une pression rationnelle s'exerçant sur les parties réductibles, et nulle aux extrémités qui appuient sur la base crânienne.

Il apprécie mathématiquement l'influence de la longueur des branches sur ses fonctions et conclut que : *si l'on ne saurait faire qu'un forceps détestable avec des branches courtes, on ne peut en faire un absolument mauvais avec des branches longues.*

C'est après ces données que l'auteur fait assister le lecteur à la création de son forceps, qui ne ressemble en rien à aucun des forceps connus jusqu'à ce jour, qui en diffère surtout par la flexibilité des branches et la suppression de l'ellipse, qualités qui lui permettent de n'exercer la pression que sur la voûte et de favoriser l'allongement de la tête.

Tous ces avantages ressortent de la manière la plus évidente des données théoriques exposées par l'auteur; mais l'expérience lui a démontré que s'il ne rencontre à ce sujet contre lui aucun argument sérieux, il n'a pu jusqu'ici qu'obtenir un assentiment platonique. On voit le fait, on n'en saisit pas toutes les conséquences ; aussi a-t-il eu recours à la méthode expérimentale pour prouver que les résistances varient, que les pressions contre les parois du bassin de la mère, que la compression du cerveau de l'enfant, sont essentiellement différentes suivant la variété du forceps employé.

L'auteur considère ensuite le forceps comme instrument de traction, et il examine cette traction au point de vue de la descente d'un corps dans la direction d'un canal curviligne, après avoir établi que la caractéristique d'une bonne direction est celle qui répartit également cette traction sur tous les points du bassin avec lesquels la tête est en contact. On comprend, dès lors, que pour être amené à travers un canal courbe dans une bonne direction, le corps qui s'y trouve engagé doit, par chaque coupe transversale, rester parallèle au plan de ce canal, sous peine de répartir inégalement les pressions, de les exagérer en les accumulant sur des surfaces limitées et d'engager un grand diamètre au lieu d'un diamètre plus petit.

Pour mieux faire apprécier le mécanisme suivant lequel peuvent se produire les lésions qui sont la conséquence d'une mauvaise direction, et surtout pour faire passer dans les esprits cette conviction, que dans les cas difficiles il est absolument impossible, même aux plus habiles, de les éviter complétement par les moyens que la science a mis jusqu'ici à notre disposition, l'auteur a institué de nombreuses expériences qui ont pour but de prouver d'une manière visible et palpable « l'impossibilité absolue d'entraîner un corps donné dans un canal courbe sans créer contre les parois de ce canal des pressions excentriques, dont il pourra peser, mesurer l'intensité, dont il fera voir et toucher les effets, dont il fera alors apprécier l'importance et les dangers ».

Dans une série d'expériences fort ingénieuses, M. Chassagny étudie successivement la pression contre les parois du canal, les déplacements de ce canal, qui n'est autre que le bassin, puis l'écartement des symphyses, et en particulier de la symphyse pubienne, dans un bassin disposé pour simuler cet accident.

Abordant ensuite la théorie de la traction, l'auteur suppose d'abord le cas où la force n'est pas placée dans la direction des axes du canal; il décrit ensuite son appareil tracteur et son action par la méthode des tractions soutenues, qui lui a

permis de résoudre ce problème difficile et si utile en même temps « de permettre à l'homme le moins habile, le plus inconscient, de diriger une tête de la manière la plus irréprochable, de lui faire suivre toutes les sinuosités du bassin le plus accidenté et de l'entraîner constamment sans produire aucune pression excentrique dans la direction de cette ligne courbe qui commence à l'entrée du détroit supérieur pour se terminer à la vulve ». Je n'ai pas à reproduire la description de l'appareil instrumental auquel il s'est arrêté après d'innombrables tâtonnements et une foule de modifications toutes justifiées par un but de perfectionnement réel presque constamment atteint, car je le suppose déjà suffisamment connu.

Ce n'est pas tout; l'auteur s'est proposé non-seulement de diriger la tête d'une manière normale, régulière, la plus favorable à son heureux dégagement, mais il a cherché avec son forceps, dont il décrit avec soin l'application et l'action dans les cas difficiles, à donner à la tête la possibilité d'accomplir elle-même ces mouvements de rotation si désirés dans les positions occipito-postérieures, et il y est parvenu. Expérimentalement et cliniquement, il en fournit des preuves irrécusables.

Nous ne suivrons pas M. Chassagny dans ses préceptes relatifs au manuel opératoire de l'application du forceps suivant les diverses régions du bassin, et dans les diverses positions du fœtus, malgré l'originalité et l'importance des vues que cette étude lui suggère. A une méthode nouvelle doivent correspondre des procédés nouveaux qui en découlent logiquement et s'y rattachent tout à la fois par les données de la théorie et par celles de l'expérience.

Quant à l'observation clinique, juge en dernier ressort de toutes les inventions, qui seule peut faire apprécier à leur juste valeur les avantages et les inconvénients, les ressources et les dangers de la nouvelle méthode, si l'auteur n'a pu lui faire une large place dans son livre, il a cependant donné assez d'observations pour faire voir que, même dans des cas réputés difficiles pour les accoucheurs les plus expérimentés, l'emploi de son instrument fait avec prudence et patience lui a permis d'éviter heureusement l'un de ces trois dangereux écueils : les graves lésions de la tête du fœtus, celles des parties molles de la mère, et la rupture des articulations du bassin. L'enfant n'est pas venu toujours vivant, mais, avec le degré des rétrécissements traversés, l'esprit le plus prévenu ne pourra en accuser ni l'instrument ni l'artiste.

Quant à la statistique, l'auteur, sans repousser complétement la nécessité de son intervention, ne l'admet qu'avec une extrême réserve. Il a raison en un sens; mais si un nombre imposant de faits rendait témoignage à la valeur de sa méthode, comment douter cependant qu'elle n'ait de plus fortes chances d'être généralisée? C'était un des points les plus délicats de son œuvre, et c'est du reste un des plus difficiles de l'histoire, car cette statistique n'a pas été faite pour son instrument. Tant d'éléments compliquent la question et peuvent obscurcir les résultats, qu'on hésite dès l'abord non-seulement à réunir les matériaux cliniques, mais encore et surtout à en déduire des conséquences pratiques rigoureuses. Néanmoins, huit observations relatives à des faits d'applications exécutées par l'intervention de l'auteur, cinq faites sans lui et appartenant, soit au docteur Duplain (de Saint-Étienne), soit au docteur Schœllhammer (de Mulhouse), fournissent des éléments de discussion et d'appréciation importants; je parle de ceux du moins, qui renferment des détails suffisants et susceptibles d'éclairer sur les indications de l'opération et la valeur du résultat obtenu. J'aurais pour quelques-unes de ces observations, désiré plus de précision dans la description du rétrécissement du bassin, plus de méthode et de clarté dans l'exposé des difficultés vaincues, ce qui eût certainement amené dans l'esprit du lecteur une plus sérieuse conviction; mais de tels documents ne sont pas l'œuvre d'un jour, et ce que M. Chassagny n'a pas fait cette fois, il peut, il doit l'exécuter à une autre époque; d'autres le feront nécessairement avec lui ou pour lui.

Il n'en est pas moins vrai que le forceps à traction soutenue, d'après les observations données par son auteur, a réussi à terminer de la manière la plus heureuse des accouchements laborieux dans des circonstances où les données ordinaires devaient faire craindre un résultat tout opposé, avec des rétrécissements tels, qu'en principe on ne les considère pas comme réclamant, ou du moins pouvant justifier une application de forceps. Ainsi, dans un cas, il s'agissait d'un diamètre sacro-pubien de 7 centimètres, dans un autre de 7c 1/2, dans un troisième de 8, dans un quatrième de 9, avec un fœtus très-gros (obs. 1).

Ce qu'il faut constater dans ces applications, c'est leur innocuité constante pour la mère, et dans plusieurs, l'heureuse issue pour l'enfant. Il est bien certain que c'est dans ces conditions surtout que reposent les véritables avantages de la méthode, et non dans des cas simples, faciles, où le forceps ordinaire convenablement appliqué, n'a jamais fait et ne pourra jamais faire défaut. C'est toute une catégorie nouvelle d'indications de la méthode de M. Chassagny, qui s'interposent entre les limites extrêmes d'application du forceps croisé, et celles où commencent la crâniotomie, et la céphalotrypsie.

Dans les observations de M. Schœllhammer, le forceps croisé avait été employé précédemment sans succès, mais des détails précis manquent dans quelques-unes sur l'étendue de l'angustie pelvienne, et les dimensions de la tête du fœtus. S'il était permis aux anciens accoucheurs de s'en tenir aux à peu près pour ces appréciations, aujourd'hui il me paraît indispensable d'indiquer plus exactement quelles étaient la forme, les dimensions et la direction du bassin, l'état du col au moment où les cuillers du forceps l'ont traversé, la vitalité de l'enfant lorsque l'instrument a commencé à le saisir et à l'entraîner. Je sais bien que certains éléments du problème sont très-difficiles à réunir pour éclairer le volume de la tête, sa réductibilité, mais si l'on ne peut les juger qu'approximativement *à priori*, on doit au moins les noter avec soin lorsque l'accouchement est terminé.

Dans les huit premières observations recueillies à Lyon, et caractérisées par l'intervention de l'auteur, il y a eu trois enfants morts sur cinq vivants. La mère s'est rétablie chaque fois. Dans la seconde catégorie renfermant dix observations, et relatives à des malades qu'il n'a pas eues à suivre, mais dont il reproduit l'histoire, cinq enfants vinrent vivants sur six amenés par le forceps à tractions soutenues. Il est probable que le nombre des autres observations recueillies par M. Schœllhammer fournit les mêmes résultats, peut-être s'en écarte-t-il sensiblement; ne voulant rien préjuger, je me borne à formuler le vœu que l'auteur les fasse connaître un jour. L'observation nécessaire à l'appréciation de la nouvelle méthode donnera certainement l'occasion de publier une autre statistique, celle des cas d'applications du forceps, considérés en général; mais n'oublions pas que ceux qui comprennent les vices de conformation du bassin, sont incontestablement les plus graves et ne pourraient, sans aucun doute, être assimilés à ceux dans lesquels l'application a été motivée par l'inertie, une position inclinée, une procidence du cordon, une hémorrhagie ou des convulsions, etc. Toute la statistique de M. Chassagny repose sur cette catégorie, et à coup sûr on ne lui reprochera pas d'avoir pris la question par son côté le plus favorable, ou du moins le plus facile.

Si l'auteur de ce livre n'avait eu pour but, en publiant l'histoire de son forceps, que d'attacher son nom à un nouvel instrument destiné à prendre place dans la nombreuse collection de ceux qui ont pu être décrits, mais sont peu employés, et dont le temps fera justice par un complet oubli, ce ne serait pas la peine de lui accorder quelque importance, encore moins de recommander son œuvre à l'attention des savants et des praticiens. Nous avons la conviction intime qu'il a fait plus, en s'efforçant de fournir une base expérimentale et

scientifique à des faits et à des théories qui ne reposaient que sur des idées pour la plupart empiriques. En donnant la raison de certains accidents qui avaient frappé tout le monde, sans modifier l'opinion de personne, il a fondé sa doctrine sur des preuves de tout genre, et il aura surtout le mérite d'avoir amené les esprits à s'instruire, non-seulement par l'observation, mais encore par l'expérimentation, c'est-à-dire qu'il les aura poussés avec énergie et autorité dans une voie jusqu'ici très-peu battue par ceux qui se livrent à la science et à la pratique obstétricales.

Dans cette rapide analyse, je n'ai pu qu'effleurer les points de doctrine auxquels j'ai touché, bien des faits ont été négligés, beaucoup de questions doctrinales et expérimentales ont été omises, que l'auteur a cependant étudiées et longuement développées. Ainsi, au point de vue clinique, l'application du forceps dans les présentations de la face au détroit supérieur, celle sur la tête retenue dans le bassin après l'extraction du tronc; une étude sur le rétroceps considéré comme agent de préhension et de traction, et une judicieuse appréciation de ce nouvel instrument, au point de vue expérimental; l'étude de ce qu'on appelle *la force mécanique*, son action, ses rapports avec *la force manuelle*, l'appréciation des mouvements de latéralité, enfin, des considérations très-justes sur le dynamomètre et les erreurs auxquelles il peut donner lieu en obstétrique, conduisent l'auteur à exposer des recherches expérimentales fort curieuses sur les limites de la *force* proprement dite.

Je mentionnerai, une incursion dans le domaine de la crâniotomie, dont il s'est occupé pour simplifier et régulariser le mécanisme de ses procédés opératoires, et j'exprimerai, en terminant, le sincère regret de n'avoir pu rappeler dans ce compte rendu très-insuffisant, tout ce que renferme de vrai, d'ingénieux et d'utile l'œuvre magistrale de notre savant et habile confrère.

A. Bouchacourt,
Professeur d'accouchements à l'École de médecine de Lyon.

VARIÉTÉS.

Glanes.

LE BOLDO.

Il a été récemment introduit dans la droguerie un nouveau produit, originaire du Chili, et qui est préconisé contre les affections du foie. Cette propriété a été, dit-on, découverte parce qu'un troupeau de moutons décimé par une affection du foie, ayant été parqué dans une enceinte close par le Boldo, revint à la santé après en avoir brouté les feuilles. Le Boldo est un arbre toujours vert, haut de 5 à 6 mètres, dont les rameaux sont recouverts d'une écorce mince et très-adhérente au bois. Le bois est faiblement aromatique; l'écorce l'est à un haut degré. Les feuilles présentent elles-mêmes des glandules remplies d'essence très-aromatique; cette plante paraît appartenir aux Monimiacées, et probablement au genre Boldu. Quant à ses propriétés thérapeutiques, elles nous paraissent quant à présent, exister surtout à l'état d'espérances, et si nous apprenons que celles-ci sont réalisées, nous en informerons nos lecteurs.

Troubles a la Faculté de médecine. — Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, les cours et les actes sont suspendus à la Faculté de médecine de Paris jusqu'après les vacances de Pâques.

— M. le professeur Dolbeau qui, avec raison, n'a pas consenti à donner les explications qu'on voulait exiger de lui dans l'amphithéâtre de la Faculté, a demandé qu'une enquête fût ouverte, par les soins de l'administration de l'Assistance publique, sur les faits qui ont été l'occasion du tumulte. C'est ce qui ressort d'une réponse de M. le ministre de l'Instruction publique à une interpellation de M. Naquet dans la dernière séance de l'Assemblée nationale.

— MM. Richet et L. Labbé, chirurgiens des hôpitaux, protestent, dans des lettres rendues publiques, contre l'accusation d'avoir déserté leur service sous le règne de la Commune, accusation dirigée contre eux par le Moniteur universel.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — M. le Président de l'Association générale vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les Présidents des Sociétés locales :

Paris, le 20 mars 1872.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous prévenir que l'Assemblée générale de l'Association aura lieu le dimanche 7 et le lundi 8 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, aux heures indiquées ci-contre.

Le nombre et l'importance des questions qui doivent être agitées et résolues dans cette session me font espérer que vous voudrez bien donner votre concours à cette Assemblée.

Les statuts vous donnent le droit de vous faire représenter par un délégué choisi par vous, et, par une décision prise par la dernière Assemblée générale, les Sociétés locales ont le droit, outre leur Président, de se faire représenter aux Assemblées générales par un délégué pour 75 membres.

Veuillez me permettre, monsieur et très-honoré confrère, de vous prier avec la plus vive instance de faire tous vos efforts pour assister à cette Assemblée, ou tout au moins d'y faire représenter votre Société locale par un ou plusieurs délégués, selon le nombre des membres de votre Société.

En m'accusant réception de cette lettre de convocation, veuillez avoir la bonté de me faire connaître vos intentions.

Agréez, très-honoré président, la nouvelle assurance de mes sentiments confraternels et dévoués.

Le président, A. Tardieu.

Pour expédition :

Le Secrétaire général, Amédée Latour.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 9 au 15 mars 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 15 — Typhus, 0. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 35. — Pneumonie, 64. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 5. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 214. — Affections chroniques, 320 (1). — Affections chirurgicales, 25. — Causes accidentelles, 20. — Total, 788.

Le même bulletin, du 16 au 22 mars 1872 :

Variole, 4. — Scarlatine, 1. — Rougeole, 14. — Fièvre typhoïde, 19. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 58. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 254. — Affections chroniques, 325 (2). — Affections chirurgicales, 71. — Causes accidentelles, 20. — Total : 844.

(1) Sur ce chiffre de 320 décès, 143 ont été causés par la phthisie pulmonaire.
(2) Sur ce chiffre de 325 décès, 165 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 4 avril 1872.

Académie des sciences : PROPRIÉTÉS DE LA MOELLE DES OS; M. FELTZ. — EXPÉRIENCES SUR LA GÉNÉRATION SPONTANÉE, par MM LEGROS et ONIMUS. — PARIS.

L'Académie de médecine a encore entendu une remarquable communication orale de M. Ollier sur les greffes cutanées et sur la résection scapulo-humérale. Nous avons tout récemment apprécié les vues de notre savant confrère sur la première de ces deux questions de pratique chirurgicale, et nous reviendrons sur la seconde question dans notre prochain numéro.

La question des propriétés du tissu médullaire vient d'être portée devant l'Académie des sciences par M. Feltz. On verra, d'après le compte rendu que nous publions plus loin, que l'étude faite par M. Feltz confirme des résultats obtenus par M. Demarquay dans ses expériences d'injections intra-médullaires. M. Feltz admet la communication directe du tissu médullaire avec le système veineux; suivant lui, le tissu spongieux pourrait être considéré comme un tissu de sinus caverneux à paroi solide. Nous rappelons que la communication faite par M. Demarquay à l'Académie de médecine, le 24 octobre 1871, a été dans ce journal l'objet de plusieurs articles (pages 623, 669, 701), ce qui nous dispense d'exposer à nouveau les travaux récemment faits sur la structure de la moelle. Lorsque M. Demarquay avait admis une communication directe du canal médullaire avec les veines, MM. Vulpian, Chauffard, Richet, Collin et Giraldès avaient adressé des objections au nom de l'histologie, de la physiologie et de l'anatomie; nous avons à ce moment rappelé que les recherches de Bizzozzero, de Neumann et d'Hoyer montraient que la circulation intra-médullaire offrait des particularités remarquables, et qu'elles amenaient à conclure en faveur de l'existence dans la moelle de dilatations capillaires ou veineuses, de lacunes sans parois.

M. Feltz, comme MM. Hoyer et Demarquay, admet la communication directe des veines et du tissu médullaire, et met encore une fois en lumière l'intérêt que présente, physiologiquement et pathologiquement, l'étude de la structure de la moelle des os.

— La communication faite par MM. Legros et Onimus annonce la solution du grave problème de la génération spontanée. Les auteurs montrent le développement spontané de germes de spores, dans des œufs soumis à des conditions expérimentales toutes spéciales. On sait que des recherches de ce genre doivent être soumises à un contrôle rigoureux, qui certainement sera exercé par les adversaires de la génération spontanée, et nous souhaitons fort que cette fois encore M. Pasteur ne découvre pas la fissure par laquelle se sont introduits les spores de la fermentation sucrée. MM. Legros et Onimus rappellent, avec une bonne foi très-honorable, que dans des expériences anciennes, la formation spontanée de leucocytes à l'intérieur des sacs de baudruche, introduits dans le ventre d'animaux, avait été mise en doute et qu'on avait invoqué le passage des leucocytes à travers cette membrane, grâce à leurs mouvements amiboïdes. Le papier parchemin lui-même n'avait pas trouvé grâce, et pour nous personnellement, nous l'avons toujours considéré comme un tissu feutré, pouvant laisser passer des éléments anatomiques ou de fines poussières.

Cette fois, MM. Legros et Onimus pensent avoir trouvé le tissu qui ne peut être traversé ni par les molécules organiques, ni par les spores; c'est donc dans la membrane située sous la coque de l'œuf qu'on devra chercher le défaut de la cuirasse, la porte d'entrée des spores de la fermentation sucrée.

FEUILLETON.

L'avortement dans l'Empire chinois.

(Étude médico-légale.)

Notre dernière étude de l'infanticide en Chine avait pour but d'éclairer le problème historique et moral de cette pratique si diversement interprétée par les auteurs. Quant aux autres points que soulève le côté médico-légal de ce problème, nous avons jugé superflu d'entrer dans des considérations qui n'eussent abouti qu'à une solution négative.

Comment, en effet, les conditions constitutives de l'infanticide et les diverses questions posées par la présomption de ce crime, pourraient-elles être l'objet d'une discussion raisonnée, puisque nous démontrions que la législation chinoise ne considère cette pratique que comme un simple délit, à en juger par la pénalité dont elle le frappe ?

En effet, toutes ces questions supposent une théorie jurisprudentielle supérieure correspondante à une morale élevée : or, l'une étant la corollaire de l'autre, il nous a suffi de démontrer que, la morale chinoise étendant le pouvoir des parents jusqu'au sacrifice des nouveau-nés, c'est-à-dire d'être irresponsables, il était tout logique, tout naturel que les rigueurs de la loi s'arrêtassent devant l'usage de ce pouvoir.

Nous pourrions discuter sur ce droit de vie et de mort que la loi et la morale chinoise confèrent aux parents sur leurs enfants, afin d'assigner à ce droit ses limites véritables et de prévenir toute exagération dans l'interprétation.

Il est incontestable que le fait existe. Mais est-ce bien l'usage d'un droit? Nous avons rapporté le texte de la section CCXIX, où il est dit qu'un parent qui châtie un enfant jusqu'à ce que mort s'ensuive, recevra 100 coups, et que si la mort est immédiate, il aura 60 coup set un an d'exil. Nous avons inféré

Paris.

(Étude démographique et médicale.)

(Suite. — Voyez le numéro 11.)

III

La mortalité, pendant les cinq années 1865-1869, est représentée par le chiffre total de 234 155 décès. La moyenne est de 46 831 ; la répartition est la suivante :

TABLEAU D. — **Mortalité.**

ANNÉES.	NOMBRE DE DÉCÈS. Masculins.	Féminins.	Total.	DÉCÈS POUR 10 000 HAB. Masculins.	Féminins.	Totaux.
1805.	20 319	24 066	51 285	296	283	289
1860.	24 712	23 011	47 723	273	257	265
1867.	22 460	20 955	43 415	244	231	238
1868.	23 364	22 406	45 860	251	244	247
1869.	23 354	22 518	45 872	247	241	244
Moyennes .	24 001	22 830	46 831	261	251	250

Ainsi qu'on le peut voir tout d'abord, la mortalité masculine est sensiblement plus élevée que la mortalité féminine. Il y a, en effet, 50,2 pour 100 de population mâle, et 51,2 de décès masculins; 49,8 pour 100 de population féminine, et seulement 48,8 de décès féminins. L'écart, d'un sexe à l'autre, est de 11 décès pour 10000 âmes.

Les années 1865 et 1866 sont au-dessus de la moyenne. Cette moyenne elle-même est, du reste, un peu au-dessus de la normale, en raison de l'épidémie cholérique qui a fait près de 12000 victimes pendant ces deux premières années, et plus de 13000 pendant la période. Mais combien il est rare de rencontrer une période, fût-elle seulement de cinq années, absolument exempte de toute influence épidémique !

Quoi qu'il en soit, on peut considérer cette proportion comme augmentée de 34 pour 10000 âmes environ par le chiffre des cholériques pendant ces deux années, et de 14 pour l'année moyenne. Le rapport, abstraction faite de cette mortalité exceptionnelle, devient 242 décès pour 10000 habitants.

Nous n'avons pas à nous étendre ici sur les autres circonstances ordinaires de mortalité. L'examen que nous allons faire des principales causes de décès donnera, à cet égard, les indications les plus exactes. Voyons cependant quelle a été la répartition des décès par mois, ce qui est le critérium presque certain de l'influence saisonnière. Nous disons *presque* certain, parce que la terminaison fatale n'est pas toujours le point intéressant de la question ; l'époque initiale du mal, ou celle de son développement, peuvent être plus significatives. Mais à défaut de ces données, impossibles à espérer, on peut tirer de précieux renseignements de l'étude des faits, surtout en ce qui concerne les maladies aiguës.

Voici donc le tableau de répartition par mois, avec une indication sommaire des principaux faits pathologiques concomitants :

TABLEAU E. — **Mortalité par mois.**

	Décès des cinq années.	Moyenne pour le mois de trente jours.	Moyenne réelle par jour.	Combien de décès par jour. Pour 1000 décès.	Pour 100 000 h.	
1. Octobre . .	22 338	4324	144	3,08	7,87	F. typhoïde et choléra
2. Mars. . . .	21 594	4180	139	2,97	7,50	Encéph. méningite, angine couenneuse, état perpuéral.
3. Avril. . . .	20 490	4098	136	2,01	7,43	Phthisie, rougeole, suicide.
4. Janvier . .	20 575	3982	133	2,84	7,27	Respiratoires, congestives, rhumatisme, débilité, vieillesse.
5. Août. . . .	20 403	3967	132	2,82	7,21	Entérite, diarrhée, choléra.
6. Février . .	18 440	3054	132	2.82	7,21	Croup, convulsions, érysipèle.
7. Décembre .	19 448	3705	125	2,67	0,83	Variole, fièv. éruptiv.
8. Juillet. . .	10 264	3729	124	2,05	6,77	Scarlatine, hépatite, choléra.
9. Novembre .	18 624	3725	124	2,65	6,77	
10. Mai	18 604	3001	120	2,50	6,56	
11. Septembre.	17 804	3501	119	2,54	6,50	Dysentérie.
12. Juin. . . .	10 481	3200	110	2,35	6,01	
Totaux et moy.	234 155	3 840	128	2,74	6,09	

Il y a ainsi 128 décès par jour, en moyenne, parmi la population de Paris, ce qui donne un excédant de 22 en faveur de la natalité. Le mois d'octobre a été le plus fortement chargé

de là que l'infanticide, c'est-à-dire le meurtre d'être irresponsable, tombe *à fortiori* sous le coup de la loi.

Mais quel est le véritable esprit du code chinois? Selon nous, il implique que la législation entend s'opposer à un acte arbitraire tout en consacrant le droit des parents de châtier leurs enfants lorsqu'ils le jugent nécessaire : en un mot, le chef de famille est investi d'une sorte de magistrature sur les siens, à condition qu'il se conformera à la justice ; car la piété filiale est une des bases fondamentales de l'organisation sociale. Il est vrai de dire que ce droit à la piété filiale comporte de regrettables restrictions, car s'il exalte le privilége du père, il avilit la dignité de la mère qui, elle, n'y peut prétendre. Voici quelques exemples de cette justice paternelle :

A Cen-Houan-Fou, dans la partie septentrionale du Theli, une fille séduite met au monde un enfant qu'elle tue aussitôt; ses parents la saisissent et l'enterrent toute vive. Le P. F....., lazariste, témoin du fait, interroge les parents, qui lui répondent ceci :

« Ce n'est pas le meurtre de son enfant qui la rend coupable à nos yeux, nous l'aurions commis nous-mêmes, mais la séduction à laquelle elle a succombé nous a déshonorés, et voilà pourquoi nous l'avons tuée. »

Le magistrat du lieu ne s'en occupa pas davantage.

En 1868, à Shang-Haï, un père se présente devant l'un des mandarins du Pé-Yamen. Il amène avec lui son fils âgé d'environ quinze ans, et déjà abruti par l'usage de la fumée d'opium; conseils, menaces, tout avait été mis en œuvre pour le soustraire à cette funeste habitude; tout avait échoué, et le père venait réclamer l'aide de l'autorité : « Je préfère, disait-il, le savoir mort que le voir persévérer dans une voie qui le conduira peut-être à quelque crime. »

Le mandarin lui répondit que, devant de telles considérations, il lui reconnaissait absolument le droit de disposer de la vie de ce mauvais fils.

Ces exemples assignent assez nettement les limites qu'il convient de reconnaître à ce droit des parents sur la vie de

de mortalité, 144 décès par jour; le mois de juin a été le plus favorisé, 110 seulement. C'est en octobre (1865), il est vrai, que le choléra a sévi avec le plus de violence, et cette circonstance enlève au fait constaté tout caractère de certitude. En revanche, mars, qui vient ensuite sur la liste, doit être considéré comme le mois le plus éprouvé dans les circonstances normales.

Le mois de juin, le plus faible en mortalité, est aussi un des plus propices à la conception, ainsi que nous l'avons établi plus haut. Il ne peut y avoir, entre ces deux faits, qu'une corrélation acceptable, celle des conditions hygiéniques meilleures. Il convient encore de remarquer cette singulière coïncidence qui fait que le mois d'octobre, le premier en mortalité, est, en même temps, le dernier en natalité. Le chiffre des décès journaliers se trouve même être absolument identique au chiffre des naissances, 144, mais ce n'est là qu'un effet de hasard, puisque la natalité d'octobre correspond à la fécondation en janvier, et que janvier a une mortalité moyenne : 133.

La mortalité journalière, telle qu'elle a été établie par le précédent tableau, donne les proportions suivantes : 6,99 décès par jour pour 100 000 habitants; 2,74 pour 1000 décès. En octobre, ces chiffres deviennent 7,87 et 3,08; en juin : 6,01 et 2,35.

Au point de vue de la constitution médicale, on pourra donc conclure que les trimestres favorables de séjour à Paris, sont ceux d'été et d'automne, abstraction faite des circonstances épidémiques qui, cependant sont généralement plus à craindre à cette époque. En d'autres termes, la santé publique est normalement meilleure de mai à septembre inclus. Les mois de printemps, mars et avril, sont habituellement dans les conditions les moins favorables. Il est certain, du reste, que dans un centre populeux, renfermant un grand nombre d'indigents et de misérables, l'hiver et ses incommodités doivent imposer des privations pénibles, dont l'effet est habituellement prochain.

La mortalité générale en France, constatée en 1866 pour la période quinquennale 1861-1865, est de 2,28 par 100 habitants; elle monte à 2,55 pour le département de la Seine, chiffre égal à celui de l'intérieur de Paris. Cependant, cette mortalité est, pour la population urbaine en général, de 2,61, ce qui semble indiquer des conditions moyennes meilleures pour la capitale.

On compte 85,75 décès, en France, pour 100 naissances; dans le département de la Seine, ce chiffre est de 84,72, et 85,40 pour Paris seul. La population urbaine, en général, compte 92,73 décès, chiffre qui laisse Paris dans une position plus favorable que la moyenne, avec une différence de 7,33.

Il résulte de ces faits une situation que l'on peut considérer comme inattendue; les chances de vitalité, dans ce milieu que l'on dépeint généralement comme corrompu à tous les points de vue, sont cependant meilleures que celles des autres villes de France.

La comparaison de la population avec la superficie occupée donne 234 habitants par hectare, chiffre de la Statistique générale, plus fort de 3 que le chiffre du bureau des longitudes (1866); c'est-à-dire qu'il y a à Paris 23400 habitants par kilomètre carré, alors que la moyenne en France est de 70, campagnes et villes. C'est là, certes, un encombrement, et cependant, cet encombrement ne produit pas les résultats désastreux qui lui sont habituellement attribués. Il y a même des arrondissements où cette proportion 231, donnée par l'*Annuaire*, monte à des chiffres considérables : à l'Hôtel-de-Ville, il y a 630 habitants; 799 au Temple; 820 à la Bourse. Et en recherchant cette constatation de l'influence des lieux, nous sommes amené à l'étude de la mortalité par arrondissement (voy. le tableau, p. 212).

Voici les chiffres pour la période 1865-1869; nous avons employé ici, et pour les mêmes raisons, le système de supputation qui nous a semblé bon pour la natalité, qui est positif en tous cas, et exempt d'incertitudes.

On voit par ces chiffres que la population la plus nombreuse, celle du onzième arrondissement, présente aussi la mortalité la plus forte; après cet arrondissement vient le dix-huitième, qui est le second dans les deux cas; le dixième a le n° 3, tant pour la population que pour la mortalité; le cinquième n'offre qu'une légère différence; le quatrième non plus; le septième est dans le même cas, et le seizième a le minimum des deux parts.

L'écart le plus considérable est celui qui se manifeste dans le neuvième arrondissement, où la population a le n° 4, et la mortalité le n° 16 seulement. Cet arrondissement est à peu près au centre de la ville; il comprend les quartiers Saint-Georges, chaussée d'Antin, faubourg Montmartre et Rochechouart, où l'agglomération est très-considérable. Il y a là 498 habitants pour un hectare, d'après le bureau des longi-

---

leurs enfants, et prouvent même que l'usage de ce droit, s'il venait à être une source d'arbitraire, tomberait sous le coup de la pénalité prescrite par l'article ci-dessus mentionné. Cette interprétation nous paraît ressortir encore de la section XXXV des lois pénales, où il est dit qu'un père qui frappe un étranger qu'il croit être son fils, jouit du bénéfice accordé au père de châtier son propre enfant. La section CCLXXV dit aussi : « Toute personne qui vend ses enfants ou grands-enfants sans leur consentement aura 80 coups. »

Nous ferons remarquer que ce droit du père de famille exerçant une pleine autorité sur ses enfants n'est pas une conception absolument chinoise. Le principe est aryan; mais les conséquences que le peuple jaune en a tirées lui appartiennent en propre et l'ont graduellement conduit jusqu'à la tolérance pour la pratique de l'infanticide.

Abordons maintenant un sujet qui présente tant de points de contact avec l'infanticide que c'est à peine si la morale l'en distingue. Il fut même un temps où nos jurisconsultes, nos philosophes, discutaient la question de savoir si l'avortement et l'infanticide devaient ou non être identifiés. Mais, de nos jours, quelque droit qu'ait la morale supérieure à revendiquer cette assimilation, leur séparation reste consacrée, et l'article 317 du Code pénal français punit l'avortement de la réclusion pure et simple; il comprend en outre dans la même pénalité ceux qui ont procuré les breuvages abortifs. Cette distinction est rendue plus sensible encore par le bénéfice dont le crime de l'avortement jouit, et qui consiste en ce qu'on ne lui applique pas le principe d'identité entre la tentative et la perpétration. Quels sont maintenant les éléments de la solution du problème qui nous occupe ? Nous ferons remarquer que si les sinologues s'accordent peu sur l'infanticide, il n'en est pas de même de l'avortement, dont personne, que nous sachions, ne s'est encore occupé jusqu'ici. C'est qu'en effet, il s'agit d'une de ces pratiques occultes sortant de l'observation habituelle, et nécessitant un genre d'information entouré de mille difficultés chez un peuple qui répugne extraordinairement à s'épancher

tudes, au lieu de la moyenne 231. Le quatorzième arrondissement vient ensuite avec un écart assez fort ; il est le dixième comme mortalité, et le dix-neuvième comme population. Mais, ainsi que eela a été signalé au sujet de la natalité, il y a dans cet arrondissement trois hospices, Cochin, les Enfants-Assistés et l'hôpital du Midi, eirconstance qui doit influer sur la proportion obituaire.

Arrondissements.	Population.	Quantum pour 19 000 habitants.	No d'ordre comme population.	Moyenne des décès.	Quantum pour 19 900 décès.	N° d'ordre comme mortalité.
1er	81 665	454	12	1 436	397	18
2e	79 909	444	13	1 487	317	17
3e	92 689	515	9	1 703	364	15
4e	98 948	548	7	2 585	552	8
5e	104 983	578	5	2 949	639	4
6e	99 115	551	6	2 127	454	13
7e	75 438	419	15	1 959	417	14
8e	70 259	390	19	1 298	278	19
9e	106 221	590	4	1 914	345	16
10e	119 438	947	3	3 242	693	3
11e	149 611	832	1	4 274	912	1
12e	78 635	437	14	2 737	584	9
13e	70 192	399	17	2 566	548	9
14e	65 506	362	19	2 479	539	19
15e	69 349	385	18	3 239	504	12
16e	42 187	234	29	949	892	29
17e	93 193	518	8	2 376	508	11
18e	139 456	723	2	3 393	725	2
19e	88 939	494	10	2 793	597	5
20e	87 411	486	11	2 678	572	7
	1 799 980	10 999		46 831	10 000	

Dans la période écoulée entre 1861 et 1866, il s'est produit, à ce point de vue de l'agglomération, un mouvement très-marqué de la population du centre vers le pourtour. Ainsi, en 1861, les dix premiers arrondissements contenaient 567 pour 1000 de la population totale, et les dix derniers, 433. En 1866, on ne trouve plus que 514, dans les dix premiers arrondissements, et 486 dans les dix derniers. Ce mouvement a donc été de 53 habitants pour 10 000. La mortalité qui avait été de 262 pour 10 000 habitants en 1861, était, en 1866, de 231, défalcation faite des décès cholériques. On se demande si cette nouvelle répartition de l'habitant est pour quelque chose dans ce résultat avantageux ?

La mortalité par âge est assez facile à déterminer.

La Statistique de France a donné, lors du reeensement de 1866, les proportions et les chiffres de cette répartition ; et, d'autre part, l'Annuaire du bureau des longitudes fournit, tous les ans, l'indication des décès par catégories, d'après les documents de la Préfecture de la Seine. Ces chiffres de l'Annuaire sont, il est vrai, un peu plus élevés que ceux de la statistique municipale, dont nous avons fait usage jusqu'à présent ; mais la différence n'est pas assez forte pour infirmer les faits et surtout les données proportionnelles :

Voici d'abord les chiffres relatifs à la population totale :

	Habitants, chiffre moyen.	Soit pour 19 009 de la population.	Moyenne des décès.	Pour 10 000 décès.	Pour 10000 habitants de cet âge.
De 0 à 5 ans..	116 400	637	14 745	3097	1266
5 10.....	120 100	658	1 202	252	100
10 15.....	112 200	615	575	120	51
15 20.....	145 200	796	1270	267	88
20 25....	188 650	1032	1295	481	122
25 30.....	204 400	1119	2577	541	126
30 35.....	191 000	1046	2514	528	132
35 40.....	177 000	969	2525	530	143
40 45.....	148 600	813	2473	519	166
45 50.....	121 200	663	2410	506	198
50 55.....	94 750	519	2313	485	243
55 60.....	67 350	369	2273	477	338
60 65.....	54 820	300	2317	486	424
65 70.....	39 110	214	2674	561	684
70 75.....	24 260	133	2225	466	917
75 80.....	12 370	68	1675	352	1355
80 100.....	7 480	41	1583	322	2120
Au dessus de 100.	3	»	3	»	»
Age inconnu.....	1 515	8	5	»	»
Totaux et moyenne.	1 826 408	10000	47654	10 000	261

Ainsi la population de 25 à 30 ans est la plus nombreuse, mais cette quantité n'influe en rien sur la proportion de mortalité. Si l'on veut suivre attentivement les chiffres de la dernière colonne, on y trouvera, exactement spécifiée, la règle de progression des chances de mort, à partir de la dixième année. Les deux périodes précédentes témoignent de la fragilité de l'existence chez les jeunes enfants ; puis, à partir de cette époque, l'influence de l'âge prédomine, et la proportion de 51 décès pour 1000 jeunes gens de 10 à 15 ans monte, sans irrégularité, jusqu'au chiffre énorme de 2,120 pour les habitants de plus de 80 ans. Sans irrégularité, disons-nous, mais non pas dans les mêmes conditions de chanees ; en effet, la différence qui n'est que de 4 entre les deux catégories de 20 à

---

vis-à-vis des étrangers. C'est donc sur un terrain nouveau que nous nous trouvons ; aussi essayerons-nous de rassembler le plus grand nombre de témoignages afin de donner à nos conclusions un caractère suffisant de crédibilité. En compulsant les lois criminelles, nous n'avons pu rien découvrir se rapportant à cette pratique ; nos recherches ont porté sur la plus récente révision traduite par Bridgmann. Il n'en est pas fait mention dans celles qui ont paru successivement depuis la publication du texte de Cang-Hi, ni dans les appendices et édits impériaux qui les accompagnent. Donc, de ce côté, c'est un fait acquis, la législation chinoise est muette sur cette pratique. Consultons maintenant le Si-Yuen-Lu ; c'est le traité de jurisprudence médicale et de toxicologie qui doit être considéré comme ce que la Bibliographie médicale sinique renferme de moins mauvais. Or, à la page 32 du livre Ier, dernière édition, on trouve le passage suivant :

« Si l'on présume qu'il s'agit d'un avortement criminel, l'expert (toujours une femme) doit déterminer l'âge de la grossesse, la forme du produit, et noter avec soin tous ces détails sur un registre ; voir s'il s'agit bien d'un fœtus ou simplement d'un caillot sanguin qui, à la longue, s'est décomposé et a donné naissanee à un produit fétide.

» Voici le tableau des formes qu'affecte le fœtus aux diverses époques de la vie intra-utérine :

» 1° A un mois, il ressemble à une goutte d'eau ;

» 2° A deux mois, il a l'aspect d'un pêcher en fleur ;

» 3° A trois mois, son sexe peut être distingué ;

» 4° A quatre mois, il a la forme humaine ;

» 5° A cinq mois, les os et les jointures commencent à se montrer ;

» 6° A six mois, les cheveux ont atteint un certain développement ;

» 7° A sept mois, la main droite remue à gauche du sein maternel, si c'est un garçon ;

» 8° A huit mois, la main gauche remue à droite de la mère, si c'est une fille ;

30 ans devient 6 de 25 à 35 ans; puis 11, de 30 à 40; puis 23, de 35 à 45; puis 32 pour les dix années suivantes; puis, toujours par période de dix années, on trouve la progression 35, 95, 86, 160, 233, 338, 775. Ce dernier chiffre est considérable; mais il est relatif à l'âge des vingt dernières années de la vie qu'il a fallu comprendre ensemble, en raison de la disposition des chiffres dans l'Annuaire.

Le temps d'arrêt constaté dans cette progression se trouve à l'âge de 55 à 65 ans.

Ce serait aller trop loin que de vouloir tirer de ces chiffres les déductions de vie moyenne et de vie probable; les conditions nomades de la population parisienne, pour employer un terme célèbre, ne permettraient aucune exactitude à ce calcul. Il suffira, pour se rendre compte de ces circonstances particulières, de comparer la composition, par âge, de la population totale de la France avec celle de la population parisienne. Ainsi, avant 20 ans, on compte, en France, une proportion de 35,480 pour 100 000 habitants, population urbaine ou rurale, sans distinction; c'est un peu plus du tiers. A Paris, on n'a, pour cette catégorie d'âge, que 27 060, un peu plus du quart. Dans l'âge adulte, au contraire, les conditions sont inverses. De 20 à 50 ans, on a 43,165 pour 100000, en France, et 56,520 à Paris; la population parisienne est donc adulte pour plus de moitié; et c'est bien la meilleure démonstration de cette irrégularité qui ne permet pas les calculs de vie moyenne, et qui augmente d'autant l'intérêt du calcul de mortalité par âge. Disons encore, pour compléter cette comparaison, que, au-dessus de 50 ans, le nombre revient à la population totale, 21 294 pour 100000, Paris n'ayant que 16 440. Ainsi, la population adulte à Paris est plus forte que la population d'âges extrêmes d'une quantité de 132 550 par million d'habitants; ce qui signifie : émigration dans la jeunesse et dans la vieillesse, immigration dans la période mixte. La mortalité pour ces trois catégories est de : 360 pour 10 000 habitants de 0 à 20 ans; 143 pour ceux de 20 à 50 ans, et 502 pour ceux de 50 à 100 ans. Les mêmes chiffres pour la population de toute la France sont : 259 de 0 à 20 ans, 98 de 20 à 50 ans, et 448 de 50 à 100 ans. La proportion, abstraction faite de l'âge, est de 261 à Paris et de 228 pour la France entière; la plus forte différence est celle de la première catégorie, 111 de plus; puis celle de la dernière, 55.

Puisque nous sommes sur ce sujet et qu'il faudra tout à l'heure spécifier les conditions de mortalité pour chaque sexe, nous pouvons signaler, à ce nouveau point de vue, les différences établies. Ainsi, la population mâle pour la France entière est dans la proportion 359 pour 1000 avant 20 ans; à Paris on a 277 seulement. De 20 à 50 ans 432 pour la France, 566 pour Paris; de 50 à 100, 209 pour la France, 159 pour Paris. Pour la population féminine, on trouve : 351 en France au-dessous de 20 ans, et 267 à Paris; 432 en France de 20 à 50 ans, et 562 à Paris; 217 en France au-dessus de 50 ans, et 171 à Paris.

Ces chiffres sont ceux de la Statistique de France, avec la répartition nécessaire pour notre travail particulier, et dont l'utilité apparaîtra lorsqu'il sera question de certaines maladies.

La mortalité par sexe, pour ces trois grandes catégories que nous avons dû établir, en raison de leurs conditions de quantité si différentes, est : de 0 à 20 ans, population mâle, en France, 268 pour 10 000 ; à Paris 363; population féminine en France, 248 ; à Paris, 357.

De 20 à 50 ans, population mâle, en France, 99; à Paris, 152 ; population féminine, en France, 98; à Paris, 135.

De 50 à 100 ans, population mâle, en France, 446 ; à Paris, 524 ; population féminine, en France, 450; à Paris, 480.

Voici, pour la population parisienne, les chiffres de mortalité par âge et par sexe :

			POPULATION MASCULINE.		POPULATION FÉMININE.	
			Pour 10 000 de la population masculine.	Mortalité pour 10 000 h.	Pour 10 000 de la population féminine.	Mortalité pour 10 000 f.
De 0	à	5 ans..	628	1325	647	1208
5		10.....	649	99	667	102
10		15.....	619	47	610	56
15		20.....	847	82	744	94
20		25.....	1013	122	1051	121
25		30.....	1075	125	1163	127
30		35.....	1042	132	1049	131
35		40.....	999	149	939	136
40		45	847	185	779	146
45		50.....	684	228	642	167
50		55.....	539	390	499	284
55		60.....	369	279	368	206
60		65.....	292	487	308	362
65		70.....	200	765	228	612
70		75.....	109	1012	157	.851
75		80.....	50	1387	86	1317
80		100.....	27	2252	55	2050

Ces chiffres sont pleins d'enseignements. On constate d'abord

» 9° A neuf mois, le palper abdominal constate qu'il s'est produit trois révolutions dans la position du fœtus;

» 10° A dix mois, l'enfant est arrivé à terme.

» Lorsqu'il y a un amas de sang et de matière fétide à l'orifice de l'utérus, on doit déterminer si la mort résulte de la non-expulsion d'un fœtus pour une cause quelconque, ou si elle a été causée par des drogues abortives pour un but criminel. L'officier commis à l'instruction du cas devra s'informer de toutes les circonstances qui ont environné la perpétration du crime. Il existe une méthode d'investigation qui consiste à prendre un stylet d'argent (servant à retenir la coiffure des femmes), on l'introduit par la vulve ; s'il se ternit, il y a présomption d'avortement, sinon l'on a affaire à une fausse couche naturelle. Cependant il convient de ne pas être trop confiant dans ce moyen.

» Souvent, l'avortement par lui-même peut entraîner la mort par l'ébranlement qu'il imprime à l'organisme ; dans ce cas, le poison ne saurait être invoqué comme cause. En un mot, il est indispensable de ne procéder qu'avec la plus extrême prudence et de ne se prononcer qu'après un mûr et circonspect examen. »

Voilà donc un passage du Si-Huen-Lu où il est très-clairement question de l'avortement. Quant aux lumières qu'il fournit pour éclairer la justice, c'est autre chose. Mais nous devons reconnaître que les auteurs de l'ouvrage ne se sont nullement dissimulé la difficulté des expertises médico-légales, et qu'ils insistent sur la réserve à apporter dans les inductions. Pour le moment, constatons que la théorie admet la distinction entre l'avortement naturel et celui qui est la suite de breuvages abortifs dans un but criminel.

Si le Si-Huen-Lu n'a pas force de loi dans toute l'acception du mot, il est certain qu'il possède une grande notoriété parmi les Chinois; tous les magistrats le consultent ou sont censé le consulter lorsqu'ils ont besoin de renseignements utiles à leurs recherches. Nous pouvons donc poser que l'avortement provoqué n'est pas une pratique abandonnée à elle-même, et

que parmi la population adulte de 20 à 35 ans il y a, en réalité, plus de femmes que d'hommes à Paris, soit 130 en plus pour 10 000. Ceci est d'autant plus significatif que la mortalité est plus forte parmi les jeunes filles de 5 à 20 ans que parmi les jeunes garçons du même âge; on a 85 pour 10 000 parmi les uns et 77 seulement parmi les autres. L'évolution de la puberté est sans doute la cause de cette différence; mais, en ce qui concerne le chiffre de population, il faut admettre désormais l'immigration de ces jeunes femmes comme un fait prouvé.

A partir de la vingtième année, la mortalité est pourtant plus forte parmi les hommes, hormis l'âge de 25 à 30 ans, qui fournit une légère différence, facilement justifiable par les maladies de l'état puerpéral. L'étude des causes de mort, que nous allons donner avec quelque détail, fournira l'explication de ce fait; mais ce que l'on peut remarquer dès à présent, c'est la progression de cette différence entre les deux sexes, à mesure que l'âge augmente. Elle est de 13 pour la période de 35 à 40 ans en faveur de la femme, puis de 39 pour la période de 40 à 45; de 61 pour les cinq années suivantes; puis de 73, 116, 125, 153, 161, et enfin de 202 pour la catégorie de 80 à 100 ans. Il y a cependant une différence moins grande pour la catégorie de 75 à 80 ans; elle n'est que de 70. Il faut encore remarquer que les vieilles femmes sont en plus forte proportion que les vieillards dans la population parisienne; il y a une différence de 156 pour 10 000 à partir de la soixantième année; et cette différence est double à partir de l'âge de 80 ans.

Telles sont à Paris, pour la mortalité, les conditions et les chances. Il nous reste à nous rendre compte des formes, c'est-à-dire de la fréquence et de la gravité des maladies qui occupent les premiers rangs et qui fournissent la plus large part du résultat. Nous revenons à la statistique municipale, en acceptant ses chiffres, sans nous soumettre à ses procédés.

C. Ély.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE CLINIQUE.

Note sur un cas de difformité congénitale des articulations des genoux et des coudes, par le docteur Servier.

Un cas fort curieux de difformité congénitale des genoux et des coudes s'est présenté, il y a peu de temps, à notre observation.

Obs. Le nommé P... Tony, soldat au 12e régiment d'artillerie, est entré au Val-de-Grâce le 15 septembre 1871; il est couché au lit n° 42 de la salle 29.

C'est un grand garçon de vingt et un ans, né à Romanesche en Beaujolais, il a été incorporé au 12e régiment d'artillerie pendant la guerre. Il nous dit que son père est grand et vigoureux, qu'il a un jeune frère de belle apparence aussi, seulement l'un et l'autre présentent une difformité des genoux, difformité semblable à celle que nous allons décrire; son frère a été opéré d'un pied bot; lui-même a été opéré aussi pour la même affection au pied droit, à l'âge de vingt jours à un mois.

Voici le résultat de notre examen : *membre inférieur droit*. Nous constatons d'abord que le pied droit est plat et dévié en dehors; une ligne abaissée suivant l'axe du membre tombe à 3 centimètres environ en dedans du pied. Cette difformité est commune; il n'en est pas de même de celle du genou.

Nous observons d'abord la saillie du condyle interne du fémur; la rotule occupe sa position normale; un méplat se remarque au niveau du condyle externe. Le toucher nous fait constater que le condyle externe du fémur manque complétement; la rotule est très-mobile et se déplace facilement sous le doigt. Quand le genou se fléchit, la rotule passe tout entière en dehors du membre, et vient s'appliquer sur la face externe de l'articulation, sa face sous-cutanée regardant en dehors. C'est une luxation complète de la rotule en dehors. On sent alors la poulie intercondylienne parfaitement lisse, toute la région devient plus facilement explorable, on constate avec plus de netteté l'absence du condyle externe du fémur.

Membre inférieur gauche. — Le pied gauche est plat, mais non dévié. Le genou gauche présente la même difformité que le genou droit, mais elle est moins marquée. De ce côté, le condyle externe est moindre dans tous les sens qu'un condyle normal, mais il ne manque pas entièrement; la rotule est très-mobile aussi, et lorsqu'on fléchit le genou, elle se porte en dehors, mais elle ne se luxe pas complétement.

Membre supérieur droit. — Nous remarquons d'abord que les mouvements de pronation et de supination sont moins étendus qu'à l'état normal; la supination n'est pas possible, et la pronation n'est que d'un huitième de cercle. L'avant-bras est dévié en dehors. L'épitrochlée fait une saillie très-accusée, un méplat est bien marqué à la place de l'épicondyle, celui-ci manque complétement. La tête du radius fait saillie en arrière, et comme elle occupe à peu près la place normale de l'épicondyle, on la prend d'abord pour celui-ci. Le condyle existe à peine; lorsque le membre est dans l'extension, on sent la tête du radius faisant saillie en arrière de l'humérus, et lorsque l'avant-bras est fléchi, la tête du radius vient se placer au-dessous de l'extrémité inférieure de

(1) Les articulations difformes ont été moulées; les modèles de plâtre sont déposés au Musée du Val-de-Grâce, nos 100, 101 et 102.

que les témoignages et preuves juridiques en sont recherchés. Telle est du moins, nous le répétons, la théorie jurisprudentielle.

Il s'agit maintenant d'en établir la signification morale et d'en fixer la valeur criminelle. Ici commence à s'ouvrir le champ de l'hypothèse : car, pour être éclairé sur ce point, il faut recourir aux renseignements oraux dont la diversité vous laisse le plus souvent dans l'incertitude. Quant aux annales judiciaires, leur publicité est si irrégulière et si fantaisiste qu'elles ne jettent aucune lumière sur ce point.

Dans la plupart des grands centres de l'Empire, notamment à Pékin, les voyageurs peuvent remarquer l'innombrable quantité de petites affiches qui tapissent les murailles des principales rues, et, quand ils interrogent leurs compatriotes versés dans la connaissance de la langue chinoise, ils apprennent qu'elles contiennent souvent des indications de breuvages «infaillibles pour provoquer l'issue difficile du flux menstruel», manière adroite, comme on peut voir, de désigner des drogues abortives et de solliciter les appétits criminels : comme, d'autre part, la police ne semble pas s'occuper de ces annonces, on est en droit d'en conclure qu'il existe une entière liberté pour la vente de produits qui, en Europe, sont généralement l'objet de la plus active surveillance.

De cette conclusion à la tolérance pour l'avortement, il n'y a qu'une faible distance . néanmoins il ne faut pas trop se hâter de la franchir : qu'on pousse plus avant la recherche et l'on arrivera à trouver que ces annonces cachent un procédé assez singulier et bien propre à donner une haute idée de l'astuce des mœurs policières de la Chine.

La mention de drogues abortives et les adresses clairement indiquées des débitants droguistes, ne sont pas chose contestable : mais aussitôt que la personne en quête du remède se présente chez le vendeur, celui-ci, fort adroitement, arrive à savoir le domicile et le nom de sa naïve cliente : après quoi il lui délivre la criminelle drogue.

Chaque officine a son secret: le nombre en est considérable.

l'humérus; alors cet os est perpendiculaire à la direction du radius sur la tête duquel il repose. Le radius est maintenu par des ligaments, en particulier, nous semble-t-il, par le ligament annulaire.

Membre supérieur gauche. — De ce côté, la déformation est plus apparente, la déviation de l'avant-bras en dehors est plus prononcée, la saillie de l'épitrochlée est plus considérable. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutent dans la même étendue que du côté droit. La tête du radius est placée tout à fait en arrière de l'extrémité inférieure de l'humérus; c'est la disposition que nous venons de décrire pour le bras droit, avec exagération des déplacements anormaux. Nous observons aussi une autre disposition très-singulière de la tête du radius; lorsqu'on imprime à l'avant-bras des mouvements de rotation, en le faisant passer de la pronation à la supination, on voit que la tête du radius, tout en tournant un peu sur elle-même, parcourt un espace de 3 centimètres environ de l'olécrâne à l'épicondyle, je devrais dire au rudiment d'épicondyle, c'est un mouvement de translation. Le même fait s'observe du côté droit, mais il est beaucoup moins marqué qu'à gauche.

La déformation singulière que nous venons de décrire est accompagnée de circonstances dignes d'attention, c'est d'abord l'hérédité dont l'influence est manifeste, et c'est aussi l'homologie des dispositions anormales : ce que nous avons observé aux membres supérieurs est la répétition de ce qui existe aux membres inférieurs; les genoux et les coudes présentent des défauts de conformation exactement comparables.

Au point de vue chirurgical, la luxation de la rotule droite est un fait très-intéressant. La luxation congénitale de la rotule est assez rare pour que Malgaigne n'en ait trouvé aucune observation positive; reste à savoir si ce fait non permanent, ne se produisant que lorsque le membre est fléchi, doit être accepté comme un cas de luxation.

Nous avons dû faire réformer cet artilleur, tout en comprenant très-bien que les anomalies de ses articulations aient échappé à l'examen rapide des conseils de révision opérant pendant la guerre. Sa démarche est assurée, il peut courir, gravir des pentes, etc.

Cet homme exerçait la profession de vigneron, à laquelle ses forces suffisaient très-bien; cependant il n'est pas un robuste travailleur : ses bras se fatiguent assez vite. Il peut porter des fardeaux considérables, mais à la condition de n'avoir pas à gravir les marches d'un escalier, car lorsque la jambe droite se fléchit un peu trop, la rotule se déplace, comme nous l'avons dit.

Nous avons recherché avec soin des anomalies possibles des organes internes; nous n'en avons trouvé aucune. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement (1).

(1) Les difformités de ce genre ne sont peut-être pas très-rares. Le 1er avril, est entré au Val-de-Grâce, salle 28, lit n° 27, le sieur Gros, du 19e d'artillerie, atteint d'une contusion du coude droit; cet homme, âgé de vingt-quatre ans, présente une difformité des genoux et des coudes, absolument semblable à celle que nous décrivons dans cette note, seulement chaque détail est moins accentué.

CORRESPONDANCE.

Transmissibilité de la tuberculose.

Mon cher ami,

Vous voulez bien me demander où j'en suis de mes études sur la tuberculose. Tout mon travail est préparé, arrêté, exécuté même sur bien des points depuis longtemps déjà. Tel qu'il est, avec les données si claires et si précises qu'il fournit sur la transmissibilité de la tuberculose, il eût certainement satisfait l'opinion, j'en ai l'entière conviction; mais, au moment de le livrer à la publicité, mon étude sur les virus et la virulence s'est trouvée assez avancée pour me démontrer qu'il était possible de donner à ce travail spécial sur la tuberculose une tournure beaucoup moins empirique. De là de nouvelles expériences. Et non-seulement je me suis convaincu alors qu'il n'était pas possible de discuter scientifiquement la virulence de la tuberculose sans être fixé sur les caractères généraux des virus, mais je me suis vite aperçu que l'étude des processus virulents comportait une étude parallèle et comparative des divers processus inflammatoires purs. Et c'est ainsi que je me suis trouvé engagé dans un engrenage de nouvelles recherches dont je finis de sortir à peine en ce moment. Outre que ces recherches ont empêché la publication de mon travail sur la tuberculose, elles ont encore arrêté pour un instant ma publication sur l'étude de la virulence, publication que je vais reprendre incessamment.

Voici, en attendant, où j'en suis de cette grosse entreprise. Pour vous la faire envisager sous les différents points de vue qui s'y rattachent, je vais vous livrer en quelque sorte ici le canevas de ma future publication.

1° *Méthode.* — Ce point est le plus important de tous. La plupart des erreurs et des contradictions auxquelles l'étude expérimentale de la tuberculose a donné lieu viennent de ce que la plus grande partie des personnes qui se sont occupées de cette question n'avaient pas une idée très-nette des principes qui doivent présider à des recherches de cette nature. Elles viennent aussi de ce que, actuellement, il est difficile de s'entendre sur ce que l'on appelle *tuberculose*. Je ne veux pas même essayer de vous donner un sommaire de la discussion très-longue et très-détaillée à laquelle j'ai soumis toutes les questions qui se rattachent à ces sujets; c'est un des points auxquels mes recherches actuelles ont le plus ajouté. Je me bornerai à vous rappeler ici les trois règles que je pose au sujet : a. *De la matière qui doit servir à l'inoculation*; b. *Des animaux à prendre pour l'inoculation*; c. *Des procédés d'inoculation.*

a. Toutes les lésions qui se développent chez un tuberculeux, si la tuberculose est virulente, *peuvent* contenir le virus, quelle que soit la nature de ces lésions. Il en est ainsi dans la morve,

---

Les drogues abortives les plus employées, à Pékin, sont le *Pediculus bovis* séché, réduit en poudre et appliqué sur le col utérin, et une espèce de sangsue séchée, pulvérisée et placée au même lieu. Rarement on a recours aux opérations pratiquées à l'aide d'instruments.

Ainsi donc, la cliente est en possession du spécifique abortif, et dès lors et du même coup, le commerce et la justice sont satisfaits; car le mandarin du quartier est aussitôt prévenu et s'enquiert de la situation réelle de la personne dénoncée. Mais dans quel but?

Ce n'est pas, ainsi qu'on pourrait le croire, de l'avortement que s'occupe le magistrat, mais seulement des conditions dans lesquelles il a été accompli et des causes qui l'ont sollicité. En effet, la grossesse peut être le fait de relations illicites, d'un adultère, crime que la loi chinoise punit de la peine capitale; il peut encore s'agir d'une fille qui a échappé à la surveillance de ses parents ou bien qui a été victime de violences. Dans ces cas encore la justice a pour mission de protéger l'honneur du foyer domestique. Mais s'il est question d'une femme mariée, qui, devenue grosse du fait de son époux, cherche à se débarrasser d'une grossesse qui l'incommode, la justice s'arrête et ne va pas plus loin.

A ne considérer qu'en eux-mêmes ces faits dont nous affirmons l'exactitude, on voit que l'avortement n'existe pas à l'état de pratique libre; puis en allant au fond des choses, on aperçoit clairement que la loi ne vise pas l'acte criminel, mais les faits extrinsèques, indirects, qui l'ont fait surgir; en un mot, si l'adultère et l'avortement se superposent et s'aggravent l'un par l'autre dans la plupart des codes européens, il n'en est pas de même en Chine, où l'adultère seul est frappé. L'opinion publique accorde-t-elle à l'avortement la même indulgence? Ce point est difficile à élucider; les livres de philosophie morale si abondants sont tous muets sur ce sujet.

L'histoire nous montre les peuples de l'antiquité plus ou moins adonnés à cette pratique : il ne semble pas que les Grecs en aient abusé. Cependant, Platon, dans un dialogue

la peste bovine, etc. Étant admise la virulence de la tuberculose, il n'en peut être autrement dans cette maladie; vouloir établir sous ce rapport une distinction entre une lésion *princeps*, la granulation type, et des lésions accessoires ou secondaires, les inflammations diffuses du poumon, des ganglions, etc., c'est faire une pétition de principe, grosse de conséquences erronées. Si une différence existe entre les deux ordres de lésions, au point de vue des propriétés fondamentales, ce n'est pas l'anatomie pathologique qui pourra en décider *à priori* d'après un simple examen histologique. Cet examen est tout à fait incapable de donner les renseignements nécessaires pour décider si *ceci* est tuberculeux et si *cela* ne l'est pas. L'impuissance de l'anatomie pathologique est dans ce cas aussi absolue que dans le cas de morve. Les lésions morveuses les plus diverses fournissent des humeurs également douées de la propriété virulente. Il en peut être de même de la tuberculose si elle est virulente, et le nodule tuberculeux n'a pas ainsi plus de valeur, comme lésion caractéristique, que n'en a la pustule ou l'ulcère morveux. Virchow, en faisant de la granulation ou du nodule tuberculeux une tumeur à caractères anatomiques spécifiques comparables aux tumeurs proprement dites, comme le carcinôme et l'épithéliôme, et en excluant du domaine de la tuberculose tout ce qui n'est pas la granulation ou le nodule dit tuberculeux, Virchow, dis-je, a exercé une influence fâcheuse sur les recherches étiologiques relatives à la tuberculose. Vous n'êtes pas resté longtemps dans cette erreur, et je vous en félicite. Cette petite discussion vous démontre assez que nous nous entendons sur ce point, et que j'ai aussi bien recours, pour mes inoculations, aux matières caséeuses fournies par les noyaux de pneumonie chronique d'un tuberculeux, etc., qu'aux humeurs extraites des nodules formés par les éruptions granuliformes.

b. Si la tuberculose est une maladie virulente, elle doit se distinguer, comme les autres maladies du même ordre, par sa préférence pour telles ou telles espèces animales; par conséquent, toutes les expériences ayant pour but de déterminer la virulence de la tuberculose devront être faites sur des animaux qui se prêtent à l'évolution naturelle de la maladie, et sur lesquelles on l'observe communément. Employer des animaux d'une réceptivité faible ou nulle, c'est aller à l'encontre d'un des principes fondamentaux de la méthode expérimentale : à savoir, que si l'on veut faire naître expérimentalement un phénomène pour étudier son mode de production, il faut réaliser des conditions de *milieu* identiques avec celles qui s'observent dans la production naturelle ou spontanée du phénomène. Vous ne vous y êtes point trompé, et si, au lieu d'employer des animaux de l'espèce bovine (les seuls qui partagent avec l'espèce humaine le triste privilége d'entretenir la tuberculose à la surface du globe), vous vous êtes servi de lapins et de cochons d'Inde, c'est que vous n'avez pu faire autrement. Du reste, la *spécialisation* de telles espèces animales pour telles maladie virulentes n'est pas absolue. Des espèces rebelles à la contagion naturelle ou spontanée de certaines maladies peuvent, quand le virus est introduit de force, se prêter à l'évolution plus ou moins ébauchée de ce virus. C'est ainsi que la morve est facilement communiquée au chien, à la chèvre, etc. De précieux enseignements peuvent résulter d'expériences de cette nature; aussi je les ai moi-même largement utilisées dans mes recherches sur la tuberculose.

c. Quant au mode d'introduction de la matière tuberculeuse chez les animaux d'expériences, il doit être réglé par ce que l'observation et l'expérience ont appris sur les voies de la contagion, particulièrement sur les voies naturelles. Si, en effet, la tuberculose est une maladie contagieuse, c'est par les voies naturelles de la contagion qu'elle se transmet, c'est par là, à peu près exclusivement, que le virus entre dans les organismes sains et les infecte. Par conséquent, au premier rang des expériences propres à décider de la virulence de la tuberculose se placent les *ingestions* de matière tuberculeuse par des animaux de l'espèce bovine. Mes propres expériences, complémentaires des recherches de Decourtivronet, de Vicq d'Azyr sur la peste bovine, et de celles de Renault sur la morve, ont démontré, en effet, que la surface digestive est généralement la voie la plus active pour l'absorption naturelle des virus.

2° *Les ingestions digestives.* — C'est ma série la plus importante, celle qui a le plus grand poids pour la détermination de la contagiosité de la tuberculose.

Ces expériences ont porté sur *onze animaux* de l'espèce bovine parfaitement bien portants, et pris du reste à un âge où la tuberculose naturelle en pleine évolution est extrêmement rare. Le plus âgé avait quatorze mois; quelques-uns étaient des veaux de lait. Tous sont restés, pendant la durée des expériences, dans des conditions hygiéniques irréprochables au point de vue de la nourriture et du logement.

Les uns ont pris de la matière tuberculeuse empruntée à des vaches phthisiques, les autres de la matière fournie par l'espèce humaine et extraite de poumons atteints de granulie avec ou sans pneumonie caséeuse. Quelques animaux ont pris, jusqu'à quatre fois en quinze jours, de grandes quantités de matière (50 à 100 grammes chaque fois). D'autres n'en ont pris qu'une fois en petite quantité.

La durée la plus longue de l'expérience a été de trois mois et demi. Quelques animaux ont été sacrifiés au bout d'un mois.

Aucun sujet n'a échappé à l'infection.

Elle s'est traduite chez *tous* par des lésions trouvées à l'autopsie, légères chez les uns et, chez les autres, véritablement *épouvantables*. Les plus graves et les plus communes siégeaient dans les organes formés de tissu adénoïde : les follicules solitaires ou agminés de l'intestin grêle et les ganglions lymphati-

---

qui a pour titre *Théatète*, nous donne la preuve que les sages-femmes s'y livraient; Théatète, l'interlocuteur de Socrate, s'étonne et s'indigne. L'histoire nous apprend encore qu'à Rome l'avortement avait fini par devenir d'un usage habituel, à ce point qu'on avait édicté contre lui des châtiments sévères.

Dans ses sentences, Julius Paulus fait la citation suivante :

« Qui abortionis poculum dant, et si dolo non faciant, tamen » quia mali exempli res est, humiliores ad Metallum (travaux » des Mines), honestiores in insulam, relegantur. Quod si, eo » poculo mulier aut homo perierit, summo supplicio affi- » ciuntur. »

Juvénal, Plaute et presque tous les poëtes satiriques de Rome ne manquent jamais de flétrir énergiquement ces crimes et ces exemples monstrueux qui avaient envahi jusqu'au palais des Empereurs.

En Chine, rien de semblable, nulle intervention de la loi, nulle protestation de l'opinion publique; la pratique suit son cours, en pleine liberté, à moins qu'elle ne cache un crime dont la loi l'isole pour atteindre spécialement ce crime, comme nous l'avons fait ressortir.

Si l'on s'entretient de ce sujet avec les Chinois, ils nient la fréquence ou l'existence même du fait, suivant leur sincérité ou leur amour-propre. Mais l'observateur étranger, placé entre ces protestations timides ou mensongères, et l'existence, la fréquence et l'impunité acquise à cette pratique, est forcé de conclure qu'elle reste libre entre la morale qui ne la repousse que bien mollement et la législation qui ne l'atteint pas.

E. Martin,
Médecin de la légation de France à Pékin.

École de médecine de Lyon. — Depuis de longues années, l'allocation de la ville à l'École de médecine de Lyon est de 47 190 francs; ce chiffre est évidemment insuffisant. Cette année, l'administration municipale a augmenté l'allocation de 20 310 francs. Avec cette addition, le traitement des professeurs est de 3000 francs, et celui des professeurs adjoints est de 2000 francs. La perspective d'une Faculté a empêché la commission de voter une subvention pour les laboratoires d'étude.

ques (mésentériques, bronchiques, rétro-pharyngiens et sous-maxillaires particulièrement). Ces lésions avaient pour base une inflammation caséeuse diffuse ou nodulée, avec hypertrophie souvent énorme des organes. Ensuite venaient, dans l'ordre de fréquence, les éruptions miliaires avec ulcération sur la muqueuse respiratoire, depuis le larynx jusqu'aux bronches terminales. La bronchite tuberculeuse s'est montrée plus fréquemment que la laryngite et la trachéite. Les lésions pulmonaires n'occupaient que le troisième rang comme fréquence et importance. C'étaient : 1° des granulations péribronchiques ou périvasculaires ou même alvéolaires; 2° des noyaux volumineux formés par un amas de ces nodules ou granulations; 3° des noyaux homogènes où l'évolution des diverses formes de pneumonie caséeuse pouvaient s'observer de la manière la plus évidente. J'ai noté deux fois des lésions peu avancées de pleurésie tuberculeuse, ainsi que des tubercules du foie et de la rate. Enfin, j'ai eu trois fois l'éruption péritonéale, remarquable sur l'un des animaux.

Pour donner à ces résultats d'autopsie toute leur valeur, il est bon de dire que sur deux jeunes sujets, qui n'avaient rien pris et qui avaient été gardés comme sujets de comparaison, pendant plusieurs semaines, dans la même écurie qu'une série des animaux dont il vient d'être question, on n'a rien trouvé à l'autopsie, si ce n'est, sur l'un d'eux, quelques nodules crétacés dans la muqueuse de l'intestin grêle.

L'observation des symptômes, sur les sujets infectés, a fourni des renseignements que je ne regarde pas comme moins intéressants, et qui ont même plus de valeur, au point de vue de la solution empirique de la question de la contagion de la tuberculose.

Presque tous les sujets ont montré, comme symptôme initial après la première administration, une diarrhée plus ou moins intense qui s'est manifestée plus ou moins vite.

Sur trois sujets ça a été le seul dérangement de la santé. Ce symptôme passager disparu, les animaux ont continué à se montrer tout à fait bien portants. Les huit autres, au contraire, ont manifesté des signes de dépérissement après la diarrhée. Cinq de ces derniers éprouvèrent ensuite une amélioration et se trouvaient, au moment où ils furent abattus, dans cet état moyen d'embonpoint que les bœufs ou les vaches phthisiques peuvent conserver pendant des mois et des années (n'oubliez pas que la tuberculose chez les animaux de l'espèce bovine est une maladie à marche le plus souvent lente). Mais les trois autres sujets d'expérience ne se remirent pas; leur état alla toujours s'aggravant; l'un deux allait mourir quand il fut sacrifié. Il est à noter que ces trois animaux furent ceux qui présentèrent les lésions ganglionnaires et intestinales les plus développées.

J'ai noté souvent, sur les animaux qui devinrent malades, la toux, toujours causée alors par l'éruption granuleuse sur la muqueuse respiratoire et surtout par la bronchite tuberculeuse. Les noyaux pulmonaires sans bronchite ne déterminaient pas de toux.

Enfin j'appelle particulièrement l'attention sur ce fait que, chez les trois animaux les plus malades, on assista, pour ainsi dire, à l'évolution de la tuberculisation ganglionnaire. Un ou plusieurs ganglions accessibles à l'exploration se prirent (ganglions sous-maxillaires et pré-cervicaux) et l'on put suivre, avec la plus grande facilité, les progrès de l'hypertrophie tuberculeuse. En huit jours, le ganglion sous-maxillaire gauche devint gros comme un œuf de dinde sur l'un de ces sujets. J'insiste sur ce fait, parce qu'il répond à l'avance à toutes les objections qu'on pourrait élever en invoquant la préexistance des lésions tuberculeuses sur mes animaux d'expérience.

3° *Les injections vasculaires.* — Les virus morveux, claveleux, vaccinal, etc., etc., injectés dans les veines, communiquent la morve, la clavelée, la vaccine, etc., comme l'ingestion digestive de ces virus ou tout autre mode d'inoculation. Donc, si l'élément tuberculeux est un virus, il doit pouvoir infecter l'économie en pénétrant directement dans les vaisseaux. Mais pour l'injecter, il faut se garder de l'introduire sous une forme et un volume qui puissent déterminer des obstructions capillaires et les processus nécrobiotiques et inflammatoires qui en résultent. J'injecte donc de l'eau tenant en suspension les plus fines granulations de la matière tuberculeuse, et rien que ces granulations. On n'y trouve même pas un leucocyte. C'est un résultat que j'obtiens en faisant une pâte avec de la matière tuberculeuse extraite du poumon ou des ganglions, en la délayant dans une grande quantité d'eau et en laissant déposer pendant trente-six ou quarante-huit heures, après avoir filtré avec un linge fin. Le liquide qui surnage ne contient plus que des particules tuberculeuses excessivement ténues.

J'ai injecté, tantôt dans les artères carotides (injection dirigée du côté du cerveau), tantôt dans la jugulaire. Mes injections, très-nombreuses, ont été faites sur des veaux, des chevaux, des ânes.

Les résultats obtenus sont des plus intéressants, je laisse de côté les injections artérielles; en somme, elles agissent exactement comme les injections veineuses, avec cette particularité, que la matière tuberculeuse en traversant le réseau capillaire qui doit la verser dans les veines et de là dans les poumons, peut déterminer des lésions spéciales. L'injection veineuse ne manque *jamais* de déterminer des lésions pulmonaires accompagnées ou non de tuberculisation des ganglions bronchiques. Ce sont naturellement les animaux de l'espèce bovine qui sont les plus impressionnables. Mais les lésions qui se produisent chez les animaux solipèdes sont peut-être plus curieuses et plus intéressantes. Avec de très-petites quantités de matière tuberculeuse, j'ai réussi à provoquer, dans le poumon de ces animaux, des éruptions miliaires grises et transparentes d'une incroyable richesse, comparables aux éruptions les plus fines et les plus abondantes de tuberculose miliaire aiguë chez l'homme, et cela sans trouble évident de la santé. Quand les injections étaient très-abondantes, on obtenait plutôt de vastes pneumonies catarrhales, avec toux, fièvre et autres troubles de la santé.

4° *Les inoculations du tissu conjonctif.* — C'est là le point qui vous touche le plus, mon cher Villemin, et celui sur lequel je voudrais pouvoir vous donner les plus longs détails. Mais le temps me manque, je préfère vous mettre à même de juger de l'appoint que sur ce point mes expériences ajoutent aux vôtres, en vous envoyant quelques pièces qui parleront mieux que moi. Ces pièces et les quelques mots qui vont suivre vous permettront d'éclairer pleinement les personnes désireuses de se renseigner sur cette partie de mes recherches.

Toutes mes inoculations ont été faites comme les injections vasculaires sur des veaux, des chevaux, des ânes, des mulets.

La matière à inoculer a été préparée également comme pour les injections vasculaires, c'est-à-dire que j'ai injecté dans le tissu conjonctif sous-cutané de l'eau contenant en suspension les plus fins granules de la matière tuberculeuse.

J'ai inoculé plusieurs fois des éléments tuberculeux provenant de lésions qui n'avaient pas subi la moindre altération dans le sens de la nécrobiose caséiforme. On se les procure facilement dans le poumon des chevaux injectés et sur la muqueuse bronchique des veaux infectés par ingestion digestive. Mais le plus grand nombre de mes inoculations ont été faites avec de la matière provenant de lésions franchement caséeuses ou en voie régressive.

Je n'ai jamais injecté, au plus, que le contenu d'une seringue à injection hypodermique ordinaire (40 gouttes). Quelques injections ont été faites avec 20 et 10 gouttes seulement du liquide préparé.

Toutes mes inoculations *sans exception* ont donné un résultat positif.

Ce résultat a été la formation, *au lieu de l'inoculation, d'une tumeur* dont mes pièces vous permettront d'apprécier les carac-

tères. Personne, je crois, ne doutera de la nature tuberculeuse de cette tumeur, en entendant *la nature tuberculeuse* dans le sens le plus étroit que donnent à ce terme les anatomo-pathologistes les plus exigeants. Mais je ne veux pas insister sur ce point, parce que j'en suis arrivé, après mes nombreuses études comparatives, à ne plus attacher la même importance à la spécificité des caractères des lésions tuberculeuses. Les granulations tuberculeuses types dont je vous envoie de si beaux échantillons ne trouvent même pas grâce devant moi.

J'aime mieux insister sur les caractères physiologiques, c'est-à-dire sur les conditions dans lesquelles s'accomplit l'évolution de ces tumeurs tuberculeuses que l'on fait pousser artificiellement dans le tissu conjonctif. Rien de plus caractéristique que cette évolution, rien qui ressemble moins à l'évolution des processus inflammatoires purs.

Voici la description type de cette évolution. Pendant 8, 10, 15, 20, même 22 jours, l'inoculation reste absolument sans effet. Aucun travail ne paraît s'effectuer au lieu de l'inoculation. C'est ce qui se constate surtout sur le cheval, quand l'injection a été faite à la face, dont la peau mince et délicate laisse facilement voir ce qui se passe au-dessous. Cette période écoulée, la tumeur commence à apparaître, et s'accroît avec lenteur pendant 2, 3, 4, 6 semaines et même davantage. Puis, vient une période de décroissance pendant laquelle la tumeur se montre souvent noueuse ou lobulée. Arrivée à un certain degré d'affaissement, la tumeur paraît rester stationnaire. J'ai gardé des animaux pendant quatre mois et demi, jamais je ne l'ai vue disparaître complétement. Plus loin je reviendrai sur la signification de cette remarquable évolution. Jamais les processus qui résultent de l'action d'agents inflammatoires purs ne se comportent de la même manière.

Cette évolution ne se manifeste avec cette simplicité que dans le cas où la matière inoculée est *exclusivement* douée de ses propriétés spécifiques. Si elle possède de plus des propriétés phlogogènes communes, un autre type se manifeste dans l'évolution. On observe d'abord l'effet de ces propriétés phlogogènes, effet immédiat et fugitif, qui, après avoir disparu, est suivi de l'évolution du processus tuberculeux. Très-remarquable résultat, bien propre à montrer la différence des deux sortes de processus. Parfois les deux processus se succèdent sans interruption quand l'effet de l'un se prolonge et que le développement de l'autre avance.

Chez le bœuf, l'inoculation du tissu conjonctif sous-cutané a toujours produit dans mes expériences l'infection secondaire des ganglions voisins.

5° *Les inoculations cutanées.* — Ces inoculations sont peu nombreuses, j'en ai fait cinq dans de bonnes conditions. Deux fois j'ai réussi à faire naître des ulcérations, qui ont mis plusieurs semaines à se cicatriser. En prouvant que la surface du derme ne se prête pas beaucoup à l'absorption et au développement de la matière tuberculeuse, ces expériences n'en ont pas moins une certaine signification, au point de vue de la démonstration qui est cherchée ici.

6° *La détermination des principes actifs de la matière inoculée.* — Toute matière virulente comprend une partie liquide inactive et une partie solide *seule active.* Si la matière tuberculeuse est virulente on doit pouvoir la séparer, comme les autres humeurs virulentes, en éléments inactifs, liquides et en éléments actifs, solides. Dans ce but, j'ai soumis à la filtration le liquide tuberculeux préparé comme il a été exposé ci-dessus. Grâce aux précautions particulières que j'ai employées et que je crois inutile de rapporter ici, la filtration m'a donné d'assez bons résultats. J'ai injecté comparativement, sur le même animal, dans le tissu conjonctif sous-cutané, le liquide non filtré et le liquide filtré. Les résultats obtenus par l'inoculation de ce dernier liquide ont été extrêmement significatifs : significatifs *quoique* ou plutôt *parce qu'ils* n'ont pas été absolument négatifs. Il est, en effet, extrêmement difficile de débarrasser la partie liquide des humeurs des corpuscules granuliformes qui y sont en suspension. Si l'on n'inocule qu'une très-petite quantité de cette partie liquide, on a beaucoup de chance de la voir complétement inactive, et c'est ce que j'ai pu constater avec la plus grande netteté pour la matière tuberculeuse ; mais si la quantité de liquide injecté est tant soit peu considérable, quelques éléments solides peuvent s'y trouver mêlés et alors ils provoquent la naissance du processus spécifique local. Vous trouverez dans les pièces que je vous envoie de magnifiques lésions tuberculeuses rudimentaires obtenues dans ces conditions.

7° *La spécificité d'action de la matière tuberculeuse.* — Voilà encore un des points les plus importants de mon travail puisqu'il se rapporte directement à la discussion du litige qu'il s'agit de juger. Toutes les expériences dont il est question précédemment prouvent que la matière tuberculeuse se comporte comme substance virulente. Mais avant de conclure à la virulence de la tuberculose, il faut encore prouver qu'en faisant agir des substances phlogogènes diverses, plus ou moins analogues à la matière tuberculeuse, on ne peut pas créer de toute pièce la tuberculose. J'ai donc répété toutes mes expériences avec du pus caséeux provenant de sources complétement pures de toute contamination tuberculeuse, et je puis dire ici d'une manière générale que toutes les expériences de cette série ont complétement échoué. Inoculations cutanées, inoculations du tissu conjonctif, injections vasculaires, ingestions digestives, tous ces procédés ont été également impuissants à faire naître le processus tuberculeux *sur les animaux des espèces bovine ou chevaline.*

Des résultats contraires ont été annoncés. Comment les interpréter ? Il serait puérile de les nier. Quoique, même en me plaçant dans les conditions des auteurs qui les ont observés je n'aie pu parvenir à reproduire ces résultats d'une manière satisfaisante, je n'en mets pas en doute la parfaite exactitude. S'ils sont exacts, ils ne sauraient néanmoins infirmer en rien les faits avec lesquels ils paraissent en contradiction. Mais il faut les expliquer. C'est ici que j'aurais surtout à faire intervenir mes recherches actuelles, sur la comparaison des processus inflammatoires virulents avec les processus inflammatoires simples. Mais je ne saurais, dans cette lettre, vous mettre au courant de ces recherches nouvelles. Elles vont, du reste, voir le jour très-prochainement. Je me bornerai à vous indiquer une des conclusions qu'on en peut tirer. C'est que le *virus inflammatoire simple* — parlons plus correctement — les *agents phlogogènes non virulents* peuvent, dans certaines conditions et sur certains animaux, provoquer la naissance de processus inflammatoires disséminés et généralisés, ayant, par leurs caractères anatomiques, la plus grande analogie avec les processus multiples de la tuberculose. Encore une fois, ces caractères ne sont pas spécifiques, et je le prouve bien, dans ce cas, par l'expérience suivante. Une fois j'ai obtenu, à la suite d'une injection de quelques gouttes de pus très-irritant sous la peau d'un lapin des nodules de pneumonie caséeuse dans le poumon. J'ai inoculé comparativement la matière extraite de ces nodules et la matière extraite de nodules analogues pris sur un autre lapin, devenu tuberculeux après une inoculation très-authentiquement tuberculeuse. Les deux inoculations comparatives ont été faites dans le tissu conjonctif sous-cutané d'un veau et d'un cheval, avec les précautions usitées pour toutes mes inoculations. La première n'a donné lieu qu'à une tumeur inflammatoire qui a disparu complétement en quelques jours. La seconde a provoqué la naissance d'une tumeur tuberculeuse type qui est demeurée persistante. Les deux matières, malgré leur ressemblance anatomique, avaient donc des qualités physiologiques bien différentes. Je n'ai pu faire cette expérience qu'une fois, car j'ai été très-malheureux dans mes tentatives pour faire, sur le lapin, la prétendue tuberculose artificielle sans levain tuberculeux, et je n'ai pas eu d'autre occasion que celle dont il vient d'être question, d'essayer les propriétés des humeurs fournies par les lésions de cette sorte de pyohémie chronique. Mais mon expérience unique s'accorde

trop bien, par ses résultats, avec l'ensemble de mes autres expériences, pour que je n'en accepte pas, sans aucune hésitation, la signification et les conséquences.

Nous pouvons donc maintenant écarter complétement du débat ces expériences contradictoires. Pour juger de la spécificité d'action de la matière tuberculeuse, c'est en se plaçant rigoureusement dans les conditions de mes propres expériences, particulièrement en ce qui regarde le choix des sujets et le mode de préparation des substances inoculées, qu'il faut répéter, avec le pus caséeux non spécifique, les inoculations faites avec la matière tuberculeuse. Combien en ai-je fait de ces expériences avec le pus? Il me serait difficile de vous le dire avec précision en ce moment; mais je n'en estime pas le nombre à moins de cinquante. Quelques-unes ont porté sur des veaux et des chiens; le plus grand nombre ont eu pour sujets des animaux solipèdes (chevaux, ânes ou mulets). Or, je déclare que, dans ces expériences (inoculations du tissu conjonctif et injections veineuses), le pus des abcès froids en pleine régression, SOIGNEUSEMENT DÉBARRASSÉ DE TOUT LEUCOCYTE ET RÉDUIT COMME LA MATIÈRE TUBERCULEUSE QUI A SERVI A MES INOCULATIONS, A SES CORPUSCULES GRANULIFORMES EN SUSPENSION DANS LE SÉRUM PLUS OU MOINS ADDITIONNÉ D'EAU, n'a jamais eu que des effets négatifs, ou n'a déterminé que des processus inflammatoires très-fugaces. Très-prochainement vous serez édifié sur toutes les précautions qu'il faut prendre pour obtenir, dans une série aussi nombreuse d'expériences, cette unanimité de résultats.

Le tuberculose est donc ramené, sous le rapport de sa production expérimentale, aux mêmes conditions que les autres maladies virulentes, c'est-à-dire que, pour faire naître *à volonté* la maladie, il faut avoir recours à l'intervention de son virus. Mais est-ce à dire que, dans le développement naturel ou spontané de la tuberculose, cette intervention soit toujours nécessaire? C'est la question générale qui se pose pour toutes les maladies virulentes. Elle sera amplement traitée dans mon travail sur la virulence. En attendant, contentez-vous de mon opinion, mon cher Villemin. J'ai déjà eu l'occasion de l'exprimer plusieurs fois. Elle n'est pas favorable à la création de toutes pièces des éléments virulents. Que l'on soumette, en effet, à une critique sévère (ceci ne s'adresse qu'à ceux qui ont l'habitude des procédés rigoureux de la logique scientifique) les faits accumulés par monceaux énormes sur ce sujet. Serait-il possible de tirer de cette étude une preuve certaine pour ou contre cette hypothèse? Non. Tous sont insuffisants. Il ne s'en dégage que des probabilités, et pour moi, ces probabilités sont plutôt en faveur de l'opinion qui admet, dans le développement de toutes les maladies virulentes que nous voyons se développer sous nos yeux, l'intervention nécessaire d'un germe spécifique. Mais on ne bâtit pas la science avec des probabilités. Elles servent de point de départ pour les recherches plus précises destinées à fournir les faits certains propres à servir de démonstrations directes, et voilà tout. Souvent même, il arrive que les preuves rigoureuses ainsi obtenues se retournent complétement contre l'idée instigatrice qui a poussé à les chercher. Voilà pourquoi les probabilités ne doivent jamais peser d'un grand poids dans les jugements scientifiques. Je ne tiens guère plus de compte de celles auxquelles je suis favorable que des autres, parce qu'en partant de celles-ci ou de celles-là, on peut arriver également aux faits démonstratifs, à la vérité scientifique. En ce qui concerne la présente question, c'est avec la plus scrupuleuse conscience que depuis plusieurs années je cherche à produire, sans virus, des maladies virulentes. Il ne m'est pas démontré que je ne puisse réussir à trouver les conditions qui me permettront de créer de toutes pièces tel virus et telle maladie virulente. Mais, en attendant, je suis forcé d'avouer que l'étiologie des maladies virulentes ne peut guère se faire aujourd'hui sans faire intervenir la contagion d'une manière plus ou moins directe.

Vous voilà à peu près complétement édifié, mon cher ami, sur l'ensemble de mes expériences (je crois devoir passer complétement sous silence tout ce qui a trait dans mon travail aux applications). Faites de cette note l'usage que vous voudrez et croyez-moi votre bien dévoué,

A. Chauveau.

Lyon, 9 mars 1872.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 25 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Conservation des vins. — Une discussion s'établit entre MM. *de Vergnette-Lamotte*, *Pasteur* et *Thenard* sur la question de priorité.

Choléra. — M. *Bachelder* adresse une note relative au traitement du choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Sur l'existence de la matière minérale dans les plantes. — M. *A. Baudrimont*, en réponse à cette assertion émise par M. Sace, dans un travail récent, que : « il n'y a pas de rapport chimique entre la matière organique des plantes et leurs cendres », adresse une note dont voici les conclusions :

« 1° Il y a de la matière minérale dans toutes les plantes, même dans celles qui paraîtraient n'en pas devoir contenir d'après les circonstances dans lesquelles elles croissent et vivent.

» 2° La matière minérale contenue dans un végétal doit s'y trouver au moins dans des conditions distinctes : 1° simplement dissoute dans le suc végétal, soit comme n'ayant point encore pu être utilisée, soit comme inassimilable, ou comme produit de déjection; 2° unie ou fixée avec la matière organique.

» 3° Ce dernier mode d'union *a lieu en proportions variables*, depuis la quantité la plus minime, celle qui est indispensable à la production de la matière organique, jusqu'à une limite où l'action réciproque des parties devient nulle; la variabilité des proportions relatives de la matière organique et de la matière minérale indique qu'elles ne sont point unies entre elles comme les éléments des composés fondamentaux de la chimie le sont entre eux.

» 4° *Au lieu d'une combinaison intime, en proportions définies* ENTRE LES ÉLÉMENTS DES MOLÉCULES, *ainsi que cela est et demeure indubitable pour l'acide chlorhydrique, l'eau, l'ammoniaque, l'acide carbonique, etc., etc., il n'y a qu'une simple réunion adhésive avec conservation de la structure fondamentale des produits organiques.* »

Sur le Gonolobus Cundurango. Note de M. *Triana*. — L'auteur, après avoir rappelé les essais récents et infructueux sur l'emploi thérapeutique du Cundurango, ajoute : « Pour que ces résultats pussent être considérés comme ôtant toute valeur à ceux qu'on a obtenus en Amérique dans des expériences dirigées par des médecins éclairés, il faudrait être certain que dans les deux pays les expériences ont été faites dans les mêmes conditions. Est-on en mesure d'affirmer que la plante, en se desséchant, ne perd pas beaucoup de son activité? Le mode d'administration a-t-il été exactement le même en Europe qu'en Amérique? Enfin ne serait-il pas possible que, dans les envois de Cundurango, on eût confondu diverses espèces de Gonolobées? »

Propriétés de la moelle des os. — L'auteur se propose d'établir, par des expériences nouvelles, que par l'intermédiaire du tissu médullaire des os on peut introduire à volonté toute espèce de substance liquide ou en suspension moléculaire dans le système veineux.

« *Première série d'expériences.* — Les substances septiques et les alcaloïdes toxiques, injectés dans le tissu spongieux des os sur le vivant, sont absorbés et agissent aussi vite que si on les introduisait directement dans les veines.

» *Deuxième série d'expériences.* — Le pus, le lait et les poussières fines, de quelque nature qu'elles soient, organiques ou autres, passent dans le sang et les organes splanchniques aussi facilement que si on les injectait directement dans le système veineux. »

L'examen anatomique et l'étude histologique des pièces démontrent, suivant l'auteur, que les lacunes osseuses du tissu spongieux des extrémités articulaires des os longs et de la substance intertabulaire des os plats sont en connexion directe avec le système veineux, et que le tissu spongieux pourrait être considéré comme un tissu de sinus caverneux à parois solides.

L'auteur fournit à l'appui de sa thèse huit dessins représentant le résultat de ses expériences.

Génération spontanée. Note de MM. *Legros* et *Onimus*. — Voici le résumé des expériences récemment faites par les auteurs :

« Nous enlevons une portion de la coque d'un œuf, près de la chambre à air, en laissant complétement intacte la membrane enveloppante, dite *membrane de la coque*, et nous plongeons cette partie de l'œuf dans de l'eau très-fortement sucrée. Au bout de quelques heures, le mouvement d'endosmose a fait pénétrer dans l'œuf du sucre, comme cela est facile à constater par les réactifs ordinaires. Cet œuf est ensuite plongé dans de l'eau sucrée en fermentation, à une température de 35 à 37 degrés. Au bout de deux à trois jours, mais surtout après sept ou huit jours, on constate au microscope la présence, dans le blanc d'œuf, des spores de la fermentation sucrée.

» L'air extérieur n'a pu pénétrer dans l'intérieur de l'œuf, et il est de toute évidence qu'il n'y avait primitivement aucun germe ni dans le blanc ni dans le jaune de l'œuf. Il faut donc que ces spores se soient formées spontanément, ou qu'elles aient pénétré à travers la membrane. Or cette membrane est partout continue, et elle ne renferme normalement aucune ouverture. D'ailleurs, dans les œufs préparés identiquement et maintenus dans la levûre de bière, mais sans présence de sucre, on ne trouve pas de spores. De plus, en maintenant dans un tube fermé par cette membrane de la levûre de bière fraîche, on ne trouve pas à l'extérieur de cette membrane, ni dans l'eau distillée dans laquelle plonge le tube, les spores de la levûre de bière. La membrane n'est donc pas traversée par ces éléments.

» D'un autre côté, dès qu'il y a la plus légère ouverture, on s'en aperçoit immédiatement, car il y a une forte pression intérieure par suite de l'endosmose, et cette pression détermine aussitôt la sortie de gouttelettes albumineuses, qui apparaissent à la face externe de la membrane toutes les fois où elle a été accidentellement ou expérimentalement piquée.

» Le mouvement considérable d'endosmose qui se produit fait gonfler l'œuf, et, dans beaucoup de cas, fait rompre la membrane; on ne réussit à conserver la membrane intacte que dans un nombre de cas très-limités. On peut obvier à ces inconvénients en solidifiant la membrane par une légère cuisson, ou en faisant une contre-ouverture à l'autre bout de l'œuf, dans laquelle on scelle un tube de verre, rempli de coton à sa partie supérieure.

» Il n'est point nécessaire de laisser la membrane constamment en contact avec de l'eau sucrée en fermentation, mais il faut quelques jours pour que les spores se trouvent en assez grande quantité dans l'intérieur de l'œuf. Voici les conditions qui nous ont paru les plus favorables : douze à quinze heures de contact avec l'eau fortement sucrée, un même nombre d'heures avec l'eau sucrée en fermentation, puis laisser l'œuf uniquement à la température moyenne du laboratoire pendant quelques jours, en le remettant une ou deux fois pendant quelques instants en contact avec de l'eau sucrée en fermentation. »

Putréfaction cadavérique chez les sujets alcoolisés. — M. *Champouillon* conclut d'observations faites récemment sur les champs de bataille autour de la capitale, que l'ivrognerie crée dans l'organisme une sorte d'adynamie morbide, analogue à l'adynamie des fièvres putrides, et capable de favoriser la rapidité d'action des causes de décomposition *post mortem ;* que la putréfaction cadavérique, chez les sujets alcoolisés, prend et conserve une avance marquée sur le début de la putréfaction cadavérique chez les individus relativement sobres. Il pense qu'il serait peut-être prématuré de vouloir fixer dès à présent les limites de cette avance, que des recherches ultérieures permettront de déterminer un jour avec plus de précision.

M. *Larrey* ajoute que la note de M. Champouillon lui a paru mériter l'attention de l'Académie, eu égard à diverses communications reçues par elle pendant ou après le siége de Paris, et surtout à l'occasion de la lecture faite, dans la dernière séance, par M. le secrétaire perpétuel, d'une lettre de M. le président de l'Académie de médecine sur l'établissement d'une *Association française contre l'abus des boissons alcooliques.*

Académie de médecine.

SÉANCE DU 2 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

L'Académie reçoit : *a.* Les statuts et le programme de la quatrième session du Congrès médical de France, qui se tiendra à Lyon le 18 septembre 1872. — *b.* Une note de M. le docteur *O. Larcher*, sur les affections de la protubérance annulaire dans leurs rapports avec les désordres des facultés intellectuelles. — *c.* Une lettre de M. *Leblanc*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine vétérinaire. — *d.* Un rapport supplémentaire de M. le docteur *Legalcher-Baron* sur une épidémie de variole qui a régné, en 1870 et 1871, dans le canton de Saint-Pierre-Église (Manche). (*Commission des épidémies.*) — *e.* Une note de M. le docteur *Arsène Drouet* sur les signes de la mort réelle. (*Commission du prix d'Ourches.*) — *f.* Des lettres de remercîments de MM. les docteurs *Bertin*, *Robert*, *Aribaut*, *Leduc*, *Berchon*, *Lemonnier*, lauréats des derniers concours. — *g.* Un pli cacheté, adressé par M. *Blaquart*, pharmacien à Melun. (*Accepté.*)

M. *Daremberg* présente un volume intitulé : Nouveaux éléments de pathologie générale, par M. le docteur *Ernest Wagner*.

M. *Blot* présente un volume intitulé : Méthode des tractions soutenues; le forceps considéré comme agent de préhension et de traction, par le docteur *Chassagny* (de Lyon).

M. *Larrey* présente un ouvrage intitulé : Histoire médicale du blocus de Metz, par M. le docteur *Grellois*.

M. *Jules Guérin* dépose sur le bureau le 1er fascicule (4e année) du Bulletin de l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

M. *Richet* présente un exemplaire de l'article *Région fessière*, par M. le docteur *Maurice Laugier*, extrait du Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie un instrument construit par M. *Mathieu*, sur les indications de M. le docteur *Félix Roubaud*, et destiné à pratiquer la fécondation artificielle chez la femme.

M. le *Secrétaire annuel* donne lecture de l'ampliation d'un décret, en date du 27 mars, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur *Dolbeau*, comme membre titulaire de la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. *Oudet*, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *Dolbeau* prend place parmi ses collègues.

M. le *Président* annonce la mort de M. le docteur *Folch*, membre correspondant étranger.

M. le docteur *Lecadre* (du Havre) et M. le docteur *Chauveau* (de Lyon) assistent à la séance.

Sur la proposition de M. *Hardy*, appuyée par M. *Boudet*, l'Académie décide que la discussion sur le rapport de M. *Vernois*, concernant le programme d'un cours d'hygiène dans les lycées, sera ouverte dans la prochaine séance.

Ligue contre l'abus des boissons alcooliques. — En réponse à la revendication faite par M. *Jules Guérin*, dans la dernière séance, M. *Barth* lit une note dans laquelle il déclare que, lors des premières réunions de l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques, la commission d'organisation ignorait absolument que l'Association contre l'abus du tabac eût l'intention d'étendre son action aux boissons alcooliques.

Répression de l'ivresse. — M. le docteur *Théophile Roussel* est, comme on le sait, député à l'Assemblée nationale. Nous devons ajouter, à sa louange, qu'il travaille à tirer le meilleur et le plus honnête parti de l'alliance du diplôme et du mandat; qu'il honore à la Chambre notre profession par son savoir, son patriotisme et son dévouement aux intérêts moraux et sanitaires du pays; en un mot, qu'il remplit de son mieux sa mission et ses devoirs de médecin-législateur. Très-versé dans les questions d'hygiène, M. Roussel s'efforce, toutes les fois que l'occasion s'en présente, de faire pénétrer dans les lois la salutaire influence de ses connaissances spéciales. On a vu avec quel zèle, quelle ardeur et quelle conviction il s'est fait, dans une discussion récente, le promoteur et l'avocat des mesures propres à arrêter les progrès de l'alcoolisme. Malheureusement, son talent et ses efforts sont venus se briser, en partie, contre cette inflexible raison d'État qui se nomme le budget.

Dans un mémoire, ayant pour titre « De l'impôt des boissons et en particulier des lois du 1er septembre 1871, et du 26 mars 1872, dans leurs rapports avec l'hygiène publique », l'honorable médecin-député expose à l'Académie les luttes qu'il a soutenues et les assauts qu'il a livrés au sein de l'Assemblée, en vue d'obtenir une prophylaxie efficace de l'ivresse. Le 26 août dernier, il avait présenté un amendement tendant à abaisser de 25 litres à 10 litres le *droit de détail*, c'est-à-dire la limite inférieure de la vente en gros des vins, cidres et poirés; et, afin de compenser le déficit résultant de cette diminution, il proposait une surtaxe considérable sur l'alcool. Cet amendement avait pour but et aurait eu probablement pour effet de restreindre la consommation des liqueurs fermentées, d'imposer une barrière à l'industrie ruineuse et malsaine des cabarets, de diminuer le nombre des « canons » bus sur le comptoir des débitants, de faire revivre l'achat du vin « à pot renversé », de remettre en faveur les petits vins et de ramener les ouvriers aux habitudes de la consommation du vin naturel dans la vie domestique.

Mais de si bonnes raisons n'ont pu prévaloir contre l'irrésistible puissance de ces deux mots : « les besoins du fisc! » *Le fisc a des rigueurs à nulle autre pareilles...* Et M. Roussel de s'écrier avec un accent de douleur patriotique : « C'est ainsi que les exigences budgétaires, toujours croissantes par suite du développement monstrueux des dépenses publiques, ont inspiré à d'habiles financiers, et fait accepter dans la législation des mesures subversives de nos plus grands intérêts sociaux; ainsi, la loi a concouru elle-même à la propagation de l'ivrognerie alcoolique... » Et plus loin, comme pour se consoler de la défaite de ses principes, M. Roussel ajoute : « La force des arguments n'a eu qu'une faible part au nouveau triomphe du fisc sur l'hygiène. C'est un antagonisme fatal des intérêts financiers et des droits de la morale et de la santé publique qui a dominé les débats; et c'est la prépondérance des premiers sur les seconds qui a décidé la victoire. » Qu'un pays est à plaindre lorsque ses législateurs sont ainsi forcés de sacrifier les intérêts si élevés de la morale et de la santé publique à des préoccupations budgétaires!

Les mêmes exigences fiscales ont empêché d'obtenir une application aux vins d'un tarif proportionnel à la force alcoolique. La seule satisfaction donnée par la loi du 1er septembre à l'hygiène est l'abaissement de la limite du vinage, qui a été portée de 18 pour 100 à 15 pour 100 d'alcool.

Quant à la loi du 26 mars dernier, concernant les fabriques de liqueurs et la perception des droits sur les spiritueux, elle constitue un progrès sous le rapport hygiénique : elle marque le premier pas décidé des pouvoirs publics dans la voie des mesures préventives contre les abus des boissons alcooliques. En frappant les liqueurs de table proportionnellement à la quantité d'alcool qu'elles renferment, cette loi reconnaît, en effet, et consacre le principe des taxes proportionnelles à la richesse alcoolique des boissons, principe proclamé et développé par M. Théophile Roussel et qui, suivant lui, devait être la base du système entier de l'impôt des boissons.

Une autre concession, arrachée à l'Assemblée par l'insistance de l'honorable député, et dont l'hygiène doit s'applaudir, c'est que la liqueur d'absinthe, considérée désormais comme alcool pur, sera soumise aux mêmes droits; tandis que l'essence d'absinthe sera fabriquée et vendue à titre de substance médicamenteuse dans les officines des pharmaciens, et conformément aux prescriptions de l'ordonnance royale du 29 octobre 1846. M. Roussel reviendra sur cette question dans une communication ultérieure.

En terminant, il annonce à l'Académie son intention formelle d'entreprendre une nouvelle campagne légale contre l'alcoolisme, quand reparaîtra la discussion de l'impôt des boissons dans le budget de 1873. Mais il demande à la savante compagnie d'encourager et de soutenir ses efforts, en examinant les propositions développées dans son mémoire, et en leur donnant, s'il y a lieu, la force et l'autorité d'une sanction scientifique.

L'Académie, nous en sommes certain, s'associera à la défense d'une si bonne cause, et ne négligera rien pour en préparer le triomphe devant l'Assemblée nationale. Elle ne compte pas, il est vrai, de représentant à Versailles; mais il ne tient qu'à elle de trouver dans M. Roussel un intermédiaire habile et un interprète éloquent auprès du pouvoir législatif. M. Roussel possède toutes les qualités requises pour servir de trait d'union entre l'Académie et l'Assemblée. Il a déjà prouvé qu'il était tout disposé à remplir de bonne grâce ce rôle éminemment utile aux intérêts réciproques de l'hygiène et du pays.

Des greffes cutanées, et de la méthode sous-périostée. — La chirurgie de province, très-dignement représentée par MM. les professeurs *Ollier* (de Lyon) et *Houzé de l'Aulnoit* (de Lille), a eu, en grande partie, les honneurs de la séance : et c'était justice, eu égard aux communications très-intéressantes de ces deux habiles et savants chirurgiens.

Tout le monde connaît les progrès réalisés par les belles et persévérantes recherches de M. Ollier dans la réparation autoplastique des tissus. Le digne successeur de J.-L. Petit, de Gensoul et de Bonnet, est venu entretenir directement l'Académie du résultat de ses précieuses découvertes, et exposer à ses yeux une démonstration irrécusable des bienfaits de la physiologie expérimentale appliquée à la chirurgie réparatrice.

Les faits relatifs à la greffe cutanée sont déjà connus de nos lecteurs. M. Ollier a reproduit sur ce sujet la note qu'il avait communiquée à l'Académie des sciences dans la séance du 18 mars, et qui a été publiée dans le dernier numéro de ce journal (p. 201). Seulement, comme cette fois il s'adressait à un auditoire plus spécialement médical, il a cru devoir, avec raison, insister d'une manière toute particulière sur les applications chirurgicales et sur les détails pratiques du procédé opératoire.

M. Ollier fait jouer au tissu conjonctif du derme le principal rôle dans les greffes de la peau, et pour montrer que le tissu conjonctif est apte à se greffer, il cite une greffe périostique qu'il a pratiquée il y a vingt jours, à la surface d'un ulcère en voie de réparation, en étalant sur la couche granuleuse un lambeau de périoste de 6 centimètres carrés détaché d'une jambe qu'il venait d'amputer; la greffe a parfaitement pris.

M. Ollier n'a pu étudier les modifications tardives de ces greffes dermo-épidermiques que sur des lambeaux ne comprenant qu'une partie du derme, comme il l'a pratiqué depuis deux ans. Mais ses expériences sur les larges greffes comprenant toute l'épaisseur de la peau sont encore trop récentes pour qu'il puisse décrire leurs modifications définitives.

Il a appliqué la greffe dermo-épidermique pour empêcher le recollement des doigts après une opération de syndactylie à la suite de brûlure étendue de la main. Il les a aussi appliquées à la guérison de cicatrices anciennes en interrompant, au moyen du tissu transplanté, la continuité du tissu inodulaire.

Mais les résultats lui paraissent devoir être plus complets et

plus persistants par la transplantation de la totalité du derme comme il la pratique aujourd'hui.

Quand on se propose de s'opposer à la rétraction cicatricielle par la greffe cutanée, il ne faut pas se contenter d'appliquer le lambeau sur la cicatrice excoriée ou avivée; il faut enlever le tissu inodulaire et greffer ensuite le derme sur le tissu sain sous-jacent, une fois la couche granuleuse formée.

On ne doit pas recouvrir le tissu inodulaire, on doit le remplacer.

Pour se procurer des greffes cutanées, M. Ollier les prend, soit sur le sujet lui-même, soit sur des membres amputés pour des accidents traumatiques, chez des hommes sains d'ailleurs. Lorsqu'on les prend sur le sujet lui-même, on peut rendre la partie insensible au moyen d'un mélange réfrigérant. Malgré cette congélation, les lambeaux conservent leur vitalité, comme les lambeaux de périoste sur lesquels M. Ollier a expérimenté autrefois.

Pour assurer le succès des greffes, il faut immobiliser la région dans un bandage silicaté. L'immobilité absolue et permanente est une condition de succès pendant toute la période nécessaire au travail adhésif.

Des planches coloriées sont mises sous les yeux de l'Académie pour montrer les proportions des greffes et les modifications qu'elles apportent à l'aspect de la cicatrice.

La seconde communication de M. Ollier est relative à la résection scapulo-humérale par la méthode sous-périostée. — Ce n'est plus aujourd'hui par des théories ou par des expériences sur les animaux que M. Ollier vient démontrer les avantages des résections sous-périostées, c'est par des faits cliniques, déjà assez nombreux pour juger la méthode.

Sans entrer dans la théorie générale des résections sous-périostées qu'il a longuement exposée dans son *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, il engage les chirurgiens qui n'acceptent pas ses idées à faire les expériences suivantes, l'une sur les cadavres, l'autre sur les animaux vivants.

Si l'on pratique, par exemple, sur les cadavres deux résections de l'épaule, l'une par la méthode nouvelle, l'autre par le meilleur des procédés anciens, on verra immédiatement, par le simple examen de la région opérée, un des principaux avantages des résections sous-périostées. On comprendra leur innocuité plus grande par la limitation du traumatisme et par l'intégrité de tous les organes voisins.

Si, d'autre part, on pratique deux résections de la même articulation, l'une par la méthode ancienne, l'autre par la méthode nouvelle, sur deux animaux du même âge et de même espèce, on voit d'une manière aussi évidente les avantages des résections sous-périostées au point de vue de la régénération osseuse et de la reconstitution de l'articulation. Au bout de quelques mois, on reconnaît que la résection sous-périostée a permis de faire reconstituer une véritable articulation, tandis qu'après la résection ordinaire le membre reste flottant et sans articulation régulière.

M. Ollier insiste ensuite sur les observations cliniques, au nombre de sept, et dont il fait apprécier les résultats par de nombreuses photographies qu'il met sous les yeux de l'Académie.

Sur ses sept observations de résection scapulo-humérale, six ont été pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, une fois dans sa clientèle privée. Les sept malades ont guéri, et cette circonstance vient démontrer la légitimité de l'induction tirée plus haut, relativement à l'innocuité plus grande des résections sous-périostées, d'après l'examen de l'opération pratiquée sur le cadavre.

Les photographies permettent d'apprécier les résultats, soit au point de vue de la forme du moignon de l'épaule et de la longueur du membre, soit au point de vue de l'écartement du bras du tronc.

Le moignon reprend sa forme et sa saillie, et le deltoïde, grâce à la conservation de ses attaches et du nerf qui l'anime, recouvre des contractions énergiques.

Relativement à la régénération de l'os, elle est subordonnée aux conditions d'âge que M. Ollier a précisées expérimentalement dans ses études générales sur la régénération osseuse.

Chez l'adulte, on ne doit pas compter sur une régénération de la longueur de l'os; mais, qu'il y ait régénération ou non, l'articulation ne s'en reconstituera pas moins sur son type primitif, si l'on a conservé l'intégrité de la gaîne périostéo-capsulaire, qui constitue en réalité le principe fondamental de la méthode.

Pour faire une résection sous-périostée d'après la méthode de l'auteur, c'est-à-dire pour faire une résection qui donne tous les avantages qu'il indique, il ne suffit pas de gratter l'os plus ou moins régulièrement et de conserver par-ci par-là quelques lambeaux du périoste adhérents aux membres, il faut suivre exactement les règles opératoires, dont la plus importante est la conservation intégrale du canal périostéo-capsulaire.

Le traitement consécutif, après cette opération, est de la plus grande importance. Autrefois, M. Ollier se servait de gouttières; aujourd'hui il applique, immédiatement après l'opération, un bandage silicaté bien garni d'ouate, qu'il renouvelle de temps à autre dans le cours du traitement.

Les gouttières immobilisent le membre d'une manière très-imparfaite; elles sont difficiles à adapter exactement et sont toujours incommodes pour le malade quand il veut changer de position. Le bandage silicaté, moulé sur le membre et sur l'épaule, peut seul réellement immobiliser l'articulation scapulo-humérale. On pratique des fenêtres en avant et en arrière pour les divers pansements.

M. Ollier n'a appliqué qu'une seule fois, durant la dernière guerre, la résection sous-périostée à l'articulation de l'épaule. Son opéré est mort de diarrhée une dizaine de jours après. Mais, malgré cet insuccès, l'auteur croit la nouvelle méthode tout aussi avantageuse dans la chirurgie d'armée que dans les résections pratiquées pour des suppurations articulaires chroniques. Les succès qu'il a obtenus à la même époque par les résections du coude dans les plaies par armes à feu de cette articulation, lui ont montré qu'en principe les avantages étaient les mêmes, quelle que fût la cause de la résection. Soit au point de vue de la simplicité des suites, soit au point de vue de la reconstitution ultérieure de l'articulation, on doit toujours employer la méthode sous-périostée dès que la résection est indiquée. Tous les procédés anciens sont essentiellement défectueux; ils étaient acceptables avant la découverte de l'anesthésie, alors qu'il fallait aller rapidement pour ménager les souffrances du malade, mais aujourd'hui on n'a aucune raison de les maintenir dans la pratique; on doit les mettre au rang des opérations surannées (1).

AMPUTATION PAR LA PÉRIOSTÉOTOMIE. — M. *Houzé de l'Aulnoit*, à l'appui de la note qu'il a lue à l'Académie de médecine, le 30 janvier dernier, fait la relation de deux nouveaux cas d'amputation par la périostéotomie, et dépose sur le bureau une pièce en cire moulée sur nature, par M. Talrich, sur laquelle on peut apprécier la forme, l'étendue et les rapports de la lamelle de périoste destinée à recouvrir la rondelle osseuse.

On ne peut douter, d'après cette pièce, de la vitalité de la lamelle périostique qui est adhérente, dans toute l'étendue de sa face superficielle, aux couches musculaires, ni de la possibilité de sectionner exactement l'os au niveau de la base d'insertion de cette lamelle à la diaphyse.

Le procédé adopté par l'auteur sur cette belle préparation, qui représente une coupe d'une amputation de cuisse sur un adulte, consiste en un large lambeau formé aux dépens des trois quarts antérieurs du membre, alors qu'en arrière la peau est divisée dans les points correspondants à l'os sectionné.

(1) Voyez au *Bulletin de l'Académie* du 7 avril la communication *in extenso* de M. Ollier.

Un point capital sur lequel insiste d'une manière toute spéciale M. Houzé de l'Aulnoit, c'est la nécessité d'immobiliser, non-seulement les tissus divisés sur l'extrémité de l'os, mais également l'articulation située au-dessus, afin d'obtenir pour les surfaces sectionnées une adhésion aussi complète que si l'on avait affaire à une fracture.

A cet effet, il a appliqué pendant toute la durée du traitement des bandelettes de diachylon autour du moignon, et s'est servi d'une gouttière qu'il a désignée du nom de gouttière bouclée du pli de l'aine, composée de deux valves, l'une verticale s'appliquant sur la face antérieure de la cuisse, et l'autre horizontale placée au-dessus de l'arcade crurale.

Les deux valves étaient soudées ensemble sous un angle de 105 degrés. Des lanières de fils de caoutchouc, cousues sur les bords et terminées à leurs extrémités libres par des boucles, permettaient de serrer la gouttière autour de la cuisse et de l'abdomen, tout en maintenant le membre demi-fléchi et dans une complète immobilité.

Ce mode d'immobilisation a eu de plus pour conséquence d'éviter une pression douloureuse du lit sur la plaie.

Cette gouttière, faite d'après un moule de gutta-percha, lui paraît préférable aux appareils silicatés, attendu qu'elle permet de surveiller la marche de la cicatrisation, de faire, après les quatre ou cinq premiers jours, un nouveau pansement et de le renouveler ensuite tous les matins, pour éviter le séjour inutile des fils à ligatures ou à sutures au sein des parties molles. Quant aux bandelettes de diachylon, on peut, s'il n'y a pas de complications, les laisser quelques jours en place.

Lors de la lecture de sa note à l'Académie sur la périostéotomie appliquée aux amputations, notre confrère ignorait que ce procédé eût été appliqué avant lui. Il déclare qu'il a appris avec une certaine satisfaction qu'il avait été essayé en 1859 par MM. Ollier, Verneuil et Heyfelder. Depuis, les chirurgiens y avaient renoncé. M. Heyfelder insiste pourtant sur la marche rapide de la cicatrisation, et M. Ollier assure qu'il a pour lui la sanction expérimentale. Pour M. Houzé, s'il a été délaissé, il faut en accuser le mode de pansement, qui a toujours été celui des amputations ordinaires, et non, comme il le propose et comme il l'a adopté chez ses opérés, celui des fractures.

Il eût été, en effet, difficile d'obtenir une cohésion du périoste à l'os en ne luttant pas par un appareil inamovible contre la rétraction musculaire et contre le glissement fréquemment répété qui doit en être la conséquence. Si l'on n'assure pas pendant toute la durée du traitement cette immobilisation du lambeau et du membre, mieux vaut renoncer à la périostéotomie et recourir au procédé classique.

M. *Magne* et M. *Marotte* sont adjoints, l'un à la commission des épidémies, l'autre à la commission des remèdes secrets et nouveaux.

A. Linas.

REVUE DES JOURNAUX.

Action du sulfate de quinine sur les corpuscules blancs du sang, par Kerner.

Depuis que Binz a montré la propriété singulière que possède la quinine par rapport aux globules blancs du sang d'arrêter les mouvements amiboïdes de ces éléments, Stricker avait élevé des doutes sur la valeur des expériences de Binz, alléguant que la quinine avait été employée à l'état de solution acide, et que l'arrêt des mouvements était dû à l'acide contenu dans le sel de quinine employé. Le sujet a été de nouveau traité par Kerner, qui a été amené à ces recherches par les observations de Mosler sur le traitement de quelques cas de leucémie par la quinine. Kerner remarque qu'il est possible d'obtenir un sel neutre de quinine, et dans ses expériences il a employé le chlorure et le carbonate. Enlevant de petites quantités de sang à des chats et des chiens, il les mélangeait avec une solution au 10° de ces sels, dans la proportion de 1 partie de la solution pour 4000 parties du sang; il examinait au microscope les résultats obtenus sur un porte-objet maintenu à la chaleur du sang. Les résultats furent remarquables. Les corpuscules blancs devenaient arrondis, présentant des granulations foncées, et les mouvements s'arrêtaient promptement et complétement. Il devenait alors intéressant de comparer ces phénomènes avec ceux que produisaient d'autres sels neutres, et, poursuivant ses investigations, Kerner trouva que la salicine, la caféine, l'atropine et l'arséniate de potasse n'ont pas d'influence notable ou ne possèdent qu'une influence très-minime. Il semble donc démontré que la quinine exerce une action remarquable sur les corpuscules blancs du sang, action indépendante des propriétés antiseptiques. (*The Lancet*, 20 janvier 1872, et *Pflugers Archiv*, 1871.)

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

Du spina bifida cranien, par le docteur Leriche. — A. Delahaye. Paris, 1871.

Cette thèse est basée sur l'étude de six cas de hernies congénitales du cerveau et de ses enveloppes, observés à la Charité de Lyon. L'auteur adopte pour divisions trois formes principales de hernies congénitales crâniennes dont il cite des exemples pour chacun : ce sont : 1° les hernies des méninges distendues par un contenu liquide (hydroméningocèle); 2° la hernie aqueuse des méninges compliquée d'issue du cerveau, encéphalo-hydroméningocèle ; 3° la hernie du cerveau distendu par une hydropisie ventriculaire (hydrencéphalocèle de Spring). L'auteur discute ces théories proposées pour expliquer la production du spina bifida, et adopte une théorie appuyée par des considérations nouvelles sur le développement du crâne et du cerveau.

Pronostic et traitement des fractures de jambe compliquées de plaie, par le docteur E. Demeules. — A. Delahaye. Paris, 1871.

L'auteur, témoin pendant la guerre de trois faits remarquables de conservation du membre dans des fractures compliquées de la jambe, a recueilli un assez grand nombre d'observations qui plaident en faveur de la conservation.

VARIÉTÉS.

L'Institut anatomo-pathologique de Leipzig.

Dans notre récent article relatif au nouvel hôpital-baraque de Leipzig, nous avons dit qu'il s'y trouvait annexé un de ces établissements spéciaux et complets, consacrés à l'enseignement et aux recherches de l'anatomie pathologique, et qui, depuis une quinzaine d'années, constituent une partie intégrante des écoles de médecine d'Allemagne. Revenir aujourd'hui à ce sujet et entrer dans quelques détails, nous semble d'autant plus opportun que, sous plus d'un rapport, ils pourront fournir des données instructives pour le moment où l'on mettra enfin la main à l'œuvre de la réorganisation, si vivement réclamée, de notre Faculté de Paris, ou bien encore à la création d'un enseignement libre de la médecine.

Les débuts de l'Institut de Leipzig furent modestes. Il y a dix ans à peine, les collections d'anatomie normale et d'anatomie pathologique, qui existaient dans cette ville, étaient presque exclusivement dues aux efforts et aux sacrifices personnels des professeurs, tels que Ludwig, Hassé, Wagner, et elles étaient dispersées dans des locaux plus exigus les uns que les autres. Ce ne fut qu'en 1863 qu'on accorda au titulaire actuel de la chaire d'anatomie pathologique, M. Wagner, un aide, et six ans plus tard un second. L'enseignement de la chimie physiologique n'était pas traité avec moins de parcimonie. Lehmann, dont les travaux sont bien connus en France, pourvut pendant longtemps de ses propres deniers

aux frais de son laboratoire, et finalement le gouvernement lui accorda une subvention annuelle de 500 francs !

Aujourd'hui, cet état de choses est radicalement changé; la Saxe a envisagé avec intelligence et résolution la situation nouvelle que lui faisait l'amoindrissement de son importance politique, auquel les événements des dernières années la condamnaient, et elle a cherché une compensation du meilleur aloi, aussi féconde pour elle que pour les intérêts supérieurs de la science et de l'humanité, dans l'organisation perfectionnée de ses établissements d'instruction publique. C'est ainsi que ce petit royaume, dont la population ne dépasse pas de beaucoup celle de deux départements français, a fait, entre autres, de si grandes dépenses pour doter la Faculté de médecine de son Université de Leipzig, que celle-ci attire les élèves de toutes parts : elle est aujourd'hui la plus fréquentée des Facultés d'Allemagne.

L'institut dont nous nous occupons ici est un bâtiment imposant, ayant une largeur de 47 mètres sur 21 mètres de profondeur; dans le but de prévenir toute transmission d'émanations infectieuses, il est séparé de l'hôpital par une vaste cour et un jardin, et se trouve placé entre l'établissement nosocomial et le cimetière que nous avons signalé dans notre premier article.

Au centre du rez-de-chaussée, à la façade sud, est situé le grand amphithéâtre de dissection; il est sur trois côtés percé de fenêtres, et c'est au moyen d'un système de treuils que les cadavres y sont transportés d'une galerie située dans le sous-sol. Dans l'amphithéâtre sont placées deux grandes tables de marbre, munies de tuyaux pour l'écoulement des eaux, et le sol est dallé pour faciliter de fréquents lavages. A côté se trouve un petit laboratoire avec un appareil à vapeur, une pièce pour vêtir les morts, une salle d'attente pour les familles des défunts, et une petite chapelle d'où les convois se rendent directement au cimetière situé près de là.

A gauche de la salle de dissection se trouvent plusieurs petits locaux destinés aux recherches d'anatomie pathologique, pendant que sur la façade de la rue donnent deux vastes salles recevant chacune le jour par trois fenêtres, et consacrées aux travaux de microscopie; les étudiants y trouvent toutes les facilités nécessaires, soit pour s'exercer, soit pour se livrer à des travaux personnels; là est aussi le cabinet du professeur.

Dans la partie est de l'établissement est placé un petit laboratoire de chimie pathologique, ainsi qu'un amphithéâtre destiné à une trentaine d'auditeurs. — Au premier étage, immédiatement au-dessus de la salle de dissection, est le grand amphithéâtre avec soixante places. Tout le reste de cet étage est occupé par les collections qui renferment actuellement deux mille pièces d'ostéologie et six mille préparations conservées dans l'alcool.

Le sous-sol renferme, en outre des locaux déjà signalés, une salle pour l'observation des individus dont la mort semble pouvoir n'être qu'apparente; des magasins, une chaudière à vapeur et un grand appareil distillatoire pour la dépuration de l'alcool destiné aux préparations anatomiques.

Enfin, il avait été question de ménager dans la maison une petite salle de malades, afin de pouvoir étudier d'une manière approfondie la nutrition dans toutes ses phases, et l'on regrette d'autant plus qu'il n'ait pas été donné suite à ce projet que quelque chose dans ce genre existait déjà à l'ancien hôpital.

On a vu par cette notice et celle qui l'a précédée que nous n'hésitons pas à rendre justice à tout ce qui mérite des éloges, sans nous demander au préalable si c'est en deçà ou au delà du Rhin que les bonnes choses se passent. Mais notre impartialité ne doit pas aller jusqu'à sembler confirmer, ne fût-ce que par notre silence, d'étranges erreurs historiques. De ce nombre est une assertion que nous venons de rencontrer. A l'en croire, le grand développement que l'étude de l'anatomie pathologique a pris de notre temps daterait seulement de Rokitansky. Sans vouloir en rien contester la valeur réelle des travaux de ce savant, nous devons rappeler que depuis Morgagni, ce qui veut dire depuis juste un siècle, la France et l'Allemagne n'ont pas cessé de cultiver cette branche importante des sciences médicales avec autant d'ardeur que d'éclat. Durant ce long espace de temps, et à travers les nombreuses générations qui s'y sont succédé, les deux pays furent sur ce terrain, comme sur tant d'autres, unis dans une noble et sereine émulation, sans que jamais celle-ci fût un seul instant altérée par d'étroites rivalités nationales. Puisse notre science, bienfaisante partout et toujours, ramener bientôt le calme d'autrefois dans les esprits, si malheureusement troublés par le souffle délétère des génies de la guerre et de la passion !

Faculté de médecine a Toulouse — Le Conseil municipal de la ville de Toulouse s'est occupé de la question de l'institution d'une Faculté de médecine dans cette ville Une proposition a été faite au Conseil municipal, dans sa séance du 23 février dernier :

M. Valette désirerait que le Conseil municipal actuel renouvelât le vœu émis par celui de 1865, de voir restituer à la ville la Faculté de médecine dont l'origine remonte au commencement du XIIIe siècle.

Malgré les nombreux établissements scientifiques et les vastes hôpitaux que renferme Toulouse, le nombre d'étudiants en médecine qui augmente chaque année, le gouvernement d'alors répondit par une fin de non-recevoir.

Il espère que le gouvernement républicain accueillera nos vœux avec plus de bienveillance, et que le ministre de l'instruction publique, qui a créé en faveur d'une ville de commerce une nouvelle Faculté de droit, ne pourra avoir aucun motif sérieux pour s'opposer au rétablissement de notre vieille Faculté de médecine.

Le Conseil, à l'unanimité, prend en considération le vœu exprimé par M. Valette, et décide qu'il devra être transmis, sans retard, à M. le ministre de l'instruction publique par les soins de M. le maire.

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République française, en date du 16 mars 1872, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent, qui prendront rang du 4 mars 1872, savoir :

Au grade d'officier : MM. Liberman (Henri-Adolphe), médecin-major de 1re classe; Papillon (François-Constant-Édouard), médecin-major de 1re classe; Roucher (Charles), pharmacien principal de 1re classe; Coulier (Paul-Jean), pharmacien principal de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Clusan (François), médecin aide-major de 2e classe; Catenac (Hyacinthe), pharmacien aide-major de 1re classe.

— M. le docteur Mallez commencera un cours de chirurgie, opérations de taille et lithotritie, le jeudi 11 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 13 au 29 mars 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 7.— Rougeole, 11. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 18. — Typhus, 0. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 45. — Pneumonie, 60. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0 — Angine couenneuse, 6. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 18. — Autres affections aiguës, 198. — Affections chroniques, 367 (1). — Affections chirurgicales, 60. — Causes accidentelles, 10. — Total, 825.

(1) Sur ce chiffre de 367 décès, 165 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 11 avril 1872.

Académie de médecine et Société de chirurgie : ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE DANS LES LYCÉES. — LA RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DE L'ARTICULATION SCAPULO-HUMÉRALE : M. OLLIER.

Que penser de ce projet de M. le ministre de l'instruction publique, qui a fait les frais d'une intéressante conversation dans la dernière séance de l'Académie de médecine? Convient-il d'enseigner, même très-sommairement, l'hygiène dans les colléges et les lycées? La commission de l'Académie, encore qu'elle n'ait eu mission que de proposer un programme au ministre, approuve visiblement la pensée même du projet; elle l'a dit avec beaucoup d'élégance par la bouche de MM. Delpech, Boudet et Vernois. Nous aurons pourtant le mauvais goût de résister à ces petits morceaux d'éloquence persuasive et de nous ranger du côté de M. Chauffard, qui a fait preuve en cette occasion d'esprit et de bon sens, bientôt appuyé par M. Bouillaud et aussi, à quelques égards, par M. Larrey.

La prétention de réduire l'hygiène à des préceptes pratiques est une chimère, comme le serait celle de la réduire exclusivement à des principes scientifiques. L'hygiène introduite dans l'enseignement des lycées sortirait, quoi qu'on fit, du cadre habituel des sujets d'étude, et altérerait jusqu'à un certain point le caractère propre de l'enseignement secondaire. Toutes les matières de cet enseignement, en effet, sont et doivent être combinées de manière à offrir à l'intelligence des élèves, à leur mémoire, à leur jugement, à leur goût, à leur cœur, un aliment toujours nouveau. On ne leur *apprend* rien qu'ils ne puissent en même temps *comprendre;* on ne leur enseigne pas, par exemple, que les trois angles d'un triangle sont égaux à deux droits sans leur donner aussitôt la démonstration du théorême. C'est la condition de la gymnastique intellectuelle. En hygiène, au contraire, si on veut la plier aux aptitudes d'un élève de rhétorique, il faudra dépouiller les faits de leur explication et les présenter comme des articles de foi. Ce sera un catéchisme; un vrai catéchisme, car il n'y a que l'enseignement religieux qui puisse ressembler à celui-là. Se tiendra-t-on, par impossible, dans la règle? Soyez sûr alors que, dans le domaine de l'hygiène générale (car il ne peut être question ici d'hygiène professionnelle), il ne restera guère de cette décantation des faits qu'un résidu de préceptes vulgaires assez analogues à ceux qui sont le fond des affiches municipales en temps d'épidémie, ou des instructions collées sur les postes sanitaires. On recommanderait, par exemple, aux élèves, suivant un exemple donné par un membre de la commission, de ne pas se servir du peigne d'un teigneux et d'éviter les effusions de tendresse avec un camarade convaincu de gale. Ce ne serait vraiment pas la peine de surcharger leur programme d'études pour si peu. Mais, en réalité, nous en sommes persuadé, on sortirait partout du programme; on ne manquerait jamais de lever, devant des élèves curieux et provoquants, le rideau de la physiologie et de la pathologie; et ce qui sortirait de plus clair de cet enseignement, semé en mauvaise terre, ce serait, comme l'a dit M. Chauffard, une moisson de préjugés médicaux et un redoublement de cette présomption qui ne laisse déjà pas trop à désirer chez nos lycéens. A défaut de cette saveur de *fruit défendu*, nous craignons, avec M. Bouillaud, que les élèves n'accueillent le cours qu'avec indifférence. Dans tous les cas, il est certain que, en l'absence de tout examen, de toute rédaction, ils l'auront oublié avant quelques mois, et c'est bien le cas de nous permettre une citation classique :

Segnius irritant animos demissa per aures...

La pathologie ! Le programme même de la commission lui ouvre la porte, et c'est un autre inconvénient qu'a signalé M. Devergie. A propos des garanties à prendre contre les ma-

FEUILLETON.

Des moyens pratiques de combattre l'ivrognerie (1).

LÉGISLATION OPPOSÉE AUX PROGRÈS DE L'IVROGNERIE EN SUÈDE ET EN NORWÉGE.

Ces deux royaumes sont souvent cités depuis Montesquieu (2) comme des pays où la nature du climat rend pour ainsi dire nécessaire une consommation considérable de boissons stimulantes et où, par suite de la facilité avec laquelle l'usage de ces boissons en engendre l'abus, l'ivrognerie est extrêmement fréquente. L'expérience confirme cette opinion, et l'on sait que c'est en Suède qu'a été composé celui de tous les livres de médecine, écrits sur la question de l'alcoolisme, qui a le plus d'importance jusqu'à ce jour (1). Mais ce que l'on sait moins et ce qu'il importe de faire connaître, c'est que, depuis longtemps déjà, les pouvoirs publics y ont entrepris une lutte sérieuse contre les maux croissants causés par l'ivrognerie, et que le succès a couronné leurs efforts. C'est là un exemple encourageant et instructif pouvant fournir à notre pays, placé aujourd'hui dans une position analogue, plus d'un modèle à imiter.

Nous savons déjà, par les discours prononcés par M. Haentjens à l'Assemblée nationale (2), que la Suède a frappé l'alcool d'impôts énormes et progressifs, de manière à en faire dimi-

(1) M. le docteur Foville veut bien nous communiquer cette étude, qui fera partie de son second article *Sur les moyens pratiques de combattre l'ivrognerie*, lequel paraîtra dans la prochaine livraison des *Annales d'hygiène et de médecine légale* (n° d'avril 1872).

(2) Dans les pays froids, le climat semble forcer à une certaine ivrognerie de nation, bien différente de celle de la personne (*Esprit des lois*, t. II, liv. XIV, ch. X).

(1) Magnus Huss (*Chronische Alcoholskrankheit*. Stockholm, 1852).

(2) Séance du 31 juillet 1871.

ladies virulentes et contagieuses, on parlera rage, gale, rougeole, variole, grippe, choléra, et le reste. Quelle séduction pour le professeur, et la belle occasion pour ses auditeurs d'emporter, au bout de *huit leçons*, des idées parfaitement arrêtées sur maintes questions qui divisent encore aujourd'hui les médecins les plus instruits! La commission a tenu bon néanmoins, et M. Vernois est même allé (le programme l'y conduisait en effet) jusqu'à la perspective de leçons paternelles sur la prophylaxie de la syphilis. On y mettra, dit l'orateur, beaucoup de précautions. Eh! ce n'est pas seulement de précautions oratoires qu'il s'agit; il en est de plus efficaces et de bien connues contre l'inoculation de la syphilis? Oserez-vous les indiquer? Non, certes. Que leur direz-vous donc, à ces jeunes gens, sur les moyens d'éviter l'horrible maladie? Vous les engagerez à ne pas s'y exposer : c'est à peu près tout le thème possible sur ce chapitre; vous prêcherez la vertu au lieu de l'hygiène, et votre leçon ne sera qu'un sermon.

Nous sommes donc, comme on voit, tout à fait opposé au projet de M. le ministre de l'instruction publique. L'hygiène, dans ses rapports avec les lycées et les colléges, n'a besoin que d'une bonne application aux établissements eux-mêmes; qu'on s'y attache avant toute chose. Les jeunes gens qui auront éprouvé ses bienfaits apprendront plus tard à les apprécier et, s'il y a lieu, à les interpréter. Que si l'on veut répandre les notions de l'hygiène dans la population, — chose beaucoup plus difficile et plus chanceuse qu'on ne se l'imagine communément, — que ce ne soit ni en six leçons ni en huit, mais bien dans des cours ou dans des manuels complets tant sur l'hygiène générale que sur l'hygiène professionnelle, distribués à profusion aux frais du gouvernement. Les élèves des lycées en auront leur part une fois entrés dans le monde, et en profiteront mieux quand ils auront mûri leur jugement, agrandi leur éducation et acquis un peu plus d'expérience de la vie pratique.

— Avant cette discussion, l'Académie avait adopté les conclusions d'un rapport un peu sévère, de M. F. Boudet, déclarant qu'il n'y a pas lieu d'approuver la formule de laudanum récemment proposée par M. Delioux de Savignac.

A. D.

Dans ses communications à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie, M. Ollier a fait l'exposé des résultats qu'il a obtenus dans les résections sous-périostées de l'articulation scapulo-humérale. En choisissant cet exemple, M. Ollier n'a pas voulu chercher le terrain le plus favorable pour démontrer la valeur de la méthode qu'il a créée, puisque, s'il eût parlé de l'articulation du coude, il aurait pu réunir un plus grand nombre de faits, surtout au point de vue des résections traumatiques. La question limitée ainsi à l'articulation scapulo-humérale devient, par cela même, plus facile à examiner. Nous n'aurons garde de la compliquer; il ne s'agit pas ici de mesurer la valeur ni de discuter les indications de la résection de l'épaule, mais bien de chercher à apprécier les avantages de la résection sous-périostée. Cette méthode, conservatrice par excellence, doit être jugée dans ses trois points fondamentaux : le but, l'exécution, les résultats.

Le but, c'est la conservation des parties molles entourant l'os : physiologiquement, la conservation d'une couche ostéogène pouvant reproduire l'os, et chirurgicalement la conservation de l'enveloppe de l'os avec les attaches tendineuses et musculaires, c'est-à-dire l'ablation de l'os exécutée dans sa gaîne fibreuse, capsulo-périostée, sans couper les tendons, sans ouvrir les gaînes musculaires : en d'autres termes une sorte d'énucléation du tissu osseux.

Au point de vue physiologique, M. Ollier estime qu'il obtient la reproduction des extrémités articulaires, sinon complète, du moins à peu près complète; mais cette opinion peut être discutée par défaut d'autopsie.

Au point de vue chirurgical, le but conservateur est atteint en ce sens que la lésion attaque le moins de tissu possible. A l'égard de l'exécution, la seule objection qu'on ait adressée à M. Ollier, c'est que la méthode donne lieu à une opération de longue durée.

Cette objection n'a qu'une valeur secondaire, étant données les tendances actuelles de la chirurgie. Le *cito* a perdu beaucoup de son importance depuis l'emploi du chloroforme, et d'ailleurs, il faut qu'on le sache bien, les opérations sous-périostées, quand on les a quelque peu pratiquées ou vues pratiquer, n'apparaissent pas avec ce cortége de difficultés qu'on peut redouter. Difficiles sur le cadavre pour des os sains, elles le sont moins pour les os malades, et le fait de Seutin, cité par M. Ollier, dans son Traité sur la régénération des os, montre l'os se présentant de lui-même dénudé de périoste. Dans les affections des os, le détachement du périoste ne saurait être considéré comme une opération plus

---

nuer la consommation; mais ce moyen n'a pas été le seul auquel elle ait eu recours. Des documents tout récents et d'une authenticité parfaite nous permettent de donner sur l'ensemble du système adopté dans ce pays des renseignements très-instructifs (1).

La Suède et la Norwége forment, on le sait, deux royaumes distincts, qui ont chacun leurs lois et leurs règlements d'administration. Mais en ce qui concerne l'ivrognerie, les lois et règlements sont fort analogues dans les deux pays, sauf sous le rapport des dates. Il paraît en effet que les ravages de l'ivrognerie se sont fait sentir en Norwége plus tôt encore qu'en Suède, en sorte que là aussi, on a eu plus tôt recours à la législation préventive; c'est ainsi que la loi principale pour réglementer la vente des boissons date, en Norwége, de 1845, et en Suède de 1850 seulement. Mais nous ne tiendrons pas compte de ces détails secondaires, et nous réunirons ce qui se rapporte aux deux pays.

Pendant longtemps on n'y but que de l'hydromel et de la bière; l'eau-de-vie ne servait que de médicament. Mais peu à peu les moyens de distillation de l'alcool se simplifiant, on parvint à en fabriquer avec de l'orge; l'usage s'en généralisa promptement et, comme partout, l'abus ne tarda pas à se produire. Vers la fin du XVIIIe siècle, le gouvernement, dans un but fiscal, crut devoir interdire toute distillation à domicile, et fit de la distillation de l'eau-de-vie un monopole à son profit; aussi en favorisa-t-il le plus possible la consommation, afin de grossir ses recettes. Cette mesure donna de mauvais résultats, et la distillation redevint libre. Les habitudes d'ivrognerie étaient déjà très-répandues dans le pays lorsque l'introduction des pommes de terre, si propres à la fabrication de l'alcool, vint encore en

(1) Nous devons ces renseignements à MM. Magnus Huss, directeur général des asiles d'aliénés en Suède; Salomon, directeur médecin de l'asile de Malmö; Sandber, directeur médecin de l'asile de Gauslad, près Christiania. Nous nous empressons de remercier publiquement ces honorables confrères de leur bienveillante correspondance et de leurs instructives communications.

longue ou plus dificile que l'isolement de l'os accompagné du périoste d'avec les parties voisines. Cependant, il faut observer les préceptes opératoires : il ne suffit pas de gratter l'os, de conserver par ci par là quelques lambeaux de périoste; il faut opérer régulièrement; il faut, en somme, énucléer l'os de sa gaîne périostéo-capsulaire, en conservant celle-ci aussi complète que possible, et M. Ollier tient essentiellement à ce qu'on s'astreigne aux règles précises qu'il a posées.

Cette ténacité bien légitime explique pourquoi M. Ollier se méfie des observations allemandes, pourquoi il ne veut pas comparer les résultats qu'il a obtenus avec ceux qui ont été indiqués par Lücke, Langenbeck, Hueter, Doutrelepont. M. Ollier a bien raison d'insister sur les détails opératoires, sur les instruments; et quand nous nous rappelons l'intérêt avec lequel maîtres et élèves suivaient un chirurgien américain dans le maniement de ciseaux, de bistouris et de spéculums spéciaux pour les fistules vésico-vaginales, nous ne saurions accueillir avec un moindre désir d'instruction les préceptes de M. Ollier sur le détache-tendons et les rugines coupantes.

Les résultats de la méthode sont éloquents par eux-mêmes; sept malades ont guéri et se servent de leur bras. Pratiquement, le succès est donc nettement prouvé, et nous croyons être avec la majorité des chirurgiens en constatant la supériorité de la méthode de M. Ollier ; mais nous n'oserions être aussi affirmatif à l'égard du résultat physiologique. Comment se reforme l'articulation? Conserve-t-elle le type anatomique ou reproduit-t-elle une organisation analogue? L'autopsie ne l'a pas encore dit. Nous n'attachons à ce point qu'une importance médiocre; l'articulation, dans ce cas, *vaut* par ses usages; mais il nous est permis de douter de la reconstitution d'une articulation normale. Ce qu'il importe de juger, c'est la valeur de l'article au point de vue de la puissance, de la motilité et de la forme. A cet égard, l'examen des malades, la discussion des observations, semblent tout à fait en faveur de la méthode de M. Ollier, et, pour conclure, nous croyons qu'elles établissent que les résections sous-périostées pour le membre supérieur, pour l'épaule, donnent des résultats bien supérieurs à ceux de la résection totale de l'os avec son périoste; que ces résultats sont dus surtout au mode opératoire permettant l'ablation de l'os avec les lésions des parties molles réduites à leur minimum ; mais nous faisons des réserves sur l'étendue des régénérations dans la longueur et la forme de l'os reséqué. Peut-être nous trouvera-t-on sceptique; notre excuse est de n'avoir ni vu, ni touché l'articulation restaurée par le périoste. Cependant nous espérons qu'il sera donné un jour à M. Ollier de pouvoir décider par une autopsie la question physiologique.

H.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Observation de tumeur du cerveau. — Extrait de leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu en 1869, par le docteur Noël Gueneau de Mussy.

Obs. I. — B... B..., âgé de dix-sept ans, garçon de cuisine, entra dans mon service le 13 octobre 1868. Il est né à Valnejols, dans le département du Cantal. Il était en bas âge quand il perdit son père, et n'a aucun renseignement sur sa santé ; il ne connaît pas d'antécédents morbides dans sa ligne paternelle.

Sa mère et deux de ses tantes maternelles souffrent souvent de maux de tête compliqués de vomissements, c'est-à-dire de migraines.

Pendant sa première enfance, il a toujours été délicat; il n'a eu cependant ni engorgements ganglionnaires, ni ophthalmies prolongées, ni écoulement d'oreilles. A trois ans il se rappelle avoir eu une affection du cuir chevelu, qui n'a pas entraîné d'alopécie. A l'âge de cinq ans, il fut atteint de dysentérie.

Vers l'âge de treize ans, il contracta l'habitude de la masturbation. Il s'y livrait tous les deux ou trois jours, et quelquefois trois et quatre fois dans la même journée. Il est venu à Paris en avril 1867. A ce moment, sa santé générale était bonne encore, malgré ses excès ; cependant déjà, quand il regardait fixement les maisons, elles lui paraissaient se mouvoir : c'était déjà une forme de vertige. Il ne pouvait pas renverser la tête en arrière et *regarder en haut sans éprouver des étourdissements*. J'insiste sur ce phénomène, que j'ai constaté depuis dans plusieurs cas de tumeurs encéphaliques. Il avait aussi de temps en temps des vomissements bilieux. Sujet aux épistaxis avant son arrivée à Paris, il n'en a pas eu depuis cette époque. A partir du mois d'avril 1868, ces vomissements devinrent plus fréquents ; ils survenaient tous les huit ou quinze jours, se montraient généralement le matin et se répétaient quelquefois dans la journée. Rarement il vomissait des aliments. A part ces accidents, les fonctions digestives s'accomplissaient très-régulièrement.

A la même époque, il éprouva une céphalalgie frontale qui se faisait sentir surtout le matin, en même temps que les vomissements. Des tintements se faisaient parfois entendre dans son oreille droite.

De temps à autre il était pris de vertiges, et alors il était en danger de tomber s'il ne s'appuyait sur quelques-uns des objets qui l'environnaient; il ne perdait pas complétement connaissance, mais cependant il y avait du trouble dans ses idées. Du reste, pas de mouvements convulsifs, pas d'écume à la bouche, pas de morsure de la langue. Quelquefois, après ces crises, il éprouva un peu de difficulté dans la parole; cette circonstance, jointe aux légers troubles intellectuels qui accompagnaient ces accidents, ne permettait guère de méconnaître le caractère comitial de ces vertiges.

A partir du 15 juillet, les vomissements deviennent plus fréquents,

---

favoriser l'extension ; les excès alcooliques ne se commettaient pas seulement au cabaret, chacun fabriquait et buvait son alcool dans son propre domicile. Les effets funestes de ces pratiques se faisaient surtout sentir dans les jours de réunion, à propos des noces, baptêmes, enterrements, etc. ; grâce à la violence du caractère national et à la grossièreté des mœurs, dans les campagnes, ces réunions se terminaient souvent par des mêlées sanglantes et parfois même par des meurtres; tous ceux qui se rendaient un compte exact des choses reconnaissaient avec regret que la nation était dans une voie rapide de dégénérescence physique et morale.

En 1830, un jeune prêtre, nommé Wiesselgren, donna le signal d'un vigoureux mouvement d'opposition contre les progrès de l'ivrognerie; il parcourut tout le pays, prêchant partout la sobriété et cherchant à organiser des Sociétés de tempérance. Les commencements furent difficiles, mais il fut persévérant, et un certain succès finit par couronner ses efforts. Le roi Oscar, qui succéda à son père Bernadotte en 1844, favorisa le mouvement de réforme et voulut même le seconder par des mesures législatives. Ce fut alors que le gouvernement entreprit l'exhaussement progressif de l'impôt sur l'alcool; mais il y avait de grands obstacles à surmonter. Les paysans, qui concourent pour une part importante à la confection des lois, s'opposaient à des mesures contraires à leurs habitudes et à leurs intérêts; ils durent cependant finir par céder, et le droit de distillation en détail et à domicile fut aboli.

Le système auquel on eut alors recours, et qui fonctionne d'une manière satisfaisante depuis vingt-cinq ou trente ans, se propose :

De restreindre la distillation à un petit nombre de grands établissements d'un contrôle facile;

De limiter de même la vente de l'alcool au détail, entre les mains d'un petit nombre de marchands donnant les garanties de solvabilité et de moralité;

De rendre le prix de l'alcool très-élevé en en frappant la fabrication et la vente d'impôts considérables;

offrant toujours le caractère bilieux; ils se répètent presque tous les jours. Il a parfois de simples nausées. L'appétit cependant persiste et les fonctions intestinales ne sont pas troublées. La céphalalgie est devenue plus intense; il compare cette douleur à une piqûre rapide et profonde, ou à une étincelle venant le brûler au milieu du front, d'autres fois à l'occiput. Les vertiges ont augmenté. Ceux qu'il éprouve quand il regarde de bas en haut sont surtout beaucoup plus intenses. Quand il appuie ses pieds sur le sol, il lui semble parfois que la terre se soulève et l'empêche d'avancer.

Les tintements d'oreille continuent.

Il éprouve aussi quelquefois, quand il est couché, une sensation pénible à l'épigastre, comme si son estomac se soulevait.

Vers le 1er octobre, il s'aperçut que sa vue se troublait; quand il passait d'un lieu sombre dans un lieu très-éclairé, il restait quelque temps sans pouvoir rien distinguer. Il y avait un trouble dans l'accommodation des yeux à l'intensité de la lumière. En même temps existaient d'autres troubles de la vision. Ainsi parfois le malade voyait double; d'autres fois il ne voyait que la moitié des objets; souvent des mouches volantes troublaient le champ de la vision. Ces troubles étaient plus accentués dans l'œil droit que dans l'œil gauche.

Les jambes étaient faibles; il ne s'était pas aperçu que cette faiblesse fût plus prononcée d'un côté que de l'autre.

Les organes digestifs conservaient leur activité normale; rarement il avait un peu de diarrhée. Effrayé de ces accidents, il s'est livré un peu moins souvent à ses mauvaises habitudes, deux fois par semaine environ, et depuis le mois de septembre il affirme y avoir entièrement renoncé.

Les phénomènes morbides que nous venons de décrire devenant de plus en plus prononcés, ce jeune garçon demande un lit à l'Hôtel-Dieu le 13 octobre. Les troubles de la vision étaient beaucoup plus prononcés; les mouches s'étaient étendues en nuages et rendaient la vision beaucoup plus imparfaite; parfois il avait la sensation d'étincelles brillantes qui l'éblouissaient par leur éclat. Il avait perdu l'appréciation des distances; les objets lui paraissaient plus près ou plus loin qu'ils n'étaient réellement. L'œil droit était toujours le plus affecté. Les bruissements perçus dans l'oreille avaient augmenté; ils n'étaient pas constants; ils étaient plus forts quand le malade était couché. La céphalalgie était plus vive, presque continuelle, avec exacerbations; elle augmentait aussi par le décubitus horizontal. Le malade accusait de la faiblesse dans la marche. A son entrée, le 13 octobre, nous sommes frappé de la pâleur anémique de son teint. Sa face est bouffie, décolorée, et ses formes molles, arrondies, accusent une disposition lymphatique. Sa marche est lente, titubante, incertaine; il est forcé de se servir d'un bâton. Quand il marche, ses yeux sont tournés en haut et il ne voit les obstacles que quand il les approche de très-près. Ses pupilles sont dilatées mais contractiles. Quand on l'engage à se tenir sur la jambe droite il le fait, quoique avec difficulté; il ne peut pas, au contraire, se tenir sur la jambe gauche. Ainsi ses deux membres inférieurs sont affaiblis, mais le gauche plus que le droit. La motilité avait aussi diminué dans les membres supérieurs. Il n'accuse ni fourmillements, ni picotements dans la peau. Pas d'anesthésie appréciable. Il bégaye un peu, mais il assure que cet embarras de la parole est congénital.

Son intelligence paraît intacte; il répond très-nettement aux questions qu'on lui adresse. Il dit que la mémoire des faits récents est affaiblie, mais qu'il a un souvenir très-présent de tout ce qui s'est passé avant sa maladie. Son caractère est devenu irritable. Le cœur et le poumon ne présentent aucune lésion appréciable.

Ses urines ne renferment pas d'albumine.

Pendant quelques semaines après son entrée à l'hôpital, les vomissements cessèrent; mais il eut plusieurs vertiges avec perte de connaissance, et les troubles de la vue s'aggravaient d'une manière continue; les mouches s'agrandissaient et se multipliaient; il voyait des images colorées, bleues ou rouges, et ces anomalies de la vue se montraient de plus en plus fréquentes. Je priai alors M. le docteur Galezowski, qui le premier en France a étudié les rapports des lésions oculaires avec les affections cérébrales, de vouloir bien pratiquer devant nous l'examen des yeux de ce jeune homme avec l'ingénieux ophthalmoscope dont il est l'inventeur, et il nous fit constater les caractères de cette affection désignée sous le nom de névrite optique et de névro-rétinite. Nous avons trouvé les deux rétines injectées, leurs vaisseaux et ceux du nerf optique sont volumineux et gorgés de sang. Sur la papille droite, nous avons observé de petites taches blanchâtres produits d'un exsudat, et en outre cette papille était le siége d'une infiltration séreuse qui se répandait sur les parties voisines de la rétine. Ces lésions caractérisaient une névro-rétinite.

Dans l'œil gauche, la rétine était intacte, et il y avait simplement une névrite optique. Les deux papilles étaient fortement boursouflées et faisaient relief.

En présence de ces lésions, M. Galezowski pensa qu'il y avait chez ce malade une méningite ou une tumeur cérébrale. L'ensemble symptomatique ne permettait pas de s'arrêter à la première hypothèse; il s'accordait parfaitement avec la seconde, et nous acceptâmes ce diagnostic. D'une autre part, les vertiges comitiaux, les vomissements fréquents, les douleurs à l'occiput, la titubance et l'incoordination des mouvements, l'absence de phénomènes hémiplégiques bien accentués, et de paralysie d'autres nerfs cérébraux, permettaient de placer le siége de cette tumeur à la base de l'encéphale, vers le cervelet, au voisinage des tubercules quadrijumeaux et des pédoncules cérébelleux.

Dans les premiers jours de décembre les phénomènes s'aggravent. L'hésitation de la parole augmente; la vue s'obscurcit de plus en plus; les troubles moteurs sont plus accentués: le jeune malade a peine à marcher et à se diriger sans aide.

La céphalalgie, devenue très-violente, s'est localisée dans le côté droit du front; il n'éprouve aucune douleur dans le reste de la face ni dans les régions temporales. Des éblouissements et des étourdissements surviennent immédiatement, et beaucoup plus intenses qu'auparavant, quand il regarde en haut en renversant la tête en arrière.

Les attaques vertigineuses se sont reproduites avec un caractère épileptique plus prononcé, sans qu'il y ait cependant ni écume à la bouche, ni morsure de la langue.

Le 30 novembre, la vue est presque complétement abolie; à peine peut-il distinguer les fenêtres de l'espace qui les sépare. Il ressent dans le front des douleurs contuses. Il a très-souvent des vertiges; il croit voir des arcs-en-ciel et des lumières de diverses couleurs; très-souvent des fusées d'étincelles passent devant ses yeux; les objets qu'il fixe lui paraissent doubles ou triples.

28 décembre. — Depuis huit jours, le malade n'a aucune perception par la vue des objets extérieurs; il a devant les yeux comme un soleil rouge. Les vomissements sont revenus. Les vertiges persistent avec des bourdonnements dans l'oreille droite.

Le bras gauche est manifestement plus faible que le droit. La papille droite, examinée à l'ophthalmoscope, a pâli; ses artères s'atrophient,

---

D'exercer un contrôle sévère, par la police, sur les débitants et sur les consommateurs, afin de prévenir les habitudes d'intempérance;

Enfin, dans certains cas, de punir l'ivresse.

Voici maintenant les principales mesures adoptées pour obtenir ces résultats :

La vente de l'alcool en gros, c'est-à-dire par quantités de 40 litres ou plus, est permise à tous les négociants; mais la vente au détail n'est autorisée qu'en vertu de licences qui ne s'accordent qu'en nombre limité et à des personnes d'une honorabilité reconnue. Dans chaque commune ou district, le conseil municipal est appelé à déterminer le nombre des débits qu'il est à propos d'ouvrir pour les besoins de la population. Ces propositions sont transmises au préfet, qui a le droit de les modifier s'il le juge nécessaire, mais qui presque toujours les ratifie. Le nombre des débits étant ainsi fixé, ils sont mis aux enchères, et les licences sont adjugées au plus offrant; mais on n'admet à soumissionner que des personnes connues, donnant des garanties sérieuses de moralité et de capacité commerciale. Une partie du prix d'adjudication appartient à la commune et l'autre à l'État.

Dans tous les débits, on doit avoir des aliments à fournir aux consommateurs; ces établissements doivent être fermés à dix heures du soir, sauf quelques cas exceptionnels, les autorités ayant toujours le droit de prolonger ou de réduire les heures de vente selon les circonstances. Les dimanches et jours de fête, les débits et cabarets doivent être partout fermés pendant le service divin. L'autorité peut restreindre ou même prohiber entièrement la vente au détail pendant le reste de la journée, mais dans les villes elle le tolère ordinairement; dans les campagnes, au contraire, les débits sont entièrement fermés, sauf dans les hôtelleries jointes aux stations de poste. Il y a en outre des prohibitions locales pour des cas spéciaux tels que foires, enchères publiques, inspections de milices et autres circonstances de nature à provoquer des rassemblements.

elles apparaissent comme des filaments blanchâtres ou des vaisseaux ymphatiques ; les globules ne les pénètrent plus (1).

Le diagnostic se confirmait et notre conviction sur la nature du mal nous ôtait tout espoir d'une intervention efficace. On ne pouvait admettre que la tumeur encéphalique fût de celles qui peuvent disparaître, comme les gommes syphilitiques ; mais comme les tumeurs encéphaliques, quelle que soit leur nature, peuvent déterminer dans leur voisinage un processus congestif, et comme d'ailleurs je ne voulais pas désespérer ce pauvre enfant par une inaction absolue, je lui avais fait appliquer avec le caustique de Vienne de petits cautères à la nuque, qu'on renouvelait quand ils se séchaient ; je lui faisais prendre des toniques et de petites doses d'iodure de potassium pour stimuler les fonctions nutritives.

Au commencement de janvier, la cécité était absolue (2) : le malade ne distinguait pas le jour de la nuit. Les vomissements se répétaient tous les jours et même plusieurs fois par jour.

Depuis quelque temps l'attitude du malade était toute spéciale, sa tête était inclinée à droite, et si l'on essayait de le faire tenir debout, son corps tout entier s'inclinait de ce côté.

Les urines contenaient une petite quantité d'albumine.

L'examen ophthalmoscopique montra que sur l'œil gauche la papille était masquée par une arborisation vasculaire très-développée (névrite simple).

Sur l'œil droit, la papille était déformée ; on apercevait autour une auréole blanche, pâle, au niveau de laquelle les vaisseaux rétiniens étaient brusquement interrompus. Les vaisseaux de la papille étaient à peu près vides (névro-rétinite).

Le mois suivant la douleur de tête devint intolérable, elle arrachait des plaintes au malade ; elle avait son siége entre les deux sourcils. L'amaurose était double et complète ; les vomissements fréquents, quotidiens, incoercibles. Ce jeune homme succomba subitement le 21 février, sans fièvre, sans délire, ni aucun phénomène précurseur.

Autopsie pratiquée le 23 février, par M. Labadie Lagrave. — La périphérie du cerveau, recouverte de ses membranes, présente une injection vive de la pie-mère.

Les corpuscules de Pacchioni, considérablement hypertrophiés, sont semés le long de la grande circonférence de la faux du cerveau, et ont produit sur la partie correspondante de la voûte crânienne des dépressions manifestes.

La surface interne des os du crâne présente un aspect rugueux et dépoli, surtout au niveau des fosses occipitales. La surface de la dure-mère est parsemée de petits points blanchâtres, irréguliers, un peu saillants, offrant l'aspect de concrétions calcaires.

Le volume du cerveau paraît sensiblement augmenté ; sa forme est régulière ; le lobe droit semble un peu plus volumineux que le gauche.

Les circonvolutions cérébrales sont sensiblement affaissées, comme comprimées.

Cerveau. La face inférieure du cerveau nous offre, au niveau de l'infundibulum, une saillie notable du plancher du ventricule moyen, une incision à ce niveau donne issue à 80 grammes de sérosité incolore.

Cervelet. A la face inférieure de l'hémisphère cérébelleux gauche, on aperçoit une tumeur blanchâtre, aux reflets opalins, bosselée, de consistance pâteuse avec quelques petits noyaux durs. Cette tumeur, à peu près piriforme, a sa grosse extrémité en arrière ; l'extrémité antérieure en forme de pointe suit le bord des pyramides latérales du bulbe, et est circonscrite en dehors par le pédoncule cérébelleux moyen, en avant par le pont de Varole.

La consistance de la pulpe cérébrale est considérablement diminuée ; un filet d'eau suffit pour la désagréger ; la masse encéphalique pesait 1420 grammes, abstraction faite des 80 grammes de liquide écoulé.

La tumeur du cervelet a pris naissance dans l'hémisphère cérébelleux gauche, et envoie un prolongement dans l'hémisphère droit en passant au-dessus du bulbe et du plancher du quatrième ventricule. La partie droite du bulbe est comprimée par cette tumeur et a subi à ce niveau un certain degré de ramollissement, la forme générale de la moelle allongée est modifiée. Elle est à peu près intacte du côté gauche. A droite, la partie de la tumeur qui se prolonge au niveau du bord antérieur de l'hémisphère cérébelleux droit semble pénétrer dans son intérieur.

De ce côté la surface de la tumeur n'est pas nettement délimitée, elle se confond avec le tissu cérébelleux.

Sur le bord antérieur du lobule du pneumogastrique gauche, complétement envahi par cette production morbide, on voit un point opalin, dépressible, et ressemblant à l'enveloppe d'un kyste séreux.

L'incision de cette tumeur fait constater, en effet, qu'elle est constituée par un kyste.

Les ventricules latéraux sont remplis de liquide séreux. Le ventricule droit est distendu, agrandi, et aux dépens de la pulpe cérébrale qui forme autour de lui une couche moins épaisse de ce côté que du côté opposé. Le prolongement occipital a doublé de volume.

Les parois ventriculaires sont sillonnées par des vaisseaux.

La consistance du chiasma est augmentée ; il paraît sclérosé.

A la coupe, le cerveau est anémié ; il paraît infiltré de sérosité. Les anfractuosités sont peu profondes et tendent à s'effacer. La substance grise semble avoir diminué d'épaisseur. Les méninges, adhérentes dans plusieurs points, entraînent avec elles, quand on les enlève, de la pulpe cérébrale.

Les nerfs optiques sont jaunes, durs, sensiblement sclérosés.

La rétine paraît plus blanche que dans l'état normal.

Les poumons sont congestionnés, le cœur sain, sans caillots dans ses cavités.

Les reins, également congestionnés, sont rouges, doublés de volume des deux côtés.

Ainsi, le premier phénomène morbide perçu par ce malade c'est le vertige, mais dans des conditions spéciales : il l'éprouvait surtout quand il regardait en haut en renversant la tête en arrière. J'ai dit l'importance que j'attachais à ce caractère étiologique du vertige : dans plusieurs cas de tumeurs occupant la base de l'encéphale, j'ai observé ce phénomène. Je suis convaincu qu'on l'observe également dans des vertiges nerveux ; mais rapprochée d'autres symptômes, cette circonstance peut avoir de la valeur pour le diagnostic. Ce vertige survenait d'ailleurs dans d'autres conditions ; puis sur cette disposition au vertige qu'on pourrait appeler *commun*, se dessinaient des attaques de vertige plus intense, dans lesquelles le malade perdait l'équilibre, et qui étaient suivies de troubles intellectuels et d'embarras de la parole. Ces attaques, dont la

(1) Cette première partie de l'observation a été recueillie par le docteur Herbert de Londres, interne du service.

(2) Cette seconde partie de l'observation a été recueillie par M. Labadie-Lagrave, interne du service.

Les règlements relatifs à l'ivresse ne sont pas moins sévères ; voici la traduction textuelle d'une ordonnance royale du 16 novembre 1841, qui est encore en vigueur (1) :

« Art. 1er. — Quiconque, après avoir bu de l'alcool avec excès, sera trouvé ivre dans les rues, les grands chemins ou tout autre endroit public, sera passible d'une amende de 7 francs à 30 francs. Cette amende sera répétée à chaque nouvelle poursuite. Après quatre condamnations, l'ivrogne perdra ses droits électoraux et cessera d'être éligible aux fonctions qui exigent la confiance publique.

» Celui qui se montrera en état d'ivresse devant les juges et tribunaux, dans des réunions publiques, aux élections, aux ventes, aux marchés, ou voyageant en poste, sera passible d'une amende double : le magistrat ou le dépositaire de l'autorité publique présent devra le faire reconduire à son domicile, ou, si les circonstances l'exigent, le faire soigner, conformément à l'article 7.

» Quiconque se montrera ivre à l'église, subira l'emprisonnement (loi ordinaire des délits, chap. III, art. 4 ; lettre royale du 17 août 1738, proclamation royale du 25 novembre 1823) et sera en outre passible des peines ordonnées par la présente ordonnance.

» Quiconque aura obligé ou poussé quelqu'un à boire avec excès, sera passible, pour chaque offense, d'une amende de 10 francs. Les enfants mineurs qui se seront enivrés avec de l'alcool seront châtiés par leurs parents ou leur tuteur devant un fonctionnaire de la police ; ceux qui les auront fait boire seront passibles d'une amende de 15 francs.

» Art. 2. — Le pasteur ou prêtre qui serait ivre en célébrant le service divin, serait immédiatement destitué. Tout autre fonctionnaire attaché au roi ou à l'Etat, trouvé ivre dans l'exercice de ses fonctions, sera passible d'une amende double de celle signalée à l'article 1er. Après trois condam-

(1) Nous devons cette communication à notre ami, M. le docteur Fursle, médecin de l'Asile des aliénés de Vordingborg (Danemark). Nous l'en remercions vivement.

nature pouvait être indécise au début, prirent bientôt la forme de vertige épileptique; et dans le cas où d'autres signes porteraient à admettre une lésion cérébrale, elles pouvaient conduire à localiser dans le voisinage du bulbe le siége de cette lésion. Il y a quelques années, chez une femme syphilitique, l'existence d'attaques d'épilepsie comme phénomène dominant de la maladie me fit diagnostiquer une tumeur syphilitique de l'apophyse basilaire; cette femme succomba dans une de ces attaques et l'autopsie confirma mes prévisions.

Après les vertiges, le premier trouble fonctionnel qui éclata fut le vomissement; ce symptôme de début, suspendu seulement pendant quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, a persisté jusqu'à la mort.

Il y a une connexion entre le vertige et la nausée : le vertige porté à un certain degré entraîne habituellement la nausée et quelquefois le vomissement. Le lien physiologique de cette connexion n'est pas encore déterminé. Chez notre malade, les lésions trouvées vers l'origine du pneumogastrique pourraient être invoquées; mais le phénomène est trop général pour qu'on se contente de cette explication. Ce qui n'est pas moins à noter, c'est que les vomissements étaient bilieux, très-rarement alimentaires. Les contractions du diaphragme faisaient-elles simplement refluer la bile dans l'estomac? Je suis disposé à l'admettre. Aucun autre phénomène n'autorisait à soupçonner un trouble de la sécrétion biliaire.

Si j'ai cru devoir rappeler la connexion pathologique du vomissement et du vertige, je ne prétends pas qu'il y eût chez notre malade un rapport direct entre ces deux actes morbides; ils se montraient indépendants l'un de l'autre dans leur manifestation. Le vomissement d'ailleurs était en rapport avec le siége présumé de la lésion. M. le docteur Hillairet en a signalé la fréquence dans les affections cérébelleuses.

On peut se demander aussi jusqu'à quel point ce siége n'a pas pu disposer cet enfant à ces déplorables habitudes auxquelles il se livrait avec tant de fureur. L'incitation anomale produite par cette tumeur avait bien pu, avant qu'elle ne se révélât par d'autres troubles fonctionnels, amener une excitation génésique servant de provocation, sinon de justification à ses excès.

Ce travail lent accompli dans l'encéphale, et dont il nous est impossible de fixer le point de départ, en même temps qu'il s'exprimait par des vertiges et des vomissements, a été accompagné de céphalalgie. Cette céphalalgie n'a été que passagèrement occipitale; elle a été le plus habituellement frontale avec prédominance dans le côté droit. Nous ne pouvons donc pas trouver un rapport bien saisissable entre le siége de la lésion et le siége de la douleur. Je suis certain que des lois fixes déterminent ce rapport, mais elles ne nous sont pas encore connues.

Le tintement d'oreilles se montrait également à droite; il témoigne très-probablement d'une stimulation anomale du nerf auditif de ce côté, car, comme je l'ai fait remarquer il y a bien longtemps (Thèse inaugurale en 1839), les incitations anomales des nerfs sensoriaux peuvent produire des sensations analogues à celles que provoquent leurs excitants naturels. Ainsi dans l'oreille on observe des tintements, dans la peau des fourmillements, dans l'œil des phénomènes lumineux, et notre malade nous en a offert les formes les plus variées. J'ai rencontré également cette sorte d'hallucination sensitive dans l'organe du goût (*Traité de l'angine glanduleuse*).

A mesure que la tumeur augmentait de volume, elle troublait dans leurs fonctions un plus grand nombre d'organes encéphaliques. Les tubercules quadrijumeaux sentirent à leur tour cette action perturbatrice, qui s'est manifestée alors par l'amblyopie, la pseudoblepsie, l'hémiopie, la diplopie, et dont l'examen ophthalmoscopique de l'œil est venu nous livrer des signes objectifs dans la névrite et la périnévrite qu'elle nous a fait constater. Je m'arrêterai un moment sur cette complication.

Tout le monde sait que le nerf optique est constitué par des tubes nerveux, émanation de l'encéphale, par un névrilème qui se continue avec la pie-mère et envoie des trabécules ou cloisons entre les divers faisceaux des tubes nerveux; enfin extérieurement une autre enveloppe, qui est le prolongement de la dure-mère, se confond en avant avec la sclérotique.

Son axe est parcouru par l'artère et la veine centrales qui ne sont destinées qu'à la nutrition de la rétine. Le tronc nerveux lui-même reçoit ses éléments nutritifs des capillaires de la pie-mère, comme M. le docteur Galezowski l'a démontré.

Le processus conjestif s'est transmis successivement des tubercules quadrijumeaux aux nerfs optiques, mais, augmentant de volume, ils ont été étranglés par le trou sclérotical, qu'ils traversent. Cet étranglement a eu pour premier effet la vacuité des rameaux de l'artère centrale, effacée par cette compression, et la tuméfaction des veines, dont la circulation centripète se trouvait interrompue. Plus tard, les nerfs optiques ont subi un ramollissement progressif; ils se sont affaissés; la pupille s'est atrophiée et ses contours sont devenus irréguliers.

C'est pendant cette évolution morbide que ce malade a éprouvé toutes les sensations anomales de la vue que nous avons indiquées plus haut : bluettes, étincelles en gerbes, toutes les variétés de photophies, images multicolorées ou irisées, globes rouges fermant le champ de la vision, phénomène ultime et qui a accompagné la cécité complète.

J'ai dit qu'alors qu'il ne percevait déjà qu'incomplétement l'impression de la lumière, ce malade supportait mal le passage subit d'un milieu obscur à un milieu plus éclairé. Comme il y a une accommodation de l'œil aux distances, il y a une accommodation à l'intensité variée de la lumière à la gamme

---

nations de ce genre, il sera destitué, soit pour quelques années, soit d'une manière définitive. Le pasteur qui, dans la vie privée, s'adonne à l'intempérance, sera jugé d'après la loi ecclésiastique, chapitre XIX, article 23. Quant à l'armée, on se conformera à la loi militaire.

» Art. 3. — Quiconque aura commis un crime ou un délit étant ivre, en quelque endroit que ce soit, ne sera pas excusé en raison de son état d'ivresse; non-seulement il sera passible des peines prescrites par la présente ordonnance, mais il subira en outre celles prescrites pour le crime ou délit commis (1). Toutefois, en cas de condamnation corporelle, il ne payera pas l'amende.

» Art. 4. — Celui dont la mort sera causée par l'intempérance sera enterré secrètement, sans pompe funèbre.

» Art. 5. — Tout individu qui, dans un débit d'alcool, sera dans un tel état d'ivresse que, si on le laisse sortir, il y aurait danger évident pour lui-même ou pour les personnes qu'il rencontrerait, devra être retenu par le débitant jusqu'à ce que l'ivresse soit dissipée. Le débitant qui négligerait ce devoir et causerait ainsi quelque accident, sera passible d'une amende de 15 francs. Si pareille négligence se reproduit, le débitant pourra, après examen du cas et des circonstances par l'autorité, être privé de son débit.

» Art. 6. — Il est interdit de vendre de l'alcool à crédit : aux étudiants mineurs pendant leur séjour dans les académies, gymnases et écoles, sans autorisation de leurs parents, tuteurs ou maîtres; aux domestiques, servants, apprentis ou soldats, sans la permission de leurs maîtres ou supérieurs. Celui qui enfreindra cette prescription sera condamné à une amende de 15 francs et n'aura pas le droit de réclamer l'argent qui lui serait dû.

» Art. 7. — Toute personne trouvée ivre dans les rues ou les chemins pourra être conduite en prison jusqu'à ce que

(1) Nous ne saurions approuver que personne puisse être condamné pour un crime ou un délit accompli sans conscience, comme cela arrive dans l'ivresse complète.

des tons lumineux. L'iris me paraît être l'instrument de cette accommodation en se contractant plus ou moins suivant que la lumière est plus ou moins vive; or, nous avons vu que chez notre malade l'iris était habituellement très-dilaté, par conséquent, sans être abolie, la contractilité des fibres circulaires de l'iris était altérée.

La diplopie s'expliquait par un trouble dans l'action musculaire des yeux; et la névrite ayant envahi plus tôt et ayant altéré le nerf optique gauche plus profondément et plus rapidement que le droit, on comprend l'hémiopie. On sait en effet que par la décussation des bandelettes optiques dans le chiasma, les parties synergiques des deux rétines sont en communication avec la même bandelette optique; ainsi, grâce à cette décussation partielle, la partie interne de la rétine droite et la partie externe de la rétine gauche, en rapport avec la moitié droite des images situées dans le champ visuel, se continuent avec la bandelette optique gauche, tandis que la partie externe de la rétine droite et la partie interne de la rétine gauche, destinées à recevoir la moitié gauche de ces images, sont l'épanouissement de la bandelette optique droite. On comprend donc que si la lésion est située derrière le chiasma et n'affecte qu'un des nerfs, il y ait hémiopie latérale.

M. le docteur Boussaut, dans une thèse très-remarquable sur les rétinites secondaires, est arrivé à cette conclusion que la périnévrite ou névro-rétinite est caractéristique des lésions de l'encéphale, et en particulier des tumeurs du cerveau, parce que les tubes nerveux étant atteints dans leur origine, l'altération qu'ils subissent s'étend à la rétine; tandis que dans les méningites l'inflammation se limite au nerf lui-même ou plutôt au tissu connectif qui entoure les tubes nerveux. La disposition vasculaire décrite par M. Galezowski peut nous expliquer cette dernière circonstance. On se rappelle que, d'après cet ophthalmologiste distingué, le névrilème et les trabécules reçoivent leurs éléments nutritifs des vaisseaux méningiens qui ne pénètrent pas dans la rétine.

Le travail morbide, franchissant la période congestive, a amené des hyperplasies et une prolifération de noyaux conjonctifs; les nerfs optiques ont été sclérosés.

Les rapports de la tumeur avec le bulbe expliquent la faiblesse des membres, plus prononcée du côté droit, où le bulbe a subi une pression plus grande. Les troubles d'équilibration, la titubance, peuvent être imputés à la lésion cérébelleuse. Cette inclinaison constante de la tête et du tronc du côté droit peut dépendre de cette double lésion chez les hémiplégiques; il n'est pas rare de voir le corps s'incliner du côté paralysé, et d'une autre part certaines lésions cérébelleuses peuvent produire dans la marche une propulsion latérale qui pourrait peut-être s'exprimer dans le repos par une inclinaison. Cette inclinaison a pu contribuer à l'accumulation plus considérable de la sérosité dans le ventricule droit et à la dilatation qu'il a subie. D'un autre côté, cette hydropisie interventriculaire, dont la pression excentrique a amené l'aplatissement des circonvolutions, a pu contribuer à l'affaiblissement des organes locomoteurs.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

SUR L'HISTOIRE DE LA FERMENTATION. — M. *E. Chevreul* communique un aperçu historique sur les idées de Stahl et de Van Helmont relatives à la fermentation.

PESTE DES STEPPES. — M. *Thenard* a reçu de M. Bouley une lettre écrite de Vienne (Autriche), où il représente la France dans la conférence internationale qui a pour but de rechercher les moyens d'atténuer la propagation de la peste des steppes, lettre dans laquelle il annonce que la question est pratiquement résolue.

MOYENS DE TRAITEMENT DANS LES MALADIES CHIRURGICALES DE L'ADOLESCENCE. — M. *Gosselin* lit un mémoire dont voici le résumé : « Les maladies chirurgicales spontanées spéciales des jeunes gens ont de la tendance à durer, à s'accroître ou à récidiver tant que dure l'adolescence. Elles perdent ces tendances une fois que l'âge adulte est arrivé.

» 1° Pour l'*ongle incarné*, beaucoup de modes de traitement ont été conseillés, et l'on en a toujours cherché de nouveaux, parce que ceux dont on s'était servi avaient été suivis de récidive. Or celle-ci tenait le plus souvent à ce que le sujet était jeune et conservait l'aptitude pathologique spéciale en vertu de laquelle le mal s'était produit une première fois. Pour ma part, je n'ai pas eu l'occasion d'observer la récidive après vingt-cinq ans, et j'en conclus que, tout en donnant les soins les plus propres à éviter le retour du mal, il ne faut pas attendre d'un procédé quelconque une guérison définitive, certaine, tant que le sujet n'aura pas atteint sa vingt-troisième ou sa vingt-quatrième année.

» 2° Pour le *valgus douloureux*, que je nomme aussi tarsalgie, j'ai établi que cette maladie tenait à une arthro-ostéite spéciale du tarse, qui se développe par suite de l'accroissement de cette partie du squelette, et que l'indication capitale était de faire cesser la douleur de la marche et la contracture concomitante des muscles de la jambe, et, en les faisant cesser, d'empêcher une terminaison par rétraction musculaire, valgus permanent et ankylose. Les meilleurs moyens pour obtenir ce résultat sont : le repos, les appareils inamovibles, quelquefois la ténotomie des péroniers latéraux et l'électricité. Mais tant que le sujet est jeune une récidive n'est pas toujours inévitable.

---

l'ivresse soit dissipée, s'il n'y a pas moyen de la soigner autrement. Si la personne en état d'ivresse commet quelque scandale, compromet la tranquillité ou la sécurité publique, elle devra être immédiatement conduite en prison; l'ivresse une fois dissipée, elle sera remise en liberté, à moins qu'elle n'ait commis pendant l'ivresse quelque crime ou délit entraînant l'arrestation.

» Art. 8. — Toutes les amendes prescrites par la présente ordonnance devront être distribuées de la manière suivante : L'accusateur (1) aura les deux tiers de la somme et le reste sera destiné aux pauvres de la commune, dans laquelle le délit d'ivresse aura été commis.

» Art. 9. — L'ivrogne trop pauvre pour payer les amendes prescrites par la présente ordonnance sera mis en prison, au pain et à l'eau, pendant le temps prescrit chapitre v, article 4 de la loi du 10 juin 1841. Si, outre l'ivresse, il y a eu quelque autre faute commise, de nature à modifier la peine, on suivra les prescriptions de la déclaration royale du 23 mars 1807, article 8.

» Art. 10. — Les infractions à la présente ordonnance seront jugées par le tribunal ordinaire; mais si celui qui est accusé d'ivresse est en même temps accusé de quelque crime ou délit commis pendant cette ivresse, crime ou délit qui, d'après quelque loi ou quelque pratique particulière, doit être jugé par un tribunal spécial, ce même tribunal jugera les deux cas.

» Art. 11. — L'autorité locale surveillera avec zèle l'exécution de la présente loi et dénoncera les infractions commises contre elle; en cas de négligence elle pourra elle-même être poursuivie. Les infractions qui n'auront pas été dénoncées six mois après avoir été commises, ne pourront donner lieu à aucune poursuite. »

Ni en Suède, ni en Norwége, il n'existe d'asiles spéciaux

(1) Agent subalterne de police.

» 3° Pour l'*ostéite épiphysaire suppurante aiguë*, lorsqu'elle n'a pas été assez intense pour nécessiter une amputation primitive ou amener la mort, et lorsque la terminaison a lieu par une nécrose de longue durée, je conseille de ne pas se laisser entraîner trop vite à une amputation consécutive, car j'ai vu en pareil cas la nécrose cesser et la guérison définitive avoir lieu lorsque le sujet, arrivé à vingt-cinq ou vingt-six ans, avait perdu la prédisposition à l'ostéite suppurante, qui était une conséquence de l'âge, d'une aberration de la nutrition au moment de la soudure des épiphyses.

» 4° Pour ce qui est de l'*exostose épiphysaire* ou de développement, mes observations m'ont appris que cette tumeur cessait de s'accroître et d'être douloureuse une fois que le sujet avait passé l'adolescence, et comme l'ablation est une opération dangereuse, je donne le conseil de temporiser et d'abandonner le mal à lui-même.

» 5° Pour l'*exostose sous-unguéale* du gros orteil, maladie trop gênante et trop douloureuse pour que le chirurgien n'intervienne pas, l'objection faite à la plupart des procédés d'ablation est encore la récidive. Mais ici, comme pour l'ongle incarné, j'ai vu que si la récidive avait lieu tant que le sujet était jeune, elle cessait une fois la période adulte arrivée.

» 6° Mais c'est surtout pour les *gros polypes* fibreux naso-pharyngiens, pour ceux dont les dimensions ne permettent pas de les traiter, même d'une façon palliative, sans une opération préliminaire qui ouvre un accès vers leur implantation, que la considération de l'âge a des conséquences capitales. Je rejette la résection du maxillaire supérieur, parce qu'elle expose la vie et laisse une mutilation de la face sans assurer d'une façon absolue contre la récidive. Je donne la préférence à l'ouverture du voile du palais et de la voûte palatine, par le procédé de M. Nélaton, et je me résigne à ne faire que des opérations palliatives par excision et cautérisation, afin de conserver la vie du patient jusqu'à l'époque où, devenu adulte, il aura perdu, selon toute probabilité, la prédisposition à la durée et à la reproduction de sa tumeur. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. LARREY.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Une lettre de M. le docteur *Carlotti* (d'Ajaccio) accompagnant l'envoi d'un mémoire sur le mauvais air en Corse. — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 et 1871 dans les départements de l'Ariége, de Loir-et-Cher, d'Indre-et-Loire, et dans les arrondissements de Toulouse et de Villefranche. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *de Puisaye* sur le service médical des eaux minérales d'Enghien. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Ollier* (de Lyon), qui sollicite le titre de membre correspondant national. — *b*. Des lettres de remerciements de MM. les docteurs *Barudel* et *Chabannes*, lauréats des derniers concours.

M. *Berthelot* offre en hommage un ouvrage intitulé : TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE CHIMIE ORGANIQUE.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Tholozan*, une brochure intitulée : OBSERVATION SUR LE CHOLÉRA.

M. *Pidoux* présente un volume intitulé : L'HERPÉTISME, par M. le docteur *Gigot-Suard*, médecin consultant aux eaux de Cauterets.

M. *Jules Guérin* dépose sur le bureau, de la part de M. *Germond de Lavigne*, un travail sur la législation des eaux minérales en France, et un volume de la GAZETTE DES EAUX (année 1871).

« Le travail de M. Germond de Lavigne sur la *législation des eaux minérales* est, dit M. Guérin, une étude complète de la situation qui résulte aujourd'hui d'un régime de tradition tombé successivement en caducité, auquel il serait intéressant de soustraire ces utiles ressources de la thérapeutique, dans l'intérêt de la science, de la profession médicale et des malades. » (La *Gazette hebdomadaire* s'occupera de ce travail.)

M. le professeur *Bardinet* (de Limoges), membre correspondant, assiste à la séance.

SUR UN NOUVEAU LAUDANUM. — Dans la séance du 9 janvier dernier, M. le docteur *Delioux* (de Savignac) soumettait au jugement de l'Académie la formule d'un nouveau laudanum, destiné à remplacer « avec avantage » le laudanum de Sydenham. L'auteur signalait, dans sa note, les imperfections du laudanum classique, et proposait de modifier cette préparation, suivant lui défectueuse, en remplaçant l'opium brut par l'extrait thébaïque, et la cannelle pure par l'hydrolat de cannelle. La commission académique, chargée d'examiner le travail de M. Delioux, et composée de MM. Mialhe et Gubler, a rendu, par l'organe de M. *Boudet*, son rapporteur, un verdict en faveur de Sydenham. D'accord avec la commission du Codex, elle a décidé que le nouveau laudanum ne répondait à aucun besoin réel de la thérapeutique, et qu'il n'y avait pas lieu de lui accorder les honneurs d'une approbation officielle ni d'une inscription dans la Pharmacopée française.

M. *Béhier*, sans combattre les conclusions du rapport, fait des réserves sur les éloges accordés par M. Boudet au laudanum de Sydenham. Ce médicament lui inspire la plus profonde répugnance, à cause de son goût de safran. Il n'a jamais pu le prendre sans éprouver des nausées et même des vomissements. Aussi le remplace-t-il, depuis longtemps, par une teinture équivalente, renfermant rigoureusement les mêmes proportions d'opium que le laudanum, mais dans laquelle l'essence de menthe est substituée avantageusement au safran.

M. *Briquet* convient que le laudanum de Sydenham est fort désagréable à la bouche; mais il ajoute que ce remède n'a point son pareil pour être administré en lavement.

L'Académie adopte les conclusions proposées par M. Boudet.

---

pour les ivrognes; mais un certain nombre de communes ont institué des maisons de travail, analogues aux *workhouses* anglais, où l'on peut enfermer, pour un temps plus ou moins long, l'ivrogne qui vit d'ordinaire à l'état de vagabondage, ou dont la famille n'a d'autres ressources que les secours fournis par les bureaux de bienfaisance.

Toute législation doit être jugée surtout par les résultats qu'elle donne, et sous ce rapport les faits témoignent de la manière la plus heureuse en faveur des mesures adoptées en Suède et en Norwége. Nos correspondants, d'une compétence parfaite en pareille matière, s'accordent à le constater.

« Ces lois sont en vigueur depuis une génération, dit le » docteur Sandber; comme philanthrope et membre d'une » société de tempérance, j'ai suivi attentivement les effets » qu'ont exercés ces lois et ces sociétés. Aussi est-ce avec un » grand plaisir que j'atteste que, grâce à la coopération des » unes et des autres, l'état des choses s'est considérablement » amélioré. »

Le docteur Salomon est encore plus affirmatif : « L'expé» rience de vingt années prouve que cette législation nouvelle » a produit des résultats très-favorables. La nation tout entière » paraissait menacée par les progrès de l'ivrognerie; aujour» d'hui le mal est conjuré et le peuple paraît sauvé d'une pa» reille perspective; partout l'intempérance a notablement » diminué, et au lieu d'eau-de-vie on consomme une grande » quantité de bière et de café; aussi la condition du peuple » s'est-elle beaucoup améliorée, au moral comme au phy» sique. »

Puissent des exemples aussi encourageants ne pas être perdus pour notre pays!

EMPLOI EXAGÉRÉ DE L'ALCOOL COMME MÉDICAMENT EN ANGLETERRE, ET RÉACTION CONTRE CET ABUS.

Partout les médecins se sont signalés au premier rang parmi ceux qui ont entrepris de lutter contre l'alcoolisme. Plus à

Hydrologie médicale. — M. *Mialhe*, au nom de la commission des Eaux minérales, lit deux rapports tendant à autoriser, pour l'usage médical, l'exploitation de deux sources nouvelles, l'une ferrugineuse, à Saint-Louis (Puy-de-Dôme), l'autre sulfureuse, à Saint-Gouaix (Basses-Pyrénées). Les conclusions favorables de ces rapports sont adoptées.

Enseignement élémentaire de l'hygiène dans les lycées et les collèges. — On n'a pas oublié que l'Académie a été invitée par M. le ministre de l'instruction publique à rédiger un programme pour l'enseignement de l'hygiène élémentaire dans les lycées et les collèges. M. Vernois, chargé de dresser ce programme, s'est acquitté de son mieux d'une tâche que rendait délicate et difficile la nécessité de renfermer un sujet très-vaste dans les limites étroites d'un petit nombre de conférences. Le ministre ne demandait que six leçons; M. Vernois, malgré des prodiges de concision, a été forcé d'aller à huit.

Un des membres de la commission, M. *Devergie*, loue et approuve l'ensemble du programme ; mais il blâme les grandes divisions en chapitres et surtout la multiplicité et le numérotage des subdivisoins qui, suivant lui, ont l'inconvénient de ne pas laisser une liberté suffisante à l'initiative et au libre choix du professeur. Il aurait mieux aimé un plan avec des indications plus sommaires et des détails moins minutieux. Il fait remarquer en outre le contraste et le défaut d'harmonie qui existent entre certaines leçons, qu'il trouve trop chargées, telle, par exemple, que la sixième, et d'autres, comme la septième, dont les proportions sont beaucoup moindres.

M. Devergie adresse aussi quelques critiques au paragraphe concernant les affections contagieuses, virulentes et parasitaires. Parler de ces maladies, c'est sortir de l'hygiène pour entrer dans le domaine de la médecine; or, rien n'est plus dangereux que d'initier les gens du monde à des notions de pathologie, dont ils ne peuvent faire qu'un mauvais usage. L'honorable académicien voudrait encore qu'on effaçât du programme ces mots de « gale », de « teigne », etc., qui le déparent sans aucune raison plausible. Quant aux secours à donner aux asphyxiés, aux pendus et aux noyés, qui forment aussi la matière d'une conférence, M. Devergie n'en voit pas l'opportunité, en présence des instructions et ordonnances de police répandues à profusion sur ce sujet. Même observation à propos de la conférence consacrée à l'étude des poisons et de leurs effets. Comment parvenir à donner en une heure des notions suffisantes sur des matières si délicates et si graves! L'honorable académicien aimerait mieux une leçon consacrée à la prophalaxie des maladies épidémiques.

M. Devergie voudrait que l'enseignement de l'hygiène fût confié, dans les lycées, à des agrégés de Faculté ou à des professeurs d'écoles préparatoires de médecine, et dans les collèges à des médecins faisant partie des conseils d'hygiène et de salubrité. Ce ne serait qu'à défaut de ces professeurs ou de ces médecins que le cours d'hygiène serait laissé aux médecins de l'établissement.

Enfin, M. Devergie demande que les conférences d'hygiène aient lieu n'ont pas *à la fin* des cours de rhétorique ou de philosophie, mais *pendant* ces cours, de manière à y faire participer le plus grand nombre d'élèves possible.

Un autre membre de la commission, M. *Delpech*, prend chaudement la défense du programme auquel il a collaboré. La seule concession qu'il accorde aux critiques de M. Devergie, c'est la suppression de la conférence concernant les secours à donner aux asphyxiés, aux pendus et aux noyés.

M. *Boudet* donne son approbation au travail de la commission. Au lieu d'en rien retrancher, il demande qu'au chapitre relatif à l'hygiène alimentaire on ajoute l'indication des conditions favorables ou défavorables à une bonne digestion.

M. *Vernois*, répondant aux critiques de M. Devergie, justifie la division du programme par chapitres et par questions. C'est une affaire d'ordre, et la seule bonne manière de se conformer au désir exprimé par le ministre de l'instruction publique. M. le rapporteur consent volontiers à effacer de son travail les mots « teigne », « gale », etc. ; mais il maintient la nécessité de signaler aux jeunes gens le danger des maladies contagieuses et les moyens de s'en préserver. Il ne s'oppose nullement à ce qu'on ajoute quelques notions relatives à la prophylaxie des épidémies, et il sacrifie de bonne grâce les conférences qui traitent des poisons et des préjugés et erreurs populaires.

Quant au choix des médecins chargés de l'enseignement de l'hygiène dans les lycées et les collèges, M. Vernois n'en voit pas qui soit préférable à celui du médecin de l'établissement. Il est connu des élèves, il jouit généralement de la confiance des familles, et il est plus apte qu'un médecin étranger à juger de la direction qu'il doit donner à ses conférences pour les rendre le plus fructueuses que possible à ses jeunes auditeurs. Enfin, il y a là une question d'économie qui n'est pas indifférente, le médecin du lycée ou du collége pouvant se contenter d'honoraires plus modestes que ceux qu'on attribuerait à un agrégé ou à un professeur. — MM. *Chauffard*, *Bouillaud* et *Larrey* contestent l'opportunité et l'utilité des conférences d'hygiène dans les colléges et les lycées. Ces honorables académiciens craignent qu'un pareil enseignement ne porte pas les fruits qu'on en attend, qu'il ne soit pas pris au sérieux par les élèves, qu'il ne devienne pour eux un objet de risée, et même qu'il ne nuise à la bonne discipline en fournissant à quelques écoliers malicieux des prétextes de plaintes contre les dispositions matérielles de la maison, ou des arguments d'opposition contre le régime alimentaire. MM. Larrey, Bouillaud et Chauffard estiment qu'il vaudrait mieux instituer ces

---

même qu'aucune autre classe de citoyens d'apprécier les ravages physiques et moraux engendrés par les habitudes d'intempérance, ils ont aussi, plus que personne, travaillé à conjurer le mal par leurs avertissements et leur initiative.

Ne paraît-il pas invraisemblable qu'à côté de cette action, que personne ne conteste, on puisse aussi attribuer au corps médical une influence toute contraire, et lui reprocher d'avoir contribué, par ses prescriptions, à faire naître le goût de l'ivrognerie et à en propager l'habitude? C'est pourtant ce qui a lieu en Angleterre, depuis quelques années; après être restée pendant assez longtemps discrète et limitée à un cercle professionnel restreint, l'accusation en est arrivée aujourd'hui à s'affirmer hautement devant l'opinion publique et à provoquer une sorte de discussion générale de la question, dont tous les journaux inscrivent chaque jour les éléments.

Sans pouvoir entrer dans tous les détails d'une polémique qui remplirait déjà des volumes, nous en indiquerons les principales phases et citerons quelques-uns des documents les plus importants.

Tout le monde sait que la pratique de la médecine n'échappe pas aux entraînements de la mode et de l'engouement. Elle se règle sur les théories en vogue et en pousse souvent les conséquences à l'excès. Depuis un certain nombre d'années, l'une des idées théoriques qui paraît avoir dominé parmi la majeure partie des médecins anglais, c'est que, dans presque toutes les maladies, la constitution souffre plus ou moins d'*asthénie;* d'où la nécessité de remonter l'économie par l'usage des stimulants; et parmi les stimulants une préférence presque exclusive a été donnée à l'alcool sous la forme de vins généreux (Porto et Sherry), d'eau-de-vie ou autres spiritueux. Deux médecins connus, morts depuis peu, les docteurs Tweedie et Todd, ont été les principaux promoteurs de cette pratique et ont recommandé l'emploi de l'alcool, même à doses élevées, dans la plupart des pyrexies et des maladies inflammatoires. D'autres se sont chargés de généraliser la méthode et de

conférences d'hygiène dans les grandes écoles spéciales, école polytechnique, école de Saint-Cyr, écoles normales surtout.

M. *Vernois* partage l'opinion de ses trois collègues en ce qui touche le dernier point. Il rappelle même, à cette occasion, qu'il existe quelque part, dans les cartons du ministère de l'instruction publique, un programme en 25 leçons pour l'enseignement de l'hygiène dans les grandes écoles du Gouvernement. Ce programme, très-complet, avait été rédigé sur la demande de M. Duruy, et discuté, à la Sorbonne, dans une réunion présidée par le ministre lui-même, et composée des hauts dignitaires de l'Université. La chute de M. Duruy a seule empêché la réalisation de cet utile projet.

En ce qui touche les scrupules exprimés par MM. Bouillaud, Chauffard et Larrey, ils ne sont aucunement partagés par M. Vernois, ni par la majorité, qui décide que le programme des conférences d'hygiène sera renvoyé à la commission pour recevoir des modifications conformes aux amendements proposés par M. Devergie.

A. LINAS.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

CORRESPONDANCE. — NOMINATION DE COMMISSIONS. — DE L'INTERVENTION DES EAUX MINÉRALES D'AIX (SAVOIE) DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE ET LES BLESSURES DE GUERRE. — SUPPURATION DES LÉSIONS TRAUMATIQUES INTERSTITIELLES. — PRÉSENTATION DE PIÈCES. — PRÉSENTATION DE MALADES.

M. *Verneuil* présente, au nom de M. Saboia, de Rio-Janeiro, deux volumes de *clinique chirurgicale*, et une thèse *sur les fractures compliquées;* au nom de M. Mascarel, une thèse intitulée : *Considérations sur le siége des lésions traumatiques, avec proposition d'une nouvelle classification;* et, enfin, en son nom, deux mémoires imprimés : *Sur l'étiologie et le mécanisme des lésions traumatiques*, et *Sur les tumeurs gommeuses de la région inguinale.*

— M. *le Président* désigne trois commissions, chargées de faire des rapports, s'il y a lieu, sur les sujets suivants :

Commission de l'ovariotomie : MM. Blot, Panas et Labbé.

Commission pour l'étude du pansement des amputés : MM. Chassaignac, Guérin, Sée.

Commission pour l'étude des plaies de guerre : MM. Legouest, Perrin, Desprès.

— M. *Davat*, membre correspondant, lit un travail sur l'intervention des eaux d'Aix en Savoie, dans la pratique chirurgicale et les blessures de guerre. Il divise ainsi les 130 malades traités à l'ambulance de l'hôpital :

1° Atrophies musculaires, 16 cas. Trois causes les ont produites : les plaies, les contusions, le passage d'un projectile à travers les tissus. Vingt jours de traitement local à l'aide de douches ont ramené la circulation dans les muscles, où la nutrition a complété la guérison trois mois après.

2° Adhérences articulaires et tendineuses : immobilité, roideur, 12 cas. Vapeurs locales, douches d'eau, gymnastique; guérison. Il n'y a rien à espérer dans les ankyloses.

3° Plaies, 60 cas. L'application des eaux d'Aix sur les plaies demande un grand discernement; il faut s'en abstenir quand la plaie est enflammée, douloureuse.

4° Blessure des os. Sous l'influence des eaux, le périoste devient le siége actif d'un travail de réparation. Onze guérisons de carie. Deux cas de nécrose. Les esquilles erratiques méritent, par leur originalité, d'être connues. Ce sont des fragments d'os voyageurs sans manifestation suppurative, qui font des étapes et donnent lieu à des symptômes proportionnels aux tissus qu'ils traversent. Trois cas. Dans l'un, un fragment détaché de la tête du radius s'était logé dans l'épaisseur du muscle fléchisseur commun des doigts; il avait le volume d'un pois. Chez un soldat, un fragment parti de la crête de l'os des iles avait gagné jusque dans l'épaisseur du triceps crural. Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'une aiguille osseuse détachée de l'acromion.

5° Inertie des membres, insensibilité de la peau, suites de plaies ou d'opérations. Quinze guérisons par un traitement de vingt jours.

6° Cachexies, 19 cas. Les constitutions appauvries, détériorées, se modifient, les fièvres cèdent, les rhumatisme disparaissent. Trois malades affectés d'une anémie profonde ont succombé, l'un à une hémorrhagie, les deux autres à une lientérie indomptable.

M. *Giraldès*. — Il est bien certain qu'une plaie sous-cutanée chez des individus de constitution délabrée, scrofuleux, pourra suppurer. M. Verneuil cherche à montrer que les diathèses peuvent avoir une influence marquée dans la marche des plaies; et c'est pour sa démonstration qu'il a choisi d'abord l'empoisonnement de l'organisme par l'infection purulente.

M. *Verneuil*. — J'ai voulu prendre d'abord un exemple simple, pour montrer l'influence des diathèses sur les déterminations locales des maladies.

M. *Chassaignac*. — M. Verneuil est allé prendre des lésions tellement graves, complexes, que de ces lésions mêmes pour certaines personnes résulte une décomposition du sang, avant même la suppuration de la plaie; j'ai des faits, je les produirai. J'ai montré à la société une fracture accompagnée d'ostéo-myélite et suivie d'infection purulente, sans un atome de plaie ouverte. Vos faits ne démontrent pas ce que vous voudriez démontrer. Je pense vous citer une diathèse purulente : les individus travaillant les peaux de lapins, ayant la *chair mauvaise*, c'est leur expression, suppurent à la moindre piqûre, à la moindre lésion; ils ont une diathèse purulente.

---

l'adapter presque exclusivement à toutes les maladies aiguës ou chroniques de l'âge mûr, de l'enfance et de la vieillesse (1). Puis on l'a étendue aux indispositions et aux simples malaises; pour un grand nombre de praticiens, le besoin de stimulant est devenu une indication universelle qu'ils retrouvent dans tous les cas de maladie grave, légère ou même absente, et à laquelle répond fatalement la prescription banale de quelques verres de vin ou de spiritueux, ce qui convient à un trop grand nombre de clients. Ceux-ci, suivant une pratique commune en tous pays, n'hésitent pas à recourir au remède sans retourner chez le médecin, et arrivent même parfois jusqu'à se mettre habituellement en état d'ivresse, sous prétexte de suivre un traitement et d'obéir à une prescription médicale. L'habitude une fois prise devient de plus en plus impérieuse et conduit progressivement à l'alcoolisme confirmé.

Quelque étrange que puisse paraître ce tableau, dont heureusement il serait bien difficile de trouver le pendant dans notre pays, il n'a, croyons-nous, rien d'exagéré, et de nombreux renseignements privés nous ont été donnés depuis longtemps sur cette tendance fâcheuse de la pratique anglaise, tant par des médecins que par des personnes du monde.

Il ne faut pas croire cependant qu'il n'y ait pas d'exception; quelques praticiens ont toujours refusé de s'y associer, et il est dans le nombre des professeurs éminents qui n'ont pas hésité à protester contre un pareil abus. Les protestations ont d'abord été individuelles.

Dès 1864, le professeur Gairdner, d'Edimbourg, déclarait (*The Lancet*, 12 mars 1864) que l'on pouvait diminuer de beaucoup la mortalité dans la fièvre typhoïde en réduisant

(1) Comme toujours, cette théorie a ses fanatiques intolérants; dans une notice écrite par un médecin anglais sur certains asiles d'aliénés qu'il avait visités en France, et où il avait trouvé tout mal, nous n'avons pas été médiocrement étonné de lire que par négligence, nous laissions nos malades en proie à toutes les violences du délire maniaque, alors qu'il aurait été si simple de les calmer par de larges doses d'alcool fréquemment répétées. Nous avouons que nous n'avons pas été convaincu et que nous n'avons pu adopter l'emploi de l'eau-de-vie outrance comme méthode de traitement pour la manie aiguë.

M. *Verneuil*. — Je n'ai jamais nié l'intoxication avant la suppuration ; mais il était inutile de la faire intervenir dans cette question.

— M. *Brachet* (d'Aix) présente l'observation et la pièce d'une tumeur vasculaire occupant tout le corps de l'utérus et ne renfermant pas moins de 5 litres de sang à l'autopsie de la tumeur. Selon l'auteur, il s'agit d'un angio-fibrome utérin. (Renvoyée à une commission composée de MM. Blot, Tarnier et Le Fort.)

— M. *Le Fort*. — Dans la dernière séance, M. Panas nous a présenté une femme opérée d'*ovariotomie* et guérie dans l'un des chalets de l'hôpital Saint-Louis. Aucun cas de guérison n'avait encore été observé, nous dit notre collègue, dans les salles ordinaires de nos hôpitaux. M. Panas avait raison, car le cas que je vais vous rapporter n'avait pas été publié ; c'est ce qui m'engage à vous présenter cette malade. Il s'agit d'une femme de vingt ans, non mariée, entrée le 20 août 1871 à l'hôpital Cochin. Le ventre commença à grossir quatre mois avant l'entrée à l'hôpital, et d'abord du côté gauche. Un mois avant l'opération, vives douleurs de ventre et signes d'une légère péritonite.

L'opération fut faite le 7 décembre, dans une des salles du service d'accouchement, salle à ce moment vide de femmes en couches malades. Je séparai le péritoine adhérent à la paroi du kyste, qui fut ensuite ponctionné et attiré au dehors. Il fallut éponger et arrêter le sang qui coulait en nappe de la surface des adhérences détruites. La plaie fut fermée par six points de suture métallique à points séparés comprenant le péritoine. Dans l'intervalle, sutures entortillées ne comprenant que la peau et les muscles.

La malade, abondamment nourrie, ayant toujours à sa disposition des vins généreux, ne présenta aucun symptôme inquiétant. Le pansement ne consista jamais qu'en compresses imbibées d'eau alcoolisée. La cicatrice ne cède sur aucun point, et une simple ceinture de coutil suffit pour protéger l'abdomen.

M. *Verneuil*. — Depuis M. John Hunter, on sait que les lésions traumatiques se comportent tout différemment, suivant qu'elles sont exposées ou soustraites à l'action de l'air. La suppuration qui constitue la règle pour les premières est, au contraire, pour les secondes, une rare exception. Cette vérité générale, signalée par l'illustre chirurgien anglais, a été rééditée par un auteur contemporain qui a poussé l'exagération jusqu'à dire que les lésions traumatiques sous-cutanées ne suppuraient jamais. L'observation a promptement fait justice d'une assertion aussi absolue. Il n'est pas un chirurgien qui n'ait vu le pus se former dans le foyer d'une contusion simple, d'une fracture, d'une entorse, d'une rupture musculaire, etc., lors même que les désordres primitifs étaient peu graves en apparence et en réalité.

Il faut reconnaître, toutefois, que ces faits sont assez rares, si l'on prend soin surtout de distraire du groupe des lésions sous-cutanées les lésions cavitaires, c'est-à-dire celles qui intéressent une cavité naturelle ou accidentelle dont le contenu (sécrétion ou excrétion) agit sur nos tissus d'une façon plus nuisible encore que l'air atmosphérique. Mais ce départ fait, il reste encore des cas où la suppuration se montre, contre toute attente, par le fait d'une exception aux règles générales qui régissent l'évolution des blessures interstitielles. Cette anomalie ne peut s'expliquer que par l'adjonction à l'action vulnérante commune de quelque cause locale ou générale, capable de démentir la bénignité ordinaire du pronostic. Ces causes sont indiquées : on note une irritation trop forte développée dans le foyer traumatique par un exercice intempestif de l'organe blessé, par une attrition trop considérable des tissus profonds masquée par l'intégité des téguments, par une thérapeutique intempestive ; enfin, on accuse un mauvais état de la constitution du blessé, entraînant une disposition spéciale à la formation du pus.

Toutes ces explications sont acceptables et journellement confirmées par l'observation clinique ; mais elles ne désignent pas toutes les obscurités ; elles ne nous apprennent pas pourquoi les causes précitées restent souvent sans effet, et pourquoi l'anomalie en question, c'est-à-dire la suppuration, se montre dans des foyers traumatiques dépourvus de toute complication et chez des sujets en apparence exempts de toute tare constitutionnelle. Il faut donc, pour éclairer ce point de pathologie générale, recourir à l'observation, rassembler des faits, les exposer avec détail et en déduire la signification. Ayant observé plusieurs cas de ce genre, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous les communiquer, et d'en chercher avec soin l'interprétation rationnelle.

Obs. I. Lésions traumatiques multiples. — Pyohémie. — Suppuration dans le foyer d'une fracture simple du péroné.

Un jeune homme de vingt et un ans, bien constitué et toujours bien portant, entre dans mon service en 1868 pour des lésions traumatiques multiples : plusieurs contusions ; plaie contuse de la région sourcilière gauche avec dénudation du frontal ; à la partie moyenne du péroné droit fracture extrêmement simple sans déplacement, sans contusion de la peau, et qui ne fut reconnue qu'à la douleur circonscrite et à l'ecchymose tardive. Le malade fut apporté à l'hôpital sans avoir fait un seul pas. Jusqu'à la mort, cette fracture ne détermina pas le moindre symptôme local appréciable. La plaie frontale fut le point de départ d'une infection purulente qui entraîna la mort vingt-cinq jours après l'accident. A l'autopsie, outre les abcès métastatiques et une méningite suppurée, on trouve, en examinant la fracture, le deux bouts osseux en contact parfait, mais baignant dans la suppuration ; environ 2 grammes de pus ; les veines péronières étaient saines.

Obs. II. Fractures multiples. Phlegmon sous-pectoral. Pleurésie,

---

la quantité de stimulant alcoolique ordinairement administré, surtout pour les malades jeunes. Sur 595 cas de tout âge traités sans alcool, la mortalité avait été de 11 pour 100, tandis que dans les cas traités par l'alcool à larges doses, la mortalité ordinaire était de 18 pour 100 ; mais la différence est bien plus marquée encore pour les cas de fièvre typhoïde chez les jeunes gens ; sur 189 cas de ce genre, la mortalité n'a été que de 1 pour 100, tandis que d'après les données contenues dans le livre de Todd sur les maladies aiguës, les mêmes cas traités par l'alcool auraient fourni 35 décès.

Le professeur Bennet n'est pas moins explicite : « Dans ma pratique, dit-il, qui remonte maintenant à trente ans, j'ai presque invariablement repoussé l'usage du vin dans le traitement de la fièvre. »

Le docteur Wilks, professeur à l'hôpital de Guy, dit en 1865 : « Actuellement, beaucoup de médecins recommandent comme une méthode universelle l'emploi de l'alcool dans tous les cas de fièvre typhoïde ; mais la plupart paraissent ignorer que cette maladie, laissée à elle-même, est très-rarement mortelle dans la jeunesse ; presque tous les cas qui ont eu, à ma connaissance, une terminaison fatale, étaient des cas dans lesquels on avait donné, au commencement de la maladie, des doses considérables de stimulants. »

Le même professeur, dans une leçon clinique très-remarquable, faite en 1867, a cru devoir insister auprès de ses élèves sur les dangers de la pratique ordinaire.

« ... Grâce à l'opinion généralement admise que les liqueurs alcooliques ont la propriété de donner des forces, la plupart des gens croient devoir en prendre d'autant plus qu'ils se croient plus faibles. En santé ordinaire ils se contenteront de bière ; s'ils se sentent malades il leur faudra du vin ; s'ils sont très-malades l'eau-de-vie deviendra nécessaire. Et, j'ai le regret de le dire, bien des membres du corps médical pactisent avec cette opinion ; si leur client est faible, il faut le soutenir, ce qui trop souvent implique l'idée de fortes doses d'alcool et de vin. Ce pacte entre le médecin et le malade

péricardite, méningo-encéphalite; suppuration d'un foyer de fracture non exposée.

Un individu de vingt-sept ans, adonné à la boisson, tombe d'une hauteur de 4 mètres sur un amas de fonte. Relevé sans connaissance et apporté immédiatement à Lariboisière, le 20 novembre 1871. Écorchures multiples de la face, plaie contuse de la région malaire gauche. Écoulement sanguin abondant par les deux oreilles, plaie contuse du thorax vers le mamelon gauche; le grand pectoral est ouvert dans toute son épaisseur, fracture du sternum; fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche avec déplacement modéré, etc. Le malade reprit connaissance. Mort le 24 dans la nuit, dans le délire. A l'autopsie, lésions de la méningo-encéphalite; fracture de la base du crâne; fracture directe de l'os malaire gauche, avec un peu de suppuration entre les fragments; phlegmon sous-pectoral; péricardite; pleurésie gauche. Les méninges renfermaient un liquide séro-purulent. Le foyer de la fracture de l'extrémité inférieure du radius est rempli de pus, ainsi que les articulations radio-carpienne et radio-cubitale inférieure.

Obs. III. Plaie contuse du périnée. Contusions multiples. Fractures du tibia. Septicémie aiguë. Double arthrite tibio-tarsienne. Mort.

Enfant de onze ans, entré le 21 août 1871 à Lariboisière. Cet enfant est tombé dans un puits le matin même de son entrée; au périnée, plaie contuse, large et profonde; dès le 23 août, fièvre intense; le 26, l'enfant accuse pour la première fois une douleur vive dans la jambe droite. Mort le 31 août. A l'autopsie, outre la plaie et le décollement du périnée, pus dans les articulations tibio-tarsiennes; à droite, une petite fracture intra-articulaire. Fracture au quart inférieur du tibia gauche, et communiquant par une fissure avec l'articulation du pied.

Obs. IV. Lésions multiples. Fracture de la paroi antérieure du sinus frontal et de la lame criblée de l'ethmoïde. Fracture intra-articulaire du radius droit. Méningo-encéphalite. Suppuration de la fracture du radius.

Homme de quarante ans, adonné aux boissons alcooliques; chute sur la face, entré à l'hôpital en décembre 1871. On constate la fracture du sinus frontal; le cinquième jour, délire violent; mort le huitième jour. A l'autopsie, pus dans le sinus frontal, dans les méninges. L'articulation radio-carpienne est en suppuration; le rebord postérieur de la surface articulaire du radius était fracturé.

Dans chacun des quatre faits, il y avait plusieurs lésions traumatiques distinctes les unes des autres; une au moins de ces lésions était exposée, c'est-à-dire naturellement vouée à la suppuration. En revanche, les foyers profonds dans lesquels on a trouvé du pus, contre toute prévision, étaient simples, présentant peu de désordres primitifs. Mais dans tous les cas des accidents généraux graves, septicémie ou pyohémie, sont partis des plaies exposées, révélant, sans aucun doute, une intoxication du sang d'origine locale. Ces remarques permettent d'expliquer la déviation dans la marche naturelle des lésions non exposées. Ces faits prouvent que des lésions primitivement simples, chez des sujets de bonne constitution, ont été envahies par la suppuration sous l'influence d'une altération du sang provoquée per d'autres lésions contemporaines qui, elles, étaient vouées à l'inflammation et à la formation du pus. L'influence exercée par l'altération du sang, ici de date récente et de cause si manifeste, peut jeter une certaine lumière sur la suppuration des lésions interstitielles survenant sans autre lésion exposée contemporaine et hez des sujets antérieurement malades.

M. *Blot*. — Les blessés dont parle M. Verneuil avaient tous une plaie ouverte qui suppurait, et une plaie sous-cutanée qui a suppuré ensuite; pour le cas où il y a eu infection purulente, par exemple, on peut se demander si la suppuration de la plaie cachée n'est pas le fait de l'infection purulente.

M. *Verneuil*. — J'ai voulu démontrer que sous l'influence d'une septicémie causée par une plaie exposée, une plaie non exposée suppurait.

M. *Blot*. — Je trouvais la chose si simple, que je ne voyais pas la nécessité d'une démonstration. On ne saurait admettre qu'un endroit contus chez un septicémique ne dût pas suppurer, quand on voit des endroits sains être le siége de suppurations.

M. *Verneuil*. — On n'avait point établi, au moyen d'observations rigoureuses, l'influence de la septicémie sur les plaies cachées.

M. *Trélat*. — La question qui se pose à l'esprit est celle-ci : vous avez un septicémique, il va faire du pus à cause d'une infection purulente qui naît d'une plaie exposée. Y a-t-il du pus dans le foyer de la fracture ou dans la plaie non exposée avant la septicémie? On n'en sait rien. Il est très-probable que sans la septicémie, on n'aurait pas vu suppurer la lésion sous-cutanée. Ce n'est pas ici une plaie sous-cutanée qui suppure, c'est un point quelconque de l'individu intoxiqué qui suppure.

M. *Verneuil*. — J'admets les causes indiquées par les auteurs pour la suppuration des plaies sous-cutanées. Mais dans certains cas il y a une étiologie vague; c'est de cette étiologie vague que j'ai dégagé mon sujet. Voici une autre cause : empoisonnement du sang par une lésion à ciel ouvert contemporaine qui suppure.

BIBLIOGRAPHIE.

Principes de chimie biologique, par le docteur Ernest Hardy, avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée. 1 vol. grand in-18 de 560 p. — Paris, 1871; chez Savy.

La chimie appliquée à l'étude des phénomènes de la vie chez les êtres organisés a marché lentement à ses débuts. Il a fallu l'impulsion des plus grands chimistes de notre siècle pour la faire entrer dans la voie de progrès où elle est désormais engagée. La France peut revendiquer une part glorieuse dans les travaux qui ont ouvert les grandes voies de la chimie biologique; mais c'est en Allemagne surtout que cette science a pris de nos jours un développement pratique. Dans ce pays si richement pourvu d'institutions scientifiques, on lui consacre des chaires spéciales, des laboratoires nombreux, où des savants, adonnés d'une manière exclusive à ce genre de recherches, impriment aux études une direction ardemment suivie

---

aboutit à la prescription d'un excès de stimulants. Vous vous demandez sans doute à quelle maladie je fais allusion en parlant ainsi; mais je n'ai qu'à répéter le mot de malade, car la maladie fait peu à la chose, puisque le même traitement est applicable à tous les cas indistinctement, comme le prouve le raisonnement suivant, qui est bien simple : toutes les personnes qui sont malades se sentent faibles; leurs forces sont diminuées; elles ont besoin d'être soutenues; l'alcool est un soutien et un tonique; l'alcool est donc le remède de toutes les maladies. Et ceci n'est pas une plaisanterie; j'ai entendu la théorie présentée exactement dans ces termes; et en fait, elle est mise en pratique presque constamment par des médecins qui ne manquent jamais de prescrire de l'eau-de-vie à leurs clients toutes les fois qu'ils les trouvent faibles... Vous pouvez donc, si vous ne craignez pas de rabaisser votre profession à n'être qu'un métier, vous borner à tâter le pouls de vos clients, à leur dire qu'il est faible, que bien sûr ils ne se soutiennent pas assez, et à leur prescrire un bon nombre de verres de vin. S'ils sont atteints de quelque lésion organique désespérée, vous n'avez qu'à vous tourner vers la famille et à lui recommander de soutenir le malade en lui faisant prendre autant d'eau-de-vie qu'il pourra en avaler. Par cette méthode, vous êtes sûr de satisfaire votre monde; en effet, si vous omettiez d'y recourir, on pourrait vous accuser de l'avoir laissé glisser entre vos mains, tandis qu'en y recourant largement vous avez le mérite d'avoir fait pour le mieux. Ne craignez rien; tuez une douzaine de malades à force d'eau-de-vie; vous aurez toujours fait pour le mieux. Voilà, je vous le répète, un genre de pratique très-facile et très-productif. »

L'eau à perpétuité du docteur Sangrado était plus inoffensive.

Après les protestations individuelles de quelques médecins en renom, sont venues les protestations collectives; des conférences médicales, ou mixtes, mais où les médecins dominaient, ont eu lieu à plusieurs reprises pour soulever l'opinion publique et provoquer une réforme; deux réunions de ce

par la jeunesse des universités; de riches dotations encouragent et facilitent ces efforts. En France, où nos établissements scientifiques luttent sans cesse contre l'insuffisance de leurs ressources, ces recherches sont restées l'apanage d'un trop petit nombre d'adeptes : les laboratoires ne sont pas assez vastes ni assez riches pour s'ouvrir à tous les jeunes gens avides de s'instruire; les livres enfin font encore défaut sur cette branche de la chimie, ou du moins si les traités de haute science ne manquent pas, c'est dans de gros ouvrages qu'il faut aller chercher les notions dispersées qui doivent constituer la chimie appliquée à l'étude des lois de la vie. L'ouvrage que nous annonçons a pour objet de combler cette lacune; il expose la chimie biologique dans son ensemble; il établit les faits acquis, il suit les progrès de cette science, il en signale les *desiderata*. A ce titre, nous devons le mentionner expressément dans la littérature médicale contemporaine et en offrir à nos lecteurs une analyse succincte.

L'auteur débute par étudier quelques questions générales, telles que la formation et le passage successif de la matière organique dans les tissus des végétaux, puis de ces derniers dans la trame organique des animaux, et montre le rôle opposé de ces deux grandes classes d'êtres dans l'économie générale de la nature, les uns compliquant la molécule organique, les autres la ramenant à un état plus simple. M. Hardy divise en quatre groupes les opérations qui produisent ces résultats généraux, autrement dit les réactions qui se passent chez les êtres vivants : ce sont les oxydations, les réductions, les complications et dédoublements, et les fermentations. Ces dernières surtout, si nécessaires à connaître, sont décrites d'abord suivant les théories modernes dues à M. Pasteur, puis d'après les idées de MM. Béchamp et Estor, qui les font reposer sur l'existence des microzymas, et désignent ces phénomènes sous le nom de *zymoses*. Viennent ensuite des notions sur la constitution atomique des corps, sur l'isomérie physique et chimique, sur la polymérie, la métamérie et la kénomérie, puis une classification des substances qui entrent dans la composition des organes, avec des détails sur les matières albuminoïdes, leurs caractères distinctifs et leurs propriétés générales.

Toute cette première partie n'a pas reçu, selon nous, les développements qu'elle comportait. Dans son désir d'être court, M. Hardy a résumé trop sommairement des idées nouvelles et qui sont loin d'être également familières à la majorité de ses lecteurs : c'est surtout pour les idées de philosophie scientifique qu'il importe de multiplier les explications pour rendre ces idées élémentaires. M. Hardy, trop plein de son sujet, glisse souvent trop vite sur une formule, qui, surtout avec la nouvelle notation atomique, risque de n'être pas saisie aussi facilement par les médecins, déjà éloignés depuis plusieurs années du temps de leurs études, qu'elle pourrait l'être pour les jeunes gens qui suivent assidûment les cours de nos savants. Quelques pages de plus, des détails plus grands auraient été utiles aux personnes qui n'ont pas le temps de recourir aux ouvrages originaux de MM. Berthelot, Pasteur, etc.

Tout ce qui suit échappera bien plus facilement à ce reproche, dont nous ne voudrions pas d'ailleurs qu'on exagérât la portée. Entrant dans la chimie biologique proprement dite, M. Hardy adopte l'ordre le plus naturel, c'est-à-dire l'ordre physiologique, fonctions par fonctions. Il commence par les phénomènes de la digestion, et les suit dans leurs actes successifs. Pour la cavité buccale, il décrit la salive des diverses glandes, les différences que chacune de ces salives présente dans sa composition selon le nerf excité, les transformations qu'elles font subir à certains aliments, les produits anormaux qu'elles peuvent contenir, les concrétions et calculs auxquels elles donnent naissance.

La digestion stomacale est le sujet d'une étude analogue. On y trouve discutées les conditions indispensables à sa production normale, les faits contradictoires invoqués pour déterminer la nature de l'acide existant à l'état de liberté dans l'estomac, les procédés employés pour obtenir la pepsine, et son rôle pour l'élaboration des peptones.

L'auteur passe ensuite au foie, et étudie l'action de la bile dans l'acte de la digestion, le rôle du foie lui-même d'une part, agent de sécrétion du sucre, des acides biliaires et des matières colorantes de la bile, d'autre part, agent d'excrétion de la cholestérine, produit de décomposition du tissu nerveux, laquelle, par une transformation spéciale, s'élimine sous forme de stercorine. L'exposé du rôle physiologique de la bile est suivi de l'étude du suc pancréatique, du suc intestinal et de leur action sur les diverses substances ternaires ou quaternaires apportées par l'alimentation et déjà transformées dans les premières voies. Ces diverses sécrétions agissent d'une manière spéciale sur les aliments, forment les peptones, matières d'un examen délicat et dont la nature est encore discutée; les notions acquises à ce sujet sont nettement exposées dans ce traité de chimie biologique.

L'auteur aborde ensuite l'étude du sang et de la circulation. Il rapporte les expériences exécutées dans ces dernières années sur le sang, expériences qui ont changé les idées vagues admises autrefois sur le fluide nourricier. Il décrit la formation de la fibrine par la réunion de la substance fibrinoplastique et du fibrogène, suivant la théorie de Schmidt, et fait un examen approfondi du plasma et du sérum, complété d'ailleurs, pour la partie analytique, par les chapitres destinés aux liquides séreux. Il établit avec beaucoup de précision les recherches entreprises sur le sang à l'aide de l'analyse spectrale, les combinaisons de l'hémoglobine avec l'oxyde de carbone, le bioxyde d'azote, l'acide cyanhydrique, la formation de l'hémoglobine réduite de l'hématine, de l'hémine ou

---

genre ont eu lieu en 1869, l'une à Londres le 25 mai, l'autre à Birmingham le 2 septembre, et plusieurs autres se sont succédé dans différentes villes. Mais la plus importante de toutes est celle qui a été tenue le 31 octobre 1871 à Londres, dans la vaste salle d'Exeter-Hall. Un public très-nombreux s'était rendu à l'appel qui lui était adressé; six médecins ont successivement pris la parole et ont tous parlé en faveur de la tempérance en général, et d'une grande réserve dans l'emploi médical de l'alcool.

Enfin, en dehors même du concours presque unanime donné par la presse médicale au courant de réaction contre les exagérations de la médication alcoolique, un fait très-important et tout récent est venu montrer combien la réforme à cet égard est urgente, et combien elle préoccupe nos confrères anglais. C'est la déclaration suivante, émanant spontanément des membres les plus éminents du corps médical, qui a reçu les signatures de plus de 300 médecins attachés à des hôpitaux ou à d'autres établissements publics.

« Attendu que l'on croit que la prescription de fortes doses de liqueurs alcooliques, faites inconsidérément par les médecins à leurs malades, a été dans maintes circonstances l'occasion d'habitudes d'intempérance, les soussignés, sans vouloir abandonner l'usage de l'alcool dans le traitement de certains cas de maladie, affirment que dans leur opinion un médecin ne doit jamais prescrire cet agent sans savoir qu'il assume une grave responsabilité. Ils pensent que l'alcool, quelle que soit la forme sous laquelle il est administré, doit être toujours prescrit avec autant de soin que tout autre médicament puissant, et que l'on doit donner pour son emploi des indications assez précises pour ne jamais laisser croire qu'on en sanctionne l'abus, ni qu'on permet d'en continuer l'usage, l'occasion qui l'a fait prescrire étant une fois passée.

» Ils pensent aussi que bien des gens s'exagèrent immensément la valeur de l'alcool dans le régime alimentaire; et comme les membres du corps médical sont mieux placés qu'aucune autre classe d'hommes pour constater les mauvais

chlorhydrate d'hématine, et ces descriptions sont singulièrement facilitées par une planche chromolithographiée qui montre les bandes d'absorption caractéristiques de l'hémoglobine et de ses produits dérivés. M. Hardy insiste sur le parti important que les cliniciens peuvent tirer de ces nouvelles connaissances. Il énumère et discute les recherches faites sur les gaz du sang. Il décrit la machine pneumatique à mercure, qui devient d'un usage de plus en plus fréquent, et sert à reconnaître sans erreur possible la composition exacte des gaz dissous ou combinés d'une manière instable avec l'hémoglobine du sang, ainsi qu'à extraire les gaz des divers liquides de l'organisme.

Les phénomènes chimiques de la respiration, étudiés depuis longtemps déjà par la méthode de Lavoisier perfectionnée par M. Regnault, et par celle de M. Boussingault, ont été repris en Allemagne par ces méthodes combinées, mais exécutées sur une échelle immense qui élimine bien des causes d'erreur inévitables dans les anciennes expériences. Les travaux de Pettenkoffer et Voit, commencés déjà depuis près de dix ans, ont donné des résultats inattendus : ils ont montré les différences importantes que présente l'état de veille ou de sommeil, de travail et de repos, et l'influence de diverses maladies, telles que le diabète, la leucémie, sur les gaz expirés. Toutes ces recherches, rapportées en détail dans le livre que nous analysons, seront lues avec intérêt par les pathologistes, qui pourront y trouver d'utiles indications pour le traitement de diverses maladies.

M. Hardy rapporte les théories proposées pour expliquer l'origine de la chaleur animale; il montre que l'ancienne opinion, attribuant la chaleur à l'oxydation des aliments et le travail mécanique à l'oxydation des muscles, n'est plus soutenable aujourd'hui. Des expériences rigoureuses prouvent que les principales substances employées à produire le pouvoir musculaire ne sont pas azotées. Il s'ensuit que l'alimentation normale de l'homme, destinée à produire la plus grande somme de travail mécanique possible, demande seulement l'emploi d'une quantité de matière albuminoïde nécessaire au renouvellement de la fibre musculaire, et qu'il suffit, pour le développement du travail mécanique, de substances non azotées, comme les matières féculentes, les sucres ou les graisses.

M. Hardy consacre plusieurs chapitres à l'étude chimique des tissus, des liquides séreux; il s'étend longuement sur l'urine et donne, avec les détails que nécessite ce difficile sujet, les méthodes propres à reconnaître et à doser les divers produits qu'elle renferme à l'état sain ou pathologique. Il s'attache surtout à élucider toutes les causes d'erreur qui peuvent embarrasser le praticien dans une recherche rapide. Il termine son livre par l'examen du lait et des éléments de la génération, sujets féconds en résultats nouveaux et intéressants.

Les observations et les théories que l'on rencontre disséminées dans le cours de cet ouvrage sont constamment appuyées sur des expériences physiologiques et des analyses chimiques faites pendant les dernières années. Les analyses ont été répétées par l'auteur; ou, quand l'occasion lui a manqué, il n'en a admis les résultats que sous la garantie d'autorités qui permettent de les accepter avec confiance.

Originairement, M. Hardy n'a eu en vue que l'organisme à l'état physiologique ; mais par la nature même de son sujet, il s'est trouvé entraîné à aborder un grand nombre de questions pathologiques. C'est que tout se tient dans notre organisme, et qu'en présence des problèmes délicats qu'il s'agit de résoudre, on ne saurait trop faire appel à toutes les notions que nous fournit l'expérience. L'ouvrage indique d'ailleurs aux praticiens les procédés à employer dans la recherche des éléments anormaux et les réactions qui décèlent leur présence. L'auteur nous fait d'ailleurs espérer l'apparition d'une seconde partie, destinée plus spécialement à l'étude de la chimie pathologique.

Tel qu'il est déjà, l'ouvrage joint à l'intérêt des idées nouvelles l'avantage d'une portée pratique. Un peu restreint par le format de son livre et les limites de son premier cadre, M. Hardy a dû se borner à donner un résumé clair et succinct des découvertes et des théories les plus récentes; il nous en a donné les résultats sans entrer, autant qu'on pourrait le désirer, dans le détail des opérations de laboratoire. Une seconde édition lui permettrait sans doute d'agrandir son cadre et de nous donner un exposé plus complet des méthodes de recherche, tout en conservant l'esprit synthétique, qui assure dès aujourd'hui le succès légitime de son livre et justifie l'accueil qu'il a déjà reçu du public médical, jaloux de se tenir au courant du progrès de la chimie biologique.

Dr E. Isambert.

VARIÉTÉS.

Affaire Dolbeau. — On lit dans le Journal des Débats la note suivante qui, selon toute apparence, est une circulaire quasi officiel.

« On se rappelle que le ministre de l'instruction publique, dans une des dernières séances de l'Assemblée nationale, a dit que M. le docteur Dolbeau avai demandé au président de l'Assistance publique de faire une enquête sur les faits qui se seraient passés à l'hôpital Beaujon lors de la rentrée des troupes à Paris. Cette enquête est aujourd'hui terminée ; elle a été faite par une commission composée de MM. Henri Davillier, docteur Guérin, docteur Moissenet, Frémyn et G. Nast. La commission a interrogé MM. les docteurs Dolbeau, Duplay, Matice, Axenfeld, la Sœur Joseph, MM. l'abbé Darnis, Adam, Gour-

effets de l'alcool et pour en restreindre l'abus, ils estiment que chaque praticien est tenu à mettre tout ce qu'il a d'influence à recommander la plus grande modération dans l'usage des boissons alcooliques.

» Étant en outre fermement convaincus que la grande consommation des spiritueux parmi les classes ouvrières de ce pays est l'un des plus grands maux de l'époque, qu'elle contribue plus qu'aucune autre cause à détruire la santé, le bonheur et le bien-être de ces classes, et à neutraliser, dans une large mesure, la grande prospérité industrielle que, grâce à la Providence, cette nation pourrait atteindre, les soussignés sont prêts à appuyer toute législation sage qui aurait pour but de restreindre dans de justes limites l'usage des boissons alcooliques, et d'introduire graduellement l'habitude de la tempérance (1). »

(1) Cette déclaration a déjà été publiée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1871, p. 1.

L'importance de cette déclaration ne saurait être méconnue; elle confirme, mieux que tout autre document, la réalité du mal que nous venons de signaler et permet d'espérer que les médecins anglais ne persisteront pas dans l'exagération d'une pratique reconnue dangereuse pour leurs clients.

A. Foville.

Société de médecine légale. — Dans la dernière séance ont été nommés :

Membres titulaires. MM. Campenon, substitut du procureur de la République; Caffe, docteur en médecine; Molland, médecin des hôpitaux; Delastre, docteur en droit, avoué à la Cour d'appel.

Membres correspondants nationaux. MM. les docteurs Bulard, à Bordeaux; Vincent, à Guéret; Zandyck, à Dunkerque; Duplouy, à Rochefort; Lemaricy, à Pont-Audemer; Audant, à Dax;

lier, Bourbois, Billian, Gornard, Varnier, Langlais, Hybord, Rabanis, Bergeron, Bellon, Thorens, Collas, le sous-lieutenant Lenskens.

» Le procès-verbal des dépositions a été transmis à M. le ministre de l'instruction publique; les témoins ont tous reconnu que le docteur Dolbeau a soigné avec le plus grand zèle tous les malades fédérés ou non ; il a fait preuve, notamment à l'égard du nommé Bredon (c'est le nom de l'homme qu'on lui reprochait d'avoir livré), d'une grande condescendance, car cet homme, pour éviter la lutte, se faisait passer pour plus malade qu'il n'était; aussi, lorsque l'hôpital Beaujon était déjà occupé par les troupes et qu'il fallait faire de la place pour des blessés dont on annonçait l'arrivée, ce Bredon fut désigné, ainsi que huit autres, pour être renvoyé. Une réflexion faite tout haut par un élève donna lieu à M. Dolbeau de remarquer que la pancarte qu'on lui faisait viser n'était pas celle qu'il avait vue jusqu'alors, puisqu'elle portait la mention de clairon de chasseurs, au lieu de celle de lieutenant des vengeurs de Paris. Il se borna à recommander à la religieuse de faire rectifier la pancarte, en disant qu'il ne maintenait sa signature qu'à la condition qu'on fît le changement.

» A ce moment, les soldats fédérés étaient consignés, et tous ceux qui sortaient devaient être conduits à la place; le soir, en revenant à l'hôpital, M. Dolbeau apprend que la rectification n'a pas eu lieu, que le malade est encore dans l'hôpital, et qu'on ne sait pas ce qu'est devenue la pancarte. Ne trouvant aucun des chefs de l'établissement auxquels il voulait demander des explications, et croyant à une sorte de conspiration muette, M. Dolbeau s'adresse au chef de poste, seul représentant pour le moment de l'autorité dans l'hôpital, et dit qu'on lui a fait signer une pancarte fausse dont il n'accepte pas la responsabilité.

» A la suite de cet incident, Bredon a été envoyé à la place, mais il a été remis en liberté le lendemain. Le bruit ayant couru que cet homme avait été fusillé, il en était résulté une animation considérable dans l'hôpital. Lorsque la vérité fut connue, des personnes retirèrent les déclarations qu'elles avaient faites tout d'abord. Ce malade s'est d'ailleurs présenté depuis lors à l'hôpital pour demander des secours et remercier des soins qu'on lui avait donnés.

» Tel est le résumé de l'exposé de la commission. Sa conclusion est qu'il n'y a pas de suite à donner au fait constaté dans l'enquête à l'égard de M. le docteur Dolbeau, mais qu'il y a lieu d'appeler l'attention de la direction sur les irrégularités qui ont été commises dans l'hôpital et qui expliquent l'animation manifestée par le docteur Dolbeau. »

AVIS

La Faculté de médecine reprendra ses cours et examens le lundi 15 avril.

MM. les étudiants sont prévenus que le registre des inscriptions sera ouvert du 15 au 30 avril.

Association générale des médecins de la Seine. — L'Association a tenu sa séance annuelle le 7 avril, sous la présidence de M. Tardieu, qui vient d'être confirmé dans ses hautes fonctions par le vote des sociétés locales, dont M. Gallard a fait connaître le résultat. La parole a été donnée ensuite à M. Brun, trésorier, pour le compte rendu de la situation financière; à M. A. Latour, secrétaire général, qui a exprimé à l'assemblée les meilleures assurances sur la stabilité de l'œuvre; à M. Jeannel, pour un rapport sur les propositions relatives à la mise au concours des fonctions médicales; enfin à Me Guerrier, l'un des conseils judiciaires de l'Association.

Les eaux minérales a l'Académie des inscriptions. — M. Joseph Halévy a présenté à l'Académie, dans sa séance du 5 avril, l'interprétation d'une inscription en langue araméenne, et provenant de Palmyre. Voici cette inscription : « *Au Génie de la fontaine bénie cet autel a été consacré, avec deux tisonniers, par Bolana, fille de Azizou, fils de Azizou, fils de Seila, laquelle a été guérie par lui.* » On voit par là combien est ancienne la croyance à un génie, à une divinité prêtant aux eaux leurs propriétés bienfaisantes.

Alcool et liqueurs alcooliques. — L'Assemblée nationale a adopté,

Le Président de la République française promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1er. Les liqueurs, les fruits à l'eau-de-vie et les eaux-de-vie en bouteilles seront taxés comme les eaux-de-vie et les esprits en cercles proportionnellement à la richesse alcoolique.

Art. 2. Le droit de consommation par hectolitre d'alcool pur contenu dans les liqueurs, les fruits à l'eau-de-vie et les eaux-de-vie en bouteilles, est fixé, en principal, à cent soixante-quinze francs (175 fr.) avec addition de deux centimes.

Art. 3. — L'absinthe, soit en bouteilles, soit en cercles, continuera d'être considérée comme alcool pur et sera passible du droit de cent soixante-quinze francs (175 fr.) en principal, et à Paris d'une taxe de remplacement de cent quatre-vingt-dix-neuf francs (199 fr.) également en principal.

Art. 4. La préparation concentrée connue sous le nom d'essence d'absinthe ne sera plus fabriquée et vendue qu'à titre de substance médicamenteuse. Le commerce de ladite essence et sa vente par les pharmaciens s'effectueront conformément aux prescriptions des titres I et II de l'ordonnance royale du 17 juillet 1846.

Toute contravention aux prescriptions dudit article sera punie des peines portées en l'article 1er de la loi du 17 juillet 1845.

Art. 5. Le droit d'entrée par hectolitre d'alcool pur que contiennent ou que représentent les spiritueux quelconques, les préparations alcooliques quelconques, est fixé, en principal, ainsi qu'il suit :

Dans les communes ayant une population agglomérée de 4000 à 6000 âmes, 6 francs, 6000 à 10 000 âmes, 9 francs; 10 000 à 15 000 âmes 12 francs ; 15 000 à 20 000 âmes, 15 francs ; 20 000 à 30 000 âmes, 18 francs; 30 000 à 50 000 âmes, 21 francs; 50 000 âmes et au-dessus, 24 francs.

Art. 6. Le droit de remplacement aux entrées de Paris est fixé en principal, par hectolitre d'alcool pur :

Pour les eaux-de-vie et esprits en cercles, droit de consommation et droit d'entrée, à cent quarante-neuf francs (149 fr.);

Pour les liqueurs, les fruits à l'eau-de-vie et les eaux-de-vie en bouteilles, droit de consommation et droit d'entrée, avec addition de deux décimes, à cent quatre-vingt-dix-neuf francs (199 fr.). (Les articles suivants sont purement réglementaires.)

Le président :
Signé : Jules Grévy.

Les secrétaires :
Signé : Paul de Rémusat, Francisque Rive, baron de Barante, marquis Costa de Beauregard.

Le président de la République :
A. Thiers.

Le ministre de l'agriculture et du commerce, chargé par intérim du ministère des finances,
E. de Goulard.

Assemblée nationale. — *Rapport sommaire* fait au nom de la 10e commission d'initiative parlementaire sur la proposition de loi de MM. Naquet, Bourgeois, Chevandier et plusieurs de leurs collègues, tendant à ce qu'il soit nommé dans l'Assemblée nationale une commission de quinze membres pour étudier la révision générale de la législation de l'an XI, en ce qui concerne l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie, par M. Eugène Tallon, membre de l'Assemblée nationale.

I

. . . .

II

On ne saurait méconnaître l'utilité d'une proposition dont l'objet est de reprendre les travaux inachevés de nos devanciers et d'opérer enfin la révision, bien souvent entreprise et toujours interrompue par la fatalité des circonstances, de la législation de l'an XI.

L'origine de la constitution actuelle du corps médical explique suffisamment les vices que le temps et l'expérience ont mis en évidence dans son organisation.

La France, avant 1789, comptait dix-sept Facultés de médecine, quinze colléges ou corporations de médecins, et un nombre plus considérable encore de colléges ou de communautés de chirurgiens.

La Révolution, en renversant, dans une pensée de rénovation, toutes nos institutions sociales et politiques, outrepassa son but. Le décret du 16 août 1792 supprima les Universités, Facultés et corporations savantes, tous les corps, en un mot, chargés de distribuer la science.

L'enseignement médical périt sous ce coup fatal.

Aussi, quelques années après, dans l'exposé des motifs de la loi de l'an XI, Fourcroy pouvait-il dire avec juste raison : « L'anarchie seule, qui ne respecte aucune institution, a pu méconnaître l'importance de l'art de guérir. Il appartient à un gouvernement réparateur de rendre à cette branche de l'instruction sa splendeur ancienne et ses résultats avantageux. »

Cette œuvre de réédification n'en garda pas moins l'empreinte des temps troublés dont l'ère venait d'être close et le caractère transitoire qui marqua la plupart des lois consulaires. On dut, en effet, accepter dans le Corps médical, à la suite du bouleversement que les études, comme toutes choses, venaient de subir, des officiers de santé ne présentant pas des conditions suffisantes de capacité et n'ayant pu encore, comme ils le firent depuis, relever par l'expérience pratique leur profession dans le sentiment public.

Ce vice originaire dans la composition du Corps médical faisait demander, dès 1811, par Dupuytren au Conseil de l'Université des réformes dans sa constitution organique.

La question fut mise dès lors à l'étude.

Une ordonnance du comte Siméon, ministre de l'intérieur, institua, le 20 mars 1820, l'Académie de médecine dans le but de perfectionner l'art de guérir et de faire cesser les abus qui s'étaient introduits dans ses différentes branches.

Les assemblées de 1825 et 1826 furent, à leur tour, saisies de divers projets d'organisation dont l'unique résultat fut de donner carrière à des luttes oratoires qui sont l'honneur de nos annales parlementaires.

Enfin, en 1847, un projet considérable, auquel les lois à venir pourront faire les plus utiles emprunts, fut présenté à la Chambre des pairs par M. de Salvandy. Le cours des événements l'empêcha d'aboutir à une loi définitive.

C'est sous l'autorité de ces précédents que la proposition de M. Naquet se présente à notre examen.

III

Les réformes les plus sérieuses proposées par l'honorable M. Naquet dans le premier projet que sa nouvelle proposition aura pour effet de mettre à l'étude, portent sur le fond même de l'enseignement médical qu'il entend rendre entièrement indépendant de la direction de l'État ; sur la gratuité de cet enseignement et sa concentration dans une seule Faculté à Paris ; enfin, sur le mode de nomination des professeurs et la suppression du titre d'officiers de santé.

Ces réformes, dont quelques-unes sont fort contestables, soulèvent de vastes problèmes, et ce n'est pas dans les limites d'un rapport sommaire que nous prétendrions les examiner utilement.

Nous ne pouvons, toutefois, ne pas nous hâter de reconnaître que la proposition de prendre, à l'avenir, les professeurs au sein de l'agrégation et de confier leur nomination à un jury spécial, sous réserve de l'approbation du Gouvernement, donnerait satisfaction aux sentiments de l'opinion qui s'est vivement émue de l'arbitraire auquel ce choix a été jusqu'ici livré. Cette émotion, on le sait, s'est plus d'une fois manifestée en tumultueux échos dans les amphithéâtres des écoles.

Mais serait-il sage de concentrer à Paris, en un seul foyer, quelques vives qu'en soient les lumières, l'enseignement médical de la France entière ?

Serait-il prudent de livrer par la gratuité cet enseignement à des ambitions inquiètes qui n'auraient pour excuse ni les aptitudes ni la capacité des aspirants ?

Serait-il juste enfin de l'abandonner sans contrôle au libre jeu des doctrines malsaines en le rendant absolument indépendant de l'autorité de l'État ?

Non, on ne peut raisonnablement admettre que l'État se dégage de toute responsabilité dans la composition du corps médical, le désintéresser d'un tel devoir serait bien mal comprendre la mission du médecin dans la société.....

IV

Nous ne pouvons d'un autre côté accepter sans réserve la suppression du titre d'officier de santé qui fournit dans l'armée et dans nos communes rurales un large contingent d'hommes utiles à la pratique de l'art.

La loi nouvelle doit envisager scrupuleusement les besoins de l'assistance publique. Or, on n'ignore pas combien est insuffisant ou défectueux dans les campagnes le service médical.

Peu de jeunes gens munis du diplôme de docteur acceptent la résidence d'un chef-lieu de canton, où les ennuis d'une vie étroite et l'appréhension d'un avenir borné ne trouvent pas de compensation suffisante dans les avantages lucratifs.

L'habitant des campagnes, de son côté, ne se soucie pas de faire appel aux médecins des villes ; il a l'esprit imbu d'une crédulité superstitieuse, et il se livre aveuglément à l'exploitation des empiriques et des charlatans.

L'organisation des médecins cantonaux et celle du service pharmaceutique de l'assistance, déjà pratiquée dans plusieurs de nos départements et dont la pratriotique Alsace nous a la première donné l'exemple, serait, en se généralisant, l'une des meilleures améliorations que l'on pourrait apporter à l'état d'abandon où se trouvent actuellement de bien nombreuses souffrances.

Nous voudrions donc voir reprendre, dans la loi projetée, les dispositions généreuses de l'article 26 du projet de 1847, dont l'objet était d'instituer, dans chaque canton, un ou plusieurs médecins chargés de visiter les indigents, de porter secours aux malades atteints par les épidémies, de remplir toutes les fonctions légales de médecine administrative ou judiciaire, de transmettre enfin aux conseils médicaux et aux ministres compétents les faits et documents propres à servir les intérêts de la science et ceux de l'hygiène publique.

Nous bornons ici les observations où nous entraînerait irrésistiblement l'étendue même de ce vaste sujet. Quelque avis que l'on ait sur les graves questions qu'il soulève, on ne peut méconnaître du moins la nécessité de les résoudre. On sent d'ailleurs vivement combien il est utile d'élever l'enseignement de l'art médical par l'estime des hommes et la dignité de cette profession, d'en favoriser surtout le développement afin d'étendre ses secours à toutes les misères.

Les propositions qui tendent à réaliser de tels progrès seront, nous n'en doutons pas, accueillies favorablement d'une Assemblée qui ne veut manquer à aucun devoir d'humanité.

C'est en s'inspirant de ces sentiments que votre commission a émis l'avis, à l'unanimité, de prendre en considération la proposition de M. Naquet.

Légion d'honneur. — Par décrets du Président de la République, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : MM. Isnard (Jean-Augustin), ancien médecin en chef de l'hôpital de Metz. — Reboul (Louis-Jules), directeur de l'asile national de Vincennes. — Richet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Au grade d'officier : MM. Bécourt (Philippe-Joseph-Gustave), chirurgien en chef de l'ambulance du Grand-Orient, à Paris. — Dagneau de Jumigny (Paul-Isidore), médecin en chef de l'hôpital civil de Bourges.— Debrou (Toussaint), chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans. — Fleury (Jean-Baptiste), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. —Gros (Léon), médecin de l'ambulance du chemin de fer du Nord et autres ambulances, à Paris. — Lombard (Nicolas), médecin à l'ambulance des jeunes aveugles, à Paris. — Rodet (Henri-Jean-Antoine), directeur de l'École vétérinaire de Lyon. — Tessereau (Auguste), médecin aux ambulances des Lazaristes et de la rue du Bac, à Paris.

Au grade de chevalier : MM. Anger (Benjamin-Réné-Henri), médecin à l'ambulance des Petits-Ménages, à Issy. — Angot (Ernest), médecin à Laval. — Belhomme (Lucien), médecin des ambulances de Lourcine et d'Ivry. — Bergeon (Léon), chirurgien-major de l'ambulance volante du Bourbonnais, attaché à la 1re division d'infanterie du 15e corps d'armée.—Besnier (Ernest-Henri), médecin aux ambulances de la Presse.

(*La fin au prochain numéro.*)

— M. Claude Bernard a repris son cours au Collége de France le mercredi 10 avril, à 1 heure, et le continuera les vendredis et mercredis à la même heure.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 18 avril 1872.

Académie de médecine : Enseignement de l'hygiène dans les lycées. — Paris.

Nous imaginions que, dans l'avant-dernière séance, l'Académie, partageant le goût de la commission pour l'enseignement de l'hygiène dans tous les lycées et colléges de la République, avait voté sans recours le programme de M. Vernois, et que nous étions conséquemment, nous, les adversaires de l'innovation, dûment et irrévocablement battus. Mais point; la semaine avait porté conseil, et un petit dédommagement nous avait été ménagé. Mardi dernier, comme le vote avait eu lieu sous la réserve de quelques changements de rédaction confiés à M. le rapporteur, celui-ci d'abord en a profité pour réduire de huit à six le nombre des leçons, par la suppression des articles 7 et 8 du programme, comprenant précisément ce qui nous avait le plus scandalisé (maladies virulentes et contagieuses); et quelques membres ont profité à leur tour de ce changement pour demander que l'Académie, par un procédé quelconque, fît entendre respectueusement au ministre que, mis dorénavant en possession d'un excellent programme d'hygiène, il ferait bien d'en user avec modération, et qu'un cours d'hygiène serait en tous cas mieux placé dans certaines écoles supérieures qui en sont présentement dépourvues. Là-dessus débat confus et diffus pour savoir si l'accomplissement de ce vœu ne devait pas entraîner le remaniement du rapport, lequel ne pouvait plus d'ailleurs se trouver en harmonie avec les modifications introduites par la commission elle-même dans le programme. A cet égard pourtant le doute n'était pas possible. Comme l'a dit M. Béhier, un rapport n'est tenu à s'accorder qu'avec ses propres conclusions, et non avec celles qui, acceptées ou non par le rapporteur, sont le fruit de la discussion. C'est cette discussion même qui est le commentaire des conclusions définitives, comme le rapport est le commentaire des conclusions primitives; et c'est évidemment par une lettre d'envoi spéciale qu'il y a lieu de transmettre au ministre les remarques que peut faire naître le résultat de la délibération. Dans la circonstance, il nous paraît clair qu'une partie de l'Académie se préoccupait à l'excès de cet article des statuts dont M. Barth a donné lecture, et par lequel la compagnie est instituée «pour répondre aux demandes» de l'autorité. M. Chauffard, M. Béhier, M. Larrey surtout, avec un grand sentiment de la dignité académique, ont revendiqué le droit, pour un corps savant officiel, tout en répondant à l'autorité qui l'a consulté, de lui faire entendre sa voix sur le fond même de la question; et, si M. Bouillaud et M. Briquet ont exprimé le vœu que l'Académie n'engageât pas sur ce point sa responsabilité, c'est (de la part du premier au moins) par un sentiment d'opposition radicale au projet ministériel. Finalement, le programme a été de nouveau voté, mais encore sous la réserve d'une entente de M. le rapporteur avec M. Larrey, sur certains termes de la lettre d'envoi — ou du rapport; car beaucoup de membres sont restés dans le doute sur la signification du vote.

Voilà donc posé le principe de l'enseignement de l'hygiène aux élèves des écoles secondaires; il ne reste plus qu'à l'appliquer le mieux possible. Pour notre part, nous rappelons aux professeurs consciencieux que leur premier devoir va être de recommander impérieusement aux élèves : 1° de n'accepter qu'une nourriture qui, selon leur humble jugement, paraîtra suffisamment saine et substantielle; 2° de se refuser à coucher dans des dortoirs bas et encombrés; 3° de mesurer leurs occupations intellectuelles à la capacité de travail dont la nature les a doués si diversement, pour ne pas s'exposer à ces céphalalgies obstinées dont ils offrent de si fréquents exemples; 4° de mettre un long intervalle entre les repas et la reprise du travail; 5° de faire beaucoup d'exercice en plein air, etc., etc.

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Suite. — Voyez les numéros 8, 9, 11 et 13.)

L'université actuelle de Londres, constituée légalement en 1836, comprend plusieurs Facultés, les arts et sciences, le droit, la médecine. Elle est administrée par un grand chancelier assisté d'un conseil (*senate*). Le conseil choisit le doyen, qui est nommé à vie, et convoque, quand il y a lieu, une assemblée des examinateurs de l'une ou l'autre Faculté. Les examinateurs pour la Faculté de médecine sont les suivants : chimie, physique expérimentale, botanique, médecine, chirurgie, anatomie, anatomie et physiologie comparées et zoologie, accouchements, matière médicale et pharmacologie, médecine légale. Il y a généralement deux examinateurs pour chaque matière. Ils sont nommés pour deux ans mais peuvent se représenter à une autre élection et reçoivent des honoraires qui varient de 750 à 7500 francs, selon la matière et les universités. Ils sont choisis par le conseil sur la présentation de leurs titres. Un avis de l'université, inséré chaque année dans les journaux, fait connaître le titre et le nombre des places vacantes, le montant des honoraires, les noms des examinateurs à remplacer. L'avis porte cette recommandation, qu'aucune démarche en faveur des candidats ne doit être faite près de ses membres. Aucun grade n'est exigé, mais en réalité les postulants doivent être bacheliers ou docteurs en médecine ou membres du collége des chirurgiens; le conseil choisit selon la place des examinateurs à remplacer.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, les grades ou titres conférés par l'université sont les suivants : bachelier en médecine (M. B.), bachelier en chirurgie (B. S.), maître en chirurgie (M. S.), docteur en médecine (M. D.).

Si MM. les professeurs croyaient devoir s'abstenir de ces bons conseils, ils peuvent être assurés que MM. les élèves se les donneraient à eux-mêmes après quelques leçons conformes au programme sur « les aliments et boissons, les altérations principales de l'air, les habitations, les travaux intellectuels, l'exercice et le repos ». A. D.

Paris.

(Étude démographique et médicale.)

(Fin. — Voyez les numéros 11 et 14.)

IV

L'étude de la nosographie dans une ville aussi populeuse, dans la capitale d'un grand pays, est évidemment une enquête du plus haut intérêt. Déterminer la fréquence des principales maladies, le coefficient de chacune d'elles dans les pertes constatées, les conditions de saison et d'âge particulières à ces terminaisons fatales, c'est donner le tableau exact de la situation sanitaire, c'est peindre la constitution médicale et mettre aux mains des praticiens un enseignement des plus utiles.

Ce travail, le Bulletin de statistique municipale le fait avec le plus grand soin, et la façon dont il est organisé promet la plus grande exactitude possible. Aussi est-ce uniquement dans ses chiffres qu'il faut chercher la solution de ces questions jusqu'ici difficilement abordables. Mais il n'est pas absolument nécessaire d'adopter pour cela la façon de faire du document, qui donne les résultats seulement par mois, suivant l'ordre de sa publication, et qui n'a pas encore abordé la récapitulation, point essentiel d'une semblable enquête. C'est ce que nous avons voulu faire ici, craignant des obstacles pour l'administration dans les circonstances nouvelles, et surtout curieux de l'ensemble de ces faits, qui nous semblaient déjà très-instructifs dans le détail. Ces soixante fascicules que nous avons compulsés et dépouillés minutieusement, — travail considérable, — nous ont fourni un certain nombre de résultats dignes de l'attention du public médical.

Nous allons, pour suivre un ordre quelconque, adopter la nomenclature officielle telle qu'elle fonctionne dans le Bulletin, et nous étudierons les maladies les plus intéressantes à mesure qu'elles passeront sous nos yeux.

En premier lieu c'est la fièvre typhoïde, avec ses congénères les fièvres *muqueuses*, *ataxiques*, *adynamiques*, placées à côté d'elle, sous des dénominations diverses, par révérence pour la liberté du langage diagnostique. Il y a eu à Paris, pendant ces cinq années 1865-1869, un total de 5046 décès de cette cause, soit en moyenne 1009 par an. Cette moyenne donne la proportion obituaire 5.51 pour 10 000 habitants; et, comme fréquence, la proportion 21.6 pour 1000 décès de toute cause. Pour arriver à déterminer l'influence saisonnière, il a fallu faire ce relevé par mois et par jour. Les proportions ainsi établies donnent les moyennes suivantes : le mois d'octobre est le plus chargé, il y a là 3.72 décès de fièvre typhoïde par jour; puis c'est le mois d'août, 3.65; et le mois de septembre, 3.39. Ainsi voilà le trimestre dangereux pour cette affection, qui donne en moyenne 2.76 décès par jour pendant toute l'année. Les autres mois ont les chiffres suivants : Décembre, 2.93; novembre, 2.82; avril, 2.71; février, 2.56; juillet, 2.42; janvier, 2.31; mars, 2.28; mai, 1.93; juin, 1.89.

En ce qui concerne les conditions d'âge des décédés, nous avons relevé les faits des deux dernières années seulement, à cause des modifications introduites dans le document sur ces tableaux, et qui ne permettaient pas une constatation uniforme pour les cinq années. Voici les résultats : Pendant la première année de vie, on compte 0.33 décès pour 1000 de cet âge, et 0.68 pour 100 décès de cette cause; pour les cinq premières années il y a 0.98 pour 1000 de cet âge, et 11.42 pour 100 décès de cette cause. Les deux moyennes ne sont pas absolument dans le même ordre comme quantité, et en les prenant à part les résultats sont peut-être plus faciles à saisir. Ainsi, pour 1000 de chaque âge, la proportion la plus forte est celle de 15 à 20 ans, 1.07; puis celle de 20 à 25, 1.01; puis celle de 0 à 5, 0.98; puis 5 à 10, 0.86; 10 à 15, 0.81; 25 à 30, 0.55; 85 à 95, 0.44; 30 à 35, 0,32; de 35 à 40, 0.28; de 40 à 45, 0.24; de 45 à 50, 0.20; de 55 à 60, 0.19; de 80 à 85, 0.19; de 65 à 70, 0.17; de 50 à 55, 0.16; de 75 à 80, même chiffre; de 60 à 65, 0.12; de 70 à 75, même chiffre.

Pour 100 décès typhoïdes, il y en a 19.05 de 20 à 25 ans; 15.52 de 15 à 20 ans; 11.42 de 0 à 5 ans; 11.32 de 25 à 30; 10.35 de 5 à 10 ans; 9.09 de 10 à 15 ans; 6.15 de 30 à 35; puis de cinq ans en cinq ans la fréquence diminue régulièrement : 4.97; 3.52; 2.44; 1.56; 1.27; 0.68; 0.29; 0.20; 0.10.

Au point de vue des sexes, la mortalité générale 5.51 devient 5.92 pour 10000 personnes du sexe masculin, et 5.12 pour 10 000 personnes du sexe féminin. Comme fréquence, il y a 22.7 décès typhoïdes pour 1000 décès masculins, et 20.4 pour 1000 décès de l'autre sexe.

Les conditions exigées pour le grade de bachelier en médecine (M. B.) sont : certificat d'immatriculation, qui comprend une partie des matières de nos deux baccalauréats; quatre ans d'études dans l'une ou l'autre des écoles médicales reconnues par l'université, c'est-à-dire que l'élève n'est pas tenu de demeurer quatre ans dans la même école; examen d'études préliminaires qui comprend de plus que le précédent la physique, la botanique, la zoologie, etc.; deux examens en médecine.

Tout élève se présentant pour le premier examen de médecine doit être âgé de dix-neuf ans et muni des certificats ci-après : examen d'études préliminaires passé depuis une année au moins, certificat d'immatriculation, certificat de deux années d'études dans une école médicale reconnue par l'université, certificat d'assistance à trois des cours suivants : anatomie descriptive et chirurgicale, anatomie générale et physiologie, anatomie comparée, anatomie pathologique, matière médicale et pharmacologie, pathologie générale, thérapeutique, médecine légale, hygiène, obstétrique et maladies des femmes et des enfants, chirurgie, médecine; certificats constatant qu'il a depuis son immatriculation disséqué durant deux sessions d'hiver, assisté à un cours de chimie pratique, comprenant la chimie physiologique avec exercices au laboratoire, certificat d'études pharmaceutiques, préparation des médicaments, etc. L'étudiant peut remettre à l'année qui suit l'examen partiel de physiologie, mais il perd alors ses droits à concourir pour l'examen d'honneur, dont nous parlons plus loin.

Le second examen ne peut être passé que deux années académiques après le premier, et sur les certificats suivants : certificat de premier examen, certificat d'assistance à deux des cours désignés ci-dessus et non terminés lors du premier examen, certificat constatant qu'il a dirigé vingt accouchements, certificat de présence pendant deux ans à la clinique médicale d'un hôpital reconnu par l'université, l'assistance pendant trois mois à une clinique dans un asile d'aliénés, étant comprise dans ces deux années; certificat constatant

Ainsi, mortalité plus forte : pour les hommes, pour l'âge de 15 à 25 ans, et pour le trimestre d'août, septembre et octobre. On ne saurait mettre en doute l'importance de ces trois résultats.

La *fièvre intermittente* est rare à Paris. Il n'y a eu que 124 décès de cette cause, soit 24 en moyenne par an; les proportions sont : 0.53 pour 1000 décès de toute cause et 0.14 pour 10 000 de la population.

La variole a eu 3.019 décès, c'est-à-dire 604 par an, soit 12.9 pour 1000 et 3.30 pour 10 000 habitants. En 1869 il y a eu 15.5 pour 1000 décès.

La moyenne par jour est de 1.65 décès. Les mois les plus chargés sont : décembre, 2.66; novembre, 2.39; janvier, 2.19; février, 1.96; mars, 1.80; avril, 1.54; tout l'hiver, par conséquent. Pour les autres mois l'ordre est celui-ci : Octobre, 1.50; mai, 1.39; septembre, 1.34; août, 1.04; juillet, 1.03; juin, 1.01. La saison d'été est la plus favorisée.

La question d'âge, pour les deux années 1868 et 1869, donne les résultats ci-après : fréquence exagérée dans les cinq premières années, 1.87 décès pour 1000 population de cet âge, et 33.21 pour 100 décès de cette cause, soit un tiers du total. De 20 à 25 ans il y a 0.43 décès varioleux pour 1000 population de cet âge; puis 0.41 de 25 à 30; 0.36 de 30 à 35; 0.31 de 35 à 40; 0.30 de 40 à 45; 0.27 de 15 à 20; 0.13 de 45 à 55; 0.10 de 5 à 10 ans, de 55 à 60 et de 60 à 65; 0.08 de 70 à 75; 0.07 de 10 à 15 ans; 0.05 de 60 à 65.

Pour 100 décès varioleux, après le chiffre donné pour la période de 0 à 5 ans, on trouve : 12.88 de 25 à 30 ans; 12.44 de 20 à 25; 10.53 de 30 à 35; 8.30 de 35 à 40; 6.67 de 40 à 45; 6.08 de 15 à 20; 2.37 de 45 à 50; 1.94 de 5 à 10; 1.93 de 50 à 55; 1.18 de 10 à 15; 1.05 de 55 à 60; 0.59 de 65 à 70; 0.45 de 55 à 60; 0.30 de 70 à 75.

Dans la première année de vie il y a 6.4 décès varioleux pour 1000 population de cet âge, et 20 pour 100 des décès varioleux, un cinquième.

Ces chiffres ne sont pas en parfait accord avec ceux donnés par l'Annuaire du Bureau des longitudes, mais le document médical nous semble devoir être naturellement plus près de la vérité. Une des conclusions des plus utiles à faire valoir réside dans les chiffres de la première année, qui viennent d'être donnés et qui indiquent l'urgence de la vaccination dès les premiers jours de l'existence. Il faut encore remarquer le temps d'arrêt qui se présente entre l'âge de 5 ans et l'âge de 20 ans; la fréquence revenant à la vingtième année semble indiquer que c'est vers cette époque que doit être pratiquée la revaccination.

Il n'y a aucun enseignement à demander à la question du sexe.

La *rougeole*, par un hasard singulier, offre les mêmes chiffres que la variole, 3.021 décès pour les cinq ans, soit 604 en moyenne annuelle. Les proportions sont par conséquent les mêmes : 12.9 pour 1000 décès de toute cause, et 3.30 pour 10 000 habitants. En 1866 il y a eu 17.26 pour 1000 décès, 4.53 pour 10 000 habitants; 1867 et 1868 sont aussi au-dessus de la moyenne.

La mortalité par jour est de 1.65, comme pour la variole; les mois les plus chargés sont ceux du printemps : avril, 2.46; mai, 2,32; juin, 2.14; mars, 2.01. Puis juillet, 1.99; août, 1.74; janvier, 1.39; décembre, 1.35; février, 1.31; novembre, 1.26; septembre, 1.05; octobre, 0.83.

Pour l'âge, sur les chiffres des décès de 1868 et 1869, 1193, on trouve 178 pour la première année de vie, soit 4.22 pour 1000 population de cet âge, et 149 pour 1000 décès de cette cause. Le chiffre total des cinq premières années donne 4.44 pour 1000 population de cet âge, et 891 pour 1000 décès de cette cause. Dans l'âge de 5 à 10, il y a 0.40 pour 1000 de cet âge et 90 pour 1000 décès de cette cause. Ainsi, la presque totalité des cas mortels de rougeole se présente pendant les dix premières années de l'existence, 981 sur 1000. La cinquantième partie restant se répartit entre les autres âges, sans régularité appréciable.

La *scarlatine* a une moyenne de 142 décès par an; c'est-à-dire 0.78 pour 10 000 habitants, et 3 pour 1000 décès. Il y a eu une forte épidémie en 1868 et surtout en 1869; on a eu là 6 pour 1000 décès, et 1.47 pour 10 000 habitants. La saison juillet, août et septembre est la plus chargée; la moyenne journalière, qui est de 0.39 pour l'année entière, devient 0.63 en juillet, 0.47 et 0.45 dans les deux autres mois.

En résumé, les *fièvres éruptives* ont une moyenne de 1356 décès par an, soit 29 pour 1000 décès et 7.41 pour 10 000 habitants. La moyenne journalière est de 3.69 décès par jour.

Nous avons réuni sous un même titre les deux maladies inscrites sous les noms *encéphalite* et *méningite*. Les conditions mêmes des chiffres que nous allons donner seront notre justification. On trouve en effet une moyenne annuelle de 2345 décès de ces deux causes, ce qui donne les proportions 50.1 pour

---

qu'il a fait un service de clinique pendant six mois dans quelque hôpital, infirmerie ou dispensaire; certificat attestant qu'il connaît la pratique des vaccinations, lequel est délivré par les médecins vaccinateurs autorisés à cet effet par le conseil privé; certificat de bonne conduite délivré par un professeur de la dernière école (ou hôpital) dans laquelle il a fait ses études. Les candidats sont ensuite examinés sur les sujets suivants : pathologie générale, thérapeutique et hygiène, chirurgie, médecine, obstétrique, médecine légale, et sur l'anatomie médicale et chirurgicale, l'anatomie pathologique et la chimie pathologique. Notons que l'année académique est en Angleterre la période qui sépare la date d'un examen quelconque de celle d'un autre examen du grade supérieur au précédent, ce peut être un peu plus ou un peu moins, selon les cas, qu'une année ordinaire.

Le grade de docteur en médecine nécessite les formalités suivantes : diplôme de bachelier en médecine, certificat de pratique de la médecine et de la chirurgie pendant deux ans dans un hôpital ou une école reconnus par l'université, depuis la date du diplôme de bachelier, ou d'un an de pratique dans un hôpital et trois ans de pratique privée, ou de cinq ans de pratique privée, soit avant, soit après avoir pris le grade de bachelier; certificat de bonne conduite signé par deux personnes honorables. L'examen est écrit et oral, les matières sont les suivantes : 1° logique et philosophie morale, et 2° médecine. Le candidat peut passer la première partie de cet examen une année et se présenter pour la seconde une autre année. Il est dispensé de cette première partie s'il est déjà bachelier ès arts ou bachelier ès sciences, ou maître en chirurgie, parce qu'il a déjà passé ledit examen. Il n'y a pas de thèse à soutenir à l'université de Londres.

Le grade de bachelier en chirurgie (B. S.) est donné aux candidats qui sont déjà bacheliers en médecine et ont produit un certificat de présence à un cours d'opérations chirurgicales ou d'opérations sur le cadavre.

Le grade de maître en chirurgie (C. M.) nécessite la pro-

1000 décès, et 12.8 pour 10 000 habitants. Mais on sait combien ces affections sont comparativement rares dans l'âge adulte et fréquentes parmi les enfants. En faisant le départ de ces deux catégories d'âge, on trouve, pour l'enfance au-dessous de 5 ans, 1617 décès, c'est-à-dire 69 pour 100 du chiffre total. La proportion pour cet âge devient donc 139 pour 10 000; c'est là le point important de l'étude de ces deux maladies.

La moyenne journalière est de 6.43 décès; mais elle est de 4.43 pour les enfants au-dessous de 5 ans; mars, avril, février, ont les proportions les plus fortes pour ces enfants, 5.74, 5.43, 4.89. Puis le mois de mai, 4.88; juin, 4.82; juillet, 4,52; janvier, 4.35; août, 4.33; décembre, 4.03; septembre, 3.95; octobre, 3.90; novembre, 3.50. C'est donc en plein printemps qu'il importe de surveiller les jeunes enfants, et de les défendre, autant que possible, contre les atteintes de cette terrible maladie du cerveau et de ses enveloppes.

L'*apoplexie sanguine* est fréquente; nous y ajoutons les quelques chiffres portés sous les rubriques *Congestion sanguine* et *Hémorrhagie*, et qui sont les effets d'une même constitution pléthorique, et nous trouvons 2.048 cas mortels par année, soit 43.8 pour 1000 décès, et 11,2 pour 10 000 population. Mais ici encore il y a une différence considérable entre les divers groupes d'âge, ce qui enlève à ces proportions leur véritable caractère. A partir de 45 ans, la proportion devient beaucoup plus forte. Pour les deux années 1868-1869, nous trouvons 4.202 décès dont 3.349 appartiennent aux âges supérieurs à la quarante-cinquième année; ce qui donne pour cette catégorie la proportion 38.7 pour 10 000 de cet âge, et 2.95 seulement pour le reste de la population.

La mortalité par jour est de 5.61. En janvier, elle monte à 6.61; en mars, 6.31; en décembre, 6.18; en novembre, 6.15; en avril, 6.01; en octobre, 5.97; en février, 5.84. Les cinq mois d'été sont donc dans de meilleures conditions, ce qui semble contredire encore une idée commune sur l'influence de la chaleur: mai, 5.61, la moyenne générale; juin, 5.01; août, 4.96; septembre, 4.80; juillet, 4.74.

Le *croup* a donné, année moyenne, 541 décès, dont 471 dans la catégorie d'âge au-dessous de 5 ans. La proportion pour ces jeunes enfants est de 40.4 pour 10 000. La proportion totale au nombre des décès est de 11.56. La moyenne journalière est de 1.48. Les quatre premiers mois de l'année sont les plus éprouvés : en février la proportion est 2.02; en janvier, 1.99; en avril, 1.89; en mars, 1.85. Décembre vient ensuite, 1.82; puis novembre, 1.51. L'influence du froid est ainsi démontrée : août n'a que 1.03 et juillet 0.97.

Nous arrivons, toujours en suivant la nomenclature officielle, aux maladies de l'*appareil respiratoire*. Nous groupons ensemble la *bronchite*, la *pneumonie*, la *pleurésie*, la *grippe* et l'*apoplexie pulmonaire*, toutes affections soumises aux mêmes influences et intéressant les mêmes organes. Nous trouvons ici un chiffre considérable, 6522 décès par an. Les proportions sont : 139 pour 1000 décès de toute cause, et 35.6 pour 10 000 de population. Il y a par jour 17.87 décès de cette origine; mais, comme il fallait s'y attendre, cette proportion s'élève beaucoup pendant les mois d'hiver. On a alors 25.46 en janvier, 25.40 en mars, 23.76 en avril, 23.18 en février, 21.16 en décembre. Le joli mois de mai a encore la proportion 17.73, à peine inférieure à la moyenne. Août n'a plus que 10.97, septembre 11, juillet 11.65, octobre 13.30, juin 14.46 et novembre 16.39.

La PHTHISIE PULMONAIRE a un chiffre plus considérable à elle seule que ce groupe de maladies que nous venons d'analyser, 8250 décès par an. Ainsi, sur 1000 décès de toute cause, il y en a 176 qui sont le fait de la phthisie, un *sixième*. Pour la population, la proportion est 45.3 pour 10 000.

Le relevé par âges, pour les deux années 1868-1869, donne le résultat suivant : de 25 à 30 ans, 61.9 pour 10 000 de cet âge; de 30 à 35, 60.4; de 40 à 45, 59.6; de 35 à 40, 57.1; de 45 à 50, 56.6; de 20 à 25, 55.8; de 50 à 55, 48.4; de 55 à 60, 45.4. Ainsi c'est de 20 à 60 ans que l'on trouve les chiffres au-dessus de la moyenne. La proportion pour cette période entière est de 57.2 décès phthisiques pour 10 000 habitants. Aux âges extrêmes, on a : au-dessous de 5 ans 26.9 (22.7 dans la première année); de 5 à 10, 7.20; de 10 à 15, 12.80; de 15 à 20, 37.50; soit, pour la population au-dessous de 20 ans, 22 pour 10 000. De 60 à 65 ans, 32,7; de 65 à 70, 29.9; de 70 à 75, 16.4; de 75 à 80, 13.3; de 80 à 85, 7.5; de 85 à 90, 5.4; c'est-à-dire, pour la population au-dessus de 60 ans, 25.8 pour 10 000. Ce dernier résultat affirme l'éventualité du développement de la tuberculisation jusque dans les âges les plus avancés. On a constaté, en 1868, le décès d'une femme phthisique à 88 ans, et, en 1869, le décès d'un homme phthisique âgé de 104 ans!

La fréquence, relativement à l'ensemble des décès phthisiques, est celle-ci : de 25 à 30 ans, 153 pour 1000; de 30 à 35 ans, 140; de 20 à 25, 127; de 35 à 40, 123; de 40 à 45,

---

duction du diplôme de bachelier en chirurgie; un certificat de deux ans de chirurgie pratique ou clinique chirurgicale dans une école ou un hôpital reconnu par l'université, ou d'un an dans un hôpital et de trois ans de pratique privée, ou de cinq ans de pratique privée; un certificat de bonne conduite semblable à celui exigé pour le doctorat en médecine. Les matières de l'examen sont les suivantes : 1° logique et philosophie morale, et 2° chirurgie. De même que pour la médecine, la première partie de l'examen peut être passée isolément à l'un des examens annuels de maître en chirurgie, de même aussi, le candidat qui est déjà bachelier ès arts, bachelier ès sciences ou docteur en médecine, est-il dispensé de cette première partie exigée pour chacun de ces grades.

Tous les examens ont lieu une fois par an, les uns en juillet, les autres en novembre, à l'exception de celui de l'immatriculation, qui est bisannuel, en janvier et en juin. Le coût est de 125 francs pour chacun. Le candidat qui n'est pas admis n'a pas droit au remboursement de la somme versée, il peut seulement se présenter jusqu'à deux fois encore, sans versement nouveau. Tous les certificats doivent être signés par les professeurs ou lecturers des écoles reconnues par l'université, chacun en ce qui le concerne; ils sont délivrés par le doyen. Les diplômes de bachelier en médecine et en chirurgie, de docteur en médecine et maître en chirurgie donnent le droit d'exercer la médecine et la chirurgie dans tout le royaume. L'université ne délivre pas de diplômes *in honoris causa*. Les médecins étrangers qui veulent pratiquer en Angleterre doivent en principe passer un examen et obtenir un diplôme, et c'est ce qui a lieu le plus souvent; cependant les diplômes étrangers des principales facultés de l'Europe sont acceptés sans difficultés par le conseil général médical et leurs noms inscrits au MEDICAL REGISTER.

Il y a en Angleterre ce qu'on appelle un examen d'honneur, qui donne droit à une indemnité de 1000 francs accordée pour deux ans pour les élèves placés les premiers après l'examen préliminaire et le premier examen de médecine, et de

107; de 45 à 50, 83; de 15 à 20, 66; de 50 à 55, 55; de 0 à 5 ans, 38 (6 pour la première année); de 55 à 60,37; de 60 à 65, 22; de 10 à 15, 16; de 65 à 70, 14; de 5 à 10, 11; de 70 à 75, 5; de 75 à 80, 2; de 80 à 85, 0.5, et 0.1 pour les dernières catégories.

La saison des terminaisons fatales n'est pas l'automne, et nous regrettons d'infliger cette vérité à Millevoye, mais, « la dépouille de nos bois » n'a rien à voir en cette occurrence. Les mois les plus chargés en mortalité phthisique sont : avril, 27.46 par jour; mars, 26.32; mai, 24.52, c'est-à-dire en pleine floraison, à l'éclosion du bouton vert. Puis viennent février, 23.68; janvier, 22.71; décembre, 22.35; novembre, 21.72; octobre, 21.42; juin, 21; septembre, 20.53; août, 19.73, et juillet, 19.68. La moyenne générale est 22.59 par jour.

La Statistique municipale donne, pour 1868 et 1869, avec grand détail, les résultats de la mortalité phthisique. Nous nous ferions un scrupule de conscience de ne pas rappeler que c'est à cette source que nous avons pris nos chiffres, ainsi que ceux qui vont suivre. Nous n'avons fait que devancer probablement un travail d'ensemble qui se faisait trop attendre. Ainsi, pour chaque mois, le document que nous citons produit les renseignements que nous donnons ici en bloc, pour les deux dernières années de notre période quinquennale.

Les décès masculins ont été au nombre de 4.555 en moyenne, soit 53.7 pour 100 du total, 16.969; et la proportion pour la population mâle est de 4.85 pour 1000.

Les décès féminins ont été au nombre de 3.929 en moyenne, soit 46.3 pour 100 du chiffre total, et la proportion pour la population féminine est de 4.24 seulement.

En ce qui concerne l'origine ou la nativité des phthisiques de Paris, on constate une moyenne de 2.327, nés à Paris, ou 27.7 pour 100 du chiffre total, et de 6.073 nés hors Paris, soit 72.3 du chiffre total. Pour connaître toute la signification de ces chiffres, il faut se reporter aux données du recensement de 1866, et prendre pour base le résultat constaté qui réduit au tiers seulement le coefficient de la population indigène. En agissant ainsi, on trouve, pour ce tiers de population, tel qu'il résulte de nos calculs relatifs à ces deux années précises, la proportion 3.72 décès phthisiques pour les natifs de Paris, et 4.85 pour les habitants venus de la province ou de l'étranger. Un petit nombre parmi les décès constatés sont d'origine inconnue, 84 par an; mais cette légère lacune ne saurait infirmer le résultat.

L'étude de la *phthisie pulmonaire* à Paris est, de par ces chiffres, aussi complète que possible. Le tableau est laid, point flatté; puisse-t-il servir d'argument en faveur de toutes les mesures que conseille l'hygiène, soit au sein de la famille, soit dans les conseils de l'autorité.

Nous avons réuni en un même chapitre les maladies portées au Bulletin sous ces trois noms : *entérite*, *colite* et *diarrhée*. Il y a, de ce chef, une moyenne de 3917 décès par an, ce qui donne les proportions : 83.7 pour 1000 décès de toute cause, et 21.4 pour 10 000 habitants. La moyenne journalière est de 10.72; mais cette proportion monte à 18.68 en août, à 16.36 en septembre, à 15.38 en juillet. L'usage exagéré des fruits et des boissons froides doit être la cause principale de cette augmentation.

Le *choléra* a sévi violemment en 1865 et en 1866, mais il y a toujours eu un certain nombre de cas dans les années suivantes. Pour les deux années véritablement épidémiques il y a eu 12 162 décès; le mois d'octobre 1865 en compte à lui seul 4653. Les moyennes générales sont 5.64 pour 1000 décès de toute cause, et 14.45 pour 10 000 habitants. Le caractère irrégulier des manifestations du choléra ne permet pas des recherches plus détaillées.

La *dysentérie*, qui sévit principalement en septembre et en octobre, a la proportion 2.16 pour 1000 décès et 0.55 pour 10 000 habitants.

La *métro-péritonite* fournit en moyenne 319 décès par an. Si l'on y ajoute les décès portés plus loin sous la dénomination : *Suites de couches*, on aura le tableau complet des pertes attribuables à l'état puerpéral; 319 et 85 donnent le chiffre 404, avec les proportions 17.7 pour 1000 décès du sexe féminin, et 7.77 pour 10 000 femmes dans l'âge de fécondité, de 15 à 45 ans. Nous avons établi, en commençant, que les femmes de cet âge étaient dans la proportion 57.3 pour 100 de la population féminine. Si nous comparons à présent les terminaisons fatales de l'état puerpéral avec le nombre des naissances, on aura la proportion 6.82 décès pour 1000 accouchements. C'est en mars que la métro-péritonite et les suites de couches ont le plus haut chiffre de résultats désastreux; il y a là 1.40 décès par jour. Les mois voisins viennent ensuite : février, 1.33; avril, 1.25. La moyenne générale est de 1.11 par jour.

Le *rhumatisme articulaire* est relativement rare comme cause de mort; on en trouve 113, année moyenne, soit 2.42 pour

---

1250 francs pour l'élève qui a obtenu la première place après le second examen de médecine et l'examen de bachelier en chirurgie, dans des examens spéciaux qui suivent immédiatement chacun des précédents. L'élève reçoit aussi le titre d'élève de l'université, nous dirions ici lauréat, et une semblable distinction est décernée aux candidats qui ont le mieux passé les diverses parties de chacun des examens, ainsi la chimie, la physique, la botanique, la zoologie pour l'examen préliminaire, l'anatomie, la physiologie, la matière médicale, etc., pour le premier examen de médecine, la médecine, l'obstétrique, la médecine légale pour le second. Le premier et le second élève ensuite, reçoivent une médaille d'or de la valeur de 125 francs. Pour que l'obtention de ces récompenses puisse avoir lieu, il faut que les examinateurs déclarent que le candidat a fait preuve de capacité. Il ne doit pas être âgé de plus de vingt-deux ans, et prend l'engagement de se présenter à l'examen qui doit suivre le précédent dans l'intervalle fixé par les règlements de l'université, deux années académiques pour le premier examen de médecine, par exemple. Ces indemnités sont payables en quatre termes, l'élève doit nécessairement prouver à chaque terme qu'il continue ses études. Les élèves appelés à concourir sont ceux qui ont été classés en première ligne après chaque examen. Cette première distinction dispense plus tard d'une année de cours de clinique médicale ou chirurgicale, ou de deux ans de pratique lors du doctorat ou de la maîtrise en chirurgie. Enfin, le candidat qui s'est le plus distingué lors de l'examen de docteur en médecine ou de maître en chirurgie, reçoit une médaille d'or de la valeur de 500 francs. Quoi qu'il arrive, c'est en définitive une source d'émulations bonne à constater.

Les colléges des médecins et des chirurgiens de Londres, — ce dernier a pris depuis la loi de 1858 le titre de Collége des chirurgiens d'Angleterre, — tous deux corps examinant comme l'université, tous deux conférant des grades, en diffèrent sous plus d'un rapport, au moins autant qu'ils diffèrent entre eux. Si au pouvoir de conférer les grades ils enseignaient

1000 décès, et 0.62 pour 10 000 habitants. L'influence saisonnière semble nulle, malgré les idées préconçues à cet égard. Ainsi, les chiffres les plus élevés se rencontrent en janvier et en septembre, 0.37 par jour; puis en février, en mai et en décembre. Les chiffres les plus faibles sont en novembre et en juillet.

L'*érysipèle* a une moyenne de 294 décès, soit 6.28 pour 1000 décès, et 1.61 pour 10 000 habitants. L'influence saisonnière est ici très-marquée, car les cinq mois d'été et d'automne, juin, juillet, août, septembre et octobre, sont au-dessous de la moyenne journalière, 0.80. Les sept mois d'hiver et de printemps sont au-dessus; février a 1.06, mars 0.95, décembre 0.93.

Les *convulsions des enfants* occasionnent la mort, en moyenne, 1266 fois par an; sur ce nombre 10 seulement ont plus de 5 années d'âge; la véritable proportion est donc 107.7 décès pour 10 000 enfants au-dessous de 5 ans. Ici non plus l'influence saisonnière ne saurait être appréciée; le mois de février, qui a la proportion la plus forte, 4.42 par jour, est immédiatement suivi par le mois de juillet, qui a 4.15; la moyenne journalière est 3.46.

La *débilité* et les *vices de conformation* des *nouveau-nés* ont une moyenne de 1631 décès, tous imputables à la catégorie d'âge au-dessous de 5 ans, sauf une exception de 7 cas en ces cinq années. La proportion est de 139.8 pour 10 000 de cet âge. Les chiffres relevés en 1868 et 1869 permettent de préciser davantage le calcul, en recherchant la mortalité du premier mois. On trouve alors que cette moyenne 1631, ainsi décomposée, devient 1426 pour ce seul premier mois de l'existence. Et si l'on compare ce chiffre à celui des naissances, abstraction faite des mort-nés, on trouve la proportion 259 décès de cette cause pour 10 000 enfants dans le premier mois de la vie.

Un assez grand nombre de décès est inscrit sous cette rubrique : *Vieillesse, caducité, faiblesse sénile*. Pour les deux sexes, on en compte 4193, soit 839 par an. Il y a donc, sur 1000 décès de toute cause, 17.9 décès attribuables à la vieillesse. Mais il faut remarquer que tous ces décès appartiennent à la catégorie d'âge au-dessus de 60 ans; on ne constate que 6 ou 7 cas en dehors de ces conditions; la proportion, pour la population au-dessus de soixante ans, est donc de 6.06 pour 10 000.

Si l'on fait le départ par sexe, on trouve seulement 4.59 pour les hommes, et 7.28 pour les femmes. Il n'y a, en effet, qu'une moyenne de 287 décès annuels de cette cause pour les hommes, tandis que celle des femmes est 552, et ce fait est d'autant plus significatif que, si l'on s'en souvient, le *quantum* des vieilles femmes est supérieur à celui des vieux hommes, dans le chiffre de la population, bien que la proportion de mortalité générale soit inférieure pour elles.

La moyenne journalière pour ces décès est de 2.29. Mais on verra sans étonnement ce chiffre grandir dans la saison d'hiver. En janvier, il est de 3.02; en mars, 2.99; en décembre, 2.64. La clémence de l'été s'affirme, au contraire, dans les chiffres les plus favorables : 1.69 en septembre, 1.88 en août, 1.90 en juillet.

En regard de ces chiffres particuliers à la vieillesse, il faut, pour finir et comme explication même de ces faits, examiner les causes de mort violente qui pèsent plus fortement sur le sexe masculin, et par conséquent abrégent proportionnellement pour lui la durée de l'existence. Ces faits sont le suicide et l'accident.

Le *suicide* donne une moyenne totale de 588 décès par an, ce qui fait 12.5 pour 1000 décès de toute cause, et 3.21 pour 10 000 habitants. Mais ce chiffre brut se décompose par sexe en deux portions bien éloignées toutes deux de la moyenne. Pour le sexe masculin, il y a 471 suicides, c'est-à-dire 5.12 pour 10 000 de la population mâle; et pour le sexe féminin il y en a 119, c'est-à-dire 1.31 seulement. Ces chiffres seront encore rectifiés tout à l'heure, puisque les âges de l'enfance ne doivent pas être compris dans cette appréciation.

Malheureusement le document municipal a modifié la contexture de ses tableaux en 1868, et nous ne pouvons donner les résultats de la période entière qu'en faisant abstraction des sexes. Les chiffres sont alors : de 5 à 15 ans, 4 suicides en moyenne par an, soit 1.73 pour 100 000 enfants de cet âge, fait monstrueux mais authentique; de 15 à 25 ans, 69 suicides, 20.65 pour 100 000 de cet âge; de 25 à 40 ans 166 suicides, 29 pour 100 000; de 40 à 60 ans, 247 suicides, 56.2 pour 100 000; et au-dessus de 60 ans 108 suicides, 78 pour 100 000. Cette progression est un résultat à noter, bien qu'elle soit un peu écourtée par les dispositions du tableau municipal.

Pour les trois années 1865, 1866 et 1867 nous pouvons donner les chiffres par âge et par sexe. On a alors : de 5 à 15 ans 1.74 pour 100 000 de cet âge parmi les hommes, et 2.62 parmi les filles; de 15 à 25 ans, 26.10 pour les hommes, 14.94 pour les femmes; de 25 à 40 ans, 46.40 pour les hom-

eux-mêmes, ce seraient presque, avec leurs priviléges, leur indépendance, leur autonomie, les anciennes corporations d'autrefois.

Le Collége des médecins (*R. College of physicians*) se compose de *fellows* (compagnons), de membres et licenciés. Il est gouverné par les *fellows*, qui, réunis en assemblée, nomment le président, quatre censeurs, les fonctionnaires supérieurs, et se prononcent sur toutes les questions qui leur sont soumises. Un conseil, composé du président, des censeurs, du trésorier et d'un certain nombre de *fellows*, est chargé de l'administration du collége. Les fellows se recrutent par eux-mêmes parmi les membres. Les examinateurs pour le degré de membre sont le président et les censeurs; pour la licence ce sont des membres désignés par le conseil. Le prix du premier est de 800 francs, celui du second est de 400 francs. Les gradués de deux universités, celles d'Oxford et de Cambridge, étaient autrefois seuls admis à faire partie du collége comme membres, mais cette restriction fut l'objet de sévères critiques en Angleterre même, ces deux universités n'étant pas celles où les études médicales fussent assez complètes pour justifier cette faveur, et il n'en est plus ainsi aujourd'hui; les gradués de toutes les universités et des autres colléges reconnus par le collége des médecins, et ils le sont presque tous, sont dispensés, au contraire, de tout ou partie des examens. La plupart des membres du collége sont après tout des médecins déjà reçus et en possession d'un titre légal. En fait, ils ne sont astreints qu'à un troisième examen oral et écrit sur l'anatomie, la médecine mentale, l'hygiène publique, etc. Ils doivent être âgés d'au moins vingt-cinq ans. Le conseil se montre fort sévère pour ceux qui sont engagés dans quelque commerce, ou distribuent des médicaments à leurs clients : c'est là un empêchement à l'obtention du titre de membre. Tout associé à un pharmacien, tout médecin qui pratique à la fois la médecine et la chirurgie, ne peut non plus aspirer à ce titre. Les fellows, choisis généralement parmi les membres distingués de la corporation, sont en réalité à la tête de la profession médicale de la capitale.

mes, 10.63 pour les femmes; de 40 à 60 ans, 91.30 pour les hommes, 18.70 pour les femmes; au-dessus de 60 ans 129.50 pour les hommes, 50 pour les femmes.

Ainsi le suicide est partout plus fréquent, et dans des proportions très-fortes, parmi les hommes, sauf dans cette période au-dessous de 15 ans, ce qu'il faut attribuer certainement à un développement plus hâtif de la puberté avec toutes ses conséquences.

Les *accidents* sont aussi beaucoup plus fréquents parmi le sexe masculin. Il y en a eu en tout 2042, dont 1691 parmi les hommes, 83 pour 100. Les proportions annuelles sont : 3.68 pour 10000 hommes, et 0.77 pour 10 000 femmes. Sur les 49 décès survenus par l'*hydrophobie*, il y en a 33 du sexe mâle, et 17 du sexe féminin. Pour les deux causes principales de mort violente il y a, entre les deux sexes une différence de 6.72 pour 10000. Si l'on veut se souvenir que la différence totale n'est que de 10, d'après les chiffres municipaux employés ici, et se reporter aux résultats constatés pour la fièvre typhoïde, pour la phthisie, pour l'état puerpéral, on se fera facilement une idée exacte des conditions d'inégalité signalées entre la mortalité des deux sexes.

Tels sont les faits principaux qui ressortent de l'examen approfondi et minutieux des différents documents statistiques officiels. Notre rôle de calculatuer a pu se prêter parfois à l'analyse et à la critique. Mais les chiffres sont là, accessibles à la vérification; et si nous avons dû laisser sans explication un grand nombre de faits encore, chaque lecteur, guidé par l'exemple, pourra compléter par devers lui ce qui lui paraîtra mériter un examen plus détaillé.

C. Ély.

COURS PUBLICS

Thérapeutique.

Du traitement de la syphilis. — Méthode des traitements successifs. Leçon professée à l'hôpital de Lourcine par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté.

(Suite. — Voyez les numéros 7, 9, 11 et 12.)

Ouvrez vos livres, Messieurs, et vous trouverez diverses solutions données à ce problème. Dupuytren, par exemple, voulait qu'après la cicatrisation du chancre on continuât à administrer le mercure autant de temps qu'il en avait fallu pour obtenir la guérison de ce chancre. — D'autres praticiens ont formulé des doses fixes qu'il suffirait d'atteindre pour en avoir fini avec la vérole : 80 à 100 cuillerées de liqueur de Van Swieten, pour Broussonnet, 100 à 110 pilules de Dupuytren, pour Vidal, devaient suffire à éteindre tout principe virulent, tout germe spécifique dans l'organisme. — Mieux inspiré, suivant moi, Chomel tenait moins à la dose ingérée qu'à la durée totale et à la continuité du traitement : cinq à six mois de médication mercurielle non interrompue, voilà ce qu'il imposait à ses malades comme condition indispensable de guérison et sauvegarde probable pour l'avenir. — M. Ricord, enfin, dans un livre que j'ai eu l'honneur de rédiger pour lui, a résumé sur ce point le résultat de sa longue pratique dans les termes suivants : « *Six mois de traitement mercuriel*, à une dose journalière qui influence les accidents à combattre et qui indique, après qu'ils ont été détruits, que le médicament agit encore par ses effets physiologiques connus; puis *trois mois d'un traitement ioduré*, destiné à prévenir les accidents éloignés de la diathèse, telle est la médication qui donne les cures les plus soutenues, qui réussit, dans l'énorme majorité des cas, à neutraliser véritablement le virus toxique, je dirais volontiers à guérir la vérole, au moins dans la généralité de ses manifestations (1). »

Or, à mon sens, Messieurs, ce sont ces prescriptions absolues, ces formules quasi mathématiques, qui ont le plus fait tort au mercure, qui l'ont le plus desservi. Car, lorsque s'assujettissant à tel ou tel de ces programmes, on a éprouvé un échec, on n'a guère manqué d'accuser, non pas la méthode, mais le remède, et de conclure à l'impuissance, à l'influence (relative au moins) du mercure.

Pour ma part, je comprends d'une façon autre le traitement mercuriel de la syphilis. J'ai été amené, du moins, par la force des choses, à l'administrer différemment, non sans avoir marché d'abord dans la voie de mes prédécesseurs et de mes maîtres. C'est pour avoir subi de nombreux mécomptes des méthodes thérapeutiques usuelles que je me suis efforcé d'introduire dans ces méthodes quelques modifications, de leur imprimer une direction autre, et, sans changer le remède, d'en tirer un parti meilleur. Y suis-je parvenu, vous en jugerez, et mes confrères en jugeront. Voici en tout cas ce que m'a appris mon expérience.

Ce dont je suis bien persuadé d'abord, c'est, comme l'a dit Chomel, que la durée du traitement fait plus que la dose totale absorbée. Il vaut mieux, cent fois mieux, traiter un malade longtemps, à dose suffisante bien entendu, que lui administrer à bref délai de fortes doses de mercure. — Mais passons sur ce point qui n'est guère sujet à contestation.

Ce dont je suis aussi énergiquement convaincu, c'est que

(1) *Leçons sur le chancre*, 2e édition, Paris, 1860.

Le collége a conservé l'habitude de confier chaque année à l'un des plus anciens fellows l'éloge d'Harvey, qui, naguère prononcé en latin, l'est aujourd'hui en anglais.

La licence en médecine (L. M.) donne le droit de pratiquer la médecine, la chirurgie et les accouchements dans tout le royaume, les licenciés étant inscrits au Register medical; autrefois l'exercice était borné à la ville et aux environs. Les candidats doivent être âgés de vingt et un ans. Ils ont trois examens à subir. Ces examens sont à peu près les mêmes que ceux de l'université, mais la plupart des examens passés devant une université ou un collége reconnus dispensent de la partie ou même de l'examen entier exigé. En résumé, les examinateurs ont des droits exceptionnels pour dispenser de l'une ou l'autre partie de ces examens.

Notons encore que tous les candidats sont soumis à de solennelles déclarations concernant l'exercice de la profession, leur obéissance aux lois et règlements du collége. Les licenciés peuvent délivrer des médicaments aux malades qu'ils soignent eux-mêmes, mais non aux autres. La licence ne suffit pas pour devenir membre du collége, il faut subir l'examen spécial.

Le Collége des chirurgiens (*R. College of Surgeons of England*) se compose de *fellows* honoraires, de *fellows*, de membres, de licenciés en accouchements (L. M.) et de licenciés en chirurgie dentaire (L. D. S.). A l'exception des fellows honoraires, qui sont d'anciens compagnons, tous les autres grades sont conférés après des examens. Vingt-quatre fellows font partie d'un conseil chargé de la haute administration du collége. Les membres ne sont donc pas appelés, comme dans le collége des médecins, à devenir compagnons, ce sont ici deux grades différents. La chirurgie est nécessairement l'objet des préoccupations du collége. Les certificats exigés sont nombreux. Il faut avoir été (*dresser*) élève chargé des pansements dans un hôpital reconnu. Les certificats spéciaux ne sont valables qu'alors qu'ils émanent de membres d'un collége de chirurgiens dûment reconnu du Royaume-Uni. Les hôpitaux ac

pour obtenir du mercure tout ce qu'il peut donner, pour obtenir de lui surtout ce qu'on a surtout intérêt à lui demander, c'est-à-dire une influence curative *pour l'avenir*, il faut l'administrer *longtemps*, plus longtemps qu'on ne le fait en général, plus longtemps que ne le prescrivent les formules thérapeutiques dont je viens de vous parler.

Et cela, je l'ai appris à mes dépens, par insuccès personnels, par une série d'échecs éprouvés par moi. Ce que j'ai vu, en effet, c'est que :

1° Si l'on donne le mercure comme le voulait Dupuytren (un temps égal après la guérison des accidents à celui qu'ont exigé ces accidents pour guérir), on ne produit rien de sérieux, on laisse subsister la maladie en son entier, avec toutes ses conséquences ultérieures.

2° Si l'on administre le mercure à la façon de Broussonnet, Vidal et autres, on n'obtient encore qu'un demi-résultat, ou plutôt — disons les choses crûment — on n'obtient rien; car on n'arrive avec cette méthode fixe, avec ce traitement écourté (100 cuillerées de liqueur de Van Swieten, 100 à 110 pilules de sublimé), qu'à éteindre les accidents présents et à reculer les manifestations futures; mais on n'agit pas sur la diathèse d'une façon suffisante, on ne parvient pas à l'influencer assez énergiquement pour tarir la source d'accidents ultérieurs.

Consultez, en effet, les recueils d'observations, et vous y trouverez qu'un très-grand nombre de malades, traités de la sorte au début de l'infection pendant deux ou trois mois, ont été affectés plus tard d'accidents sérieux, graves ou mortels. Ce sont même, je puis le dire, les malades de cette catégorie qui fournissent le plus gros contingent à la vérole tertiaire, car assez rares, en somme, sont les sujets qui se sont pleinement et absolument abandonnés à l'expectation. L'histoire la plus commune de la vérole tertiaire est la suivante : un individu prend la vérole; il se traite au début de son mal pendant quelques semaines, deux mois, trois mois, quatre mois. Tout disparaît. Ce malade alors se croit guéri; il ne fait plus rien, il vit sur la garantie illusoire d'une immunité plus ou moins prolongée; puis surviennent tout à coup, au milieu d'une sécurité parfaite, des accidents nouveaux, et ceux-ci parfois graves, quelquefois très-graves, d'autant plus redoutables en tout cas que, n'offrant plus ce qu'on pourrait appeler la physionomie vénérienne, et simulant des lésions communes, ils courent risque d'être méconnus dans leur nature, d'être soumis aux traitements qui leur conviennent le moins, et d'aboutir à une catastrophe terminale.

3° Ce que j'ai vu encore (moins souvent, il est vrai), c'est qu'à la suite de traitements plus prolongés, à la suite, par exemple, du traitement formulé par mon illustre maître, — auquel je demande humblement pardon de cette critique nécessaire, — la diathèse pouvait encore s'accuser par des décharges ultérieures, et témoigner ainsi de sa présence persistante dans l'organisme. J'ai dans mes notes nombre de cas où des malades, après s'être régulièrement traités par le mercure pendant cinq ou six mois, d'une façon non interrompue, ont été affectés plus tard d'accidents plus ou moins sérieux. Il est donc certain qu'une mercurialisation assidue de cinq à six mois n'est pas toujours suffisante, tant s'en faut, à éteindre la diathèse et à conjurer tout péril d'avenir. Cela, je le déclare, je l'affirme, malgré tout le respect dû à mon maître, parce que l'expérience clinique me l'a plusieurs fois démontré.

A un autre point de vue, ce que j'ai encore observé et ce dont je suis certain aujourd'hui, c'est que le mercure administré longtemps d'*une façon continue* perd singulièrement de son efficacité. Pour le mercure, comme pour tant d'autres remèdes d'ailleurs, la continuité d'usage crée une *accoutumance* qui affaiblit, amoindrit et finit par annuler les effets thérapeutiques. A l'appui de ce dire, j'invoquerai plusieurs ordres de preuves :

1° Des *preuves d'analogie* tout d'abord. Il est évident et incontestable qu'on s'accoutume à certains médicaments, lesquels, très-actifs primitivement, arrivent à ne plus exercer aucune influence sur un organisme blasé. Prenez ce soir une pilule d'opium, vous en ressentirez un certain effet; prenez une de ces mêmes pilules huit ou quinze jours de suite, vous n'en éprouverez presque plus rien; continuez-en l'usage sans interruption six mois de suite, soyez sûrs qu'au bout de ce temps cette pilule n'exercera plus sur vous la moindre action narcotique ou sédative. Eh bien, le mercure est de même un remède auquel l'économie s'accoutume et qui, après un certain temps, finit par perdre toute influence sur elle, ainsi du reste que je vais l'établir.

2° *Preuves directes*. — Il arrive souvent ceci : un malade se présente avec un accident syphilitique; une certaine dose quotidienne de mercure lui est administrée et exerce sur cet accident une action évidente; on continue le remède, puis voilà qu'à un moment donné l'action thérapeutique se ralentit, se suspend, et le symptôme morbide subsiste, comme si l'on ne faisait plus rien, comme si la maladie était abandonnée à son impulsion propre. Les choses en étant à ce point, on élève la dose du remède, on la double, je suppose; tout aussitôt l'action thérapeutique se rétablit et le symptôme s'amende à nouveau. — Or, ce fait que chacun de nous a constaté cent fois, quelle interprétation plus rationnelle et plus simple à lui donner que celle-ci : une certaine dose de mercure qui, pendant un certain temps, avait exercé une action manifeste sur la maladie, a perdu, au delà de ce temps, son influence première, parce que l'organisme s'y était habitué, parce qu'il avait contracté vis-à-vis d'elle cette sorte d'état réfractaire aux effets habituels d'un remède qu'en thérapeutique générale on appelle l'*accoutumance?*

---

ceptés sont ceux qui comprennent au moins 150 lits dans une ville, 100 dans une école provinciale ou coloniale. Les examens sont nécessairement différents pour chacun des grades en dehors des formalités d'études analogues à celles exigées pour les divers grades conférés par l'université : certificats d'assistance aux cours et cliniques, temps d'étude, etc. Le collége reconnaît comme valables des certificats délivrés par des professeurs qu'il a reconnus.

Le licencié en accouchements (L. M.) doit être âgé de vingt et un ans au moins. S'il n'est pas déjà membre ou fellow du collége, ou gradué d'un autre collége ou d'une université, il doit justifier de quatre ans d'études médicales et présenter les certificats d'une éducation professionnelle analogue à celle exigée pour les membres du collége, avoir assisté à un cours d'accouchements et de maladies des femmes et d'enfants, et avoir dirigé trente accouchements.

La licence en chirurgie dentaire (L. D. S.) n'a pas d'analogue chez nous. Les formalités sont les suivantes : être âgé de vingt et un ans; quatre ans d'études de la profession, dont trois sous la direction d'un chirurgien dentiste; présence à des cours dans une école reconnue ou de professeurs reconnus, parmi lesquels : cours d'anatomie de la tête, dissections pendant neuf mois, chimie de laboratoire, cours de chirurgie dans un hôpital, anatomie et physiologie dentaire et comparée, chirurgie dentaire et appareils spéciaux, métallurgie, pratique pendant quatre sessions, deux d'hiver et deux d'été, dans un hôpital spécial ou dans la section spéciale d'un hôpital. Ce grade, comme celui qui précède, peut être pris par des médecins déjà membres, fellows ou gradués de tout autre collége ou université, les formalités étant nécessairement réduites en raison de leurs diplômes mêmes.

Le coût des examens et des diplômes varie beaucoup selon la position particulière du candidat. Ainsi pour la licence en obstétrique le prix est de 75 francs pour les membres et fellows du Collége, 125 francs pour les gradés d'autres universités et colléges, 250 francs pour les autres candidats. Le diplôme de

Autre fait déposant dans le même sens. Il arrive assez souvent que dans le cours même d'un traitement mercuriel institué de longue date et poursuivi sans interruption, de nouveaux accidents syphilitiques viennent à surgir. Qu'arrive-t-il alors si, en vue même de ces accidents, on insiste sur la médication, si l'on continue le traitement? C'est que l'on n'obtient plus du mercure, dans de telles conditions, que des effets très-peu sensibles, lents, incomplets, non satisfaisants; c'est qu'en certains cas même on n'en obtient plus rien, et qu'en dépit de doses mercurielles accumulées les accidents persistent. En pareil cas, au contraire, suspendez tout traitement; attendez, sans rien faire, deux, trois, quatre semaines; puis à ce moment reprenez la médication première, de la même façon, sous la même forme, aux mêmes doses, et vous verrez le remède, dont l'économie se sera deshabituée, reprendre tout à coup, comme par enchantement, son énergie primitive et ses vertus habituelles, momentanément amoindries ou suspendues par le seul fait de l'accoutumance.

N'est-il pas évident, d'après cela, que des traitements mercuriels longtemps prolongés doivent perdre une bonne part de leur influence? J'en ai acquis la conviction pour mon compte. Je crois que, lorsqu'on a soumis un malade à de certaines doses mercurielles pendant deux ou trois mois au plus, les doses nouvelles qu'on lui administre ensuite sont données à peu près *en pure perte*, que le remède à cette époque est devenu par accoutumance, sinon tout à fait inerte (ce que je n'oserais dire), du moins bien moins actif, bien moins puissant qu'au début. Je crois, pour spécifier, que six mois d'une médication mercurielle *continue* produisent infiniment moins d'effets curatifs que six mois de la même médication répartis par traitements de six à huit semaines dans une durée de douze à quinze mois. J'ai vu même des malades qui, pendant une année entière, n'avaient cessé de prendre du mercure, retirer moins de bénéfice de ce traitement énorme qu'il n'en eussent vraisemblablement obtenu d'un traitement moitié moindre, mais plus intelligemment distribué.

Or, messieurs, il est des conclusions pratiques à déduire de tout cela. Ces conclusions, nous allons les formuler actuellement.

Réunissant ces deux données majeures qui étaient ressorties pour moi de mon expérience personnelle, à savoir : nécessité, d'une part, d'une médication mercurielle *longtemps prolongée*, et d'autre part, désavantage évident d'une médication mercurielle *continue*; réunissant, dis-je, ces deux données essentielles, je suis arrivé par la force des choses à combiner pour mes malades une méthode de traitement quelque peu différente de celles de mes devanciers, et que d'un mot je puis vous qualifier sous le titre de *méthode des traitements successifs*.

Rien que de très-simple dans cette méthode, application naturelle des principes qui précèdent. Un exemple pris sur le vif vous la fera mieux comprendre que tout autre commentaire.

Voici un malade qui, ces derniers jours, est venu réclamer mes soins pour une syphilide papuleuse, typique, accompagnée de quelques autres accidents inutiles à spécifier. Je lui ai prescrit un traitement mercuriel (5 à 10 centigrammes de proto-iodure, quotidiennement). Dans trois à quatre semaines environ, la syphilide aura disparu, suivant toute vraisemblance. Le traitement, néanmoins, sera continué. Nous comptons le prolonger deux mois environ.

Mais au delà, que ferai-je? — Au delà, *quoi qu'il arrive* (remarquez bien cela), je cesserai le traitement, bien certain par expérience que mon malade aura commencé déjà à prendre l'accoutumance du mercure, et que de nouvelles doses du remède n'exerceraient plus sur lui qu'une influence relativement moindre. Je le laisserai donc sans médication plusieurs semaines, mettons, pour fixer une mesure, un mois au minimum.

Ce mois passé, je reprendrai le traitement, et je le reprendrai (notez bien encore ceci), *quoi qu'il soit advenu*, que le malade ait eu ou n'ait pas eu de nouveaux accidents. Car ne se fût-il produit rien autre sur lui, il n'en serait pas moins syphilitique, ni moins exposé à des manifestations que j'ai à cœur de prévenir. — Donc, nouveau traitement avec le même remède; nouveau traitement de six semaines à deux mois.

Cela fait, trois mois de répit en moyenne pourront être accordés, sans grande crainte d'une part de manifestations sérieuses pouvant se jeter à la traverse, et avec tout bénéfice d'autre part d'une désaccoutumance favorable à l'action ultérieure du remède.

Au delà, j'administrerai de nouveau le mercure pour six, sept ou huit semaines; — puis je le suspendrai pour quelques mois; — puis je le prescrirai derechef; — et ainsi de suite, toujours avec la précaution de faire succéder à chaque stade de traitement actif un stade intercalaire de repos ou de *désaccoutumance*.

En procédant de la sorte, je réaliserai ce que je cherche à produire, c'est-à-dire *je conserverai au mercure pendant toute la durée du traitement l'intensité d'action qui lui est propre*. C'est là l'une des visées auxquelles tendent mes efforts; et quant à l'autre, quant au second but que je poursuis, nous verrons dans un instant que cette méthode des traitements interrompus ne lui est pas moins favorablement appropriée.

Mais avant de passer outre, j'ai besoin de bien spécifier que le programme de traitement dont je viens de vous entretenir ne saurait avoir rien de fixe, rien d'absolu. Un traitement, en effet, ne se prête pas à des règles inflexibles, et ne peut être

---

fellow est de 125 francs pour les membres du collége, de 625 francs pour ceux qui ne le sont pas, etc. Il est d'usage général de retenir 25 francs sur la somme versée par les candidats et de leur rendre le surplus en cas de refus aux examens. Je n'ai vraiment pas besoin d'insister sur la valeur des grades conférés par le Collége des chirurgiens; ils sont fort recherchés en Angleterre.

A. Dureau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

— M. le professeur Gubler reprendra son cours de thérapeutique (eaux minérales de la France) le mardi 16 avril, à 5 heures.

— M. le docteur Champmartin vient de mourir à Paris, à un âge peu avancé.

Affaire Dolbeau. — Le conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique s'est réuni le 9 avril dernier en séance extraordinaire, présidée par M. Davillier....

Le but de la réunion était l'audition du rapport de la commission nommée pour faire une enquête sur certaines imputations portées contre M. Dolbeau. La conclusion du rapport a été adoptée à l'unanimité. En voici le texte :

« A l'égard de M. le docteur Dolbeau, l'administration de l'Assistance publique n'a aucune suite à donner aux faits constatés dans l'enquête, mais qu'au point de vue administratif il y a lieu d'appeler l'attention de la direction sur des manœuvres et irrégularités graves, causes premières de tout le bruit qui s'est produit dans cette circonstance à l'hôpital Beaujon, irrégularités et manœuvres qui expliquent l'animation extrême manifestée par le docteur Dolbeau. » (*Moniteur universel.*)

— Le cours de M. Dolbeau se poursuit jusqu'ici sans difficulté et sans trouble.

déterminé à l'avance comme la marche d'un chronomètre ou les scènes d'une comédie. Il va sans dire, en conséquence, que, comme toute autre méthode, la méthode des traitements interrompus reste subordonnée dans son application aux exigences spéciales de chaque cas particulier. C'est ainsi que, suivant les sujets ou suivant les incidents qui peuvent se produire, la durée des stades de thérapeutique active devra être prolongée ici et abrégée là ; c'est ainsi de même qu'il y aura convenance, tantôt à augmenter, tantôt à diminuer la durée des stades de repos ou de désaccoutumance ; c'est encore ainsi que la succession de ces divers stades pourra être utilement modifiée suivant l'intensité de la maladie, la tolérance du malade, la fréquence et le caractère des récidives, la période de la diathèse, et cent autres indications impossibles à prévoir. Tout cela, fort important certes en pratique, ne saurait être l'objet de prescriptions générales.

Il est toutefois, dans la direction du traitement, un point essentiel sur lequel je dois arrêter votre attention. L'expérience m'a appris ceci : il y a nécessité, au début de la médication, à rapprocher les stades de thérapeutique active; il y a intérêt tout au contraire à les espacer de plus en plus, à mesure qu'on s'éloigne de la période initiale de la maladie. Ainsi, au début, entre les deux ou trois premiers stades de traitement, tout au plus pourrez-vous intercaler des stades de repos d'une durée de six à huit semaines; plus tard déjà, il vous sera loisible de prolonger ces stades, sans inconvénient et sans craintes d'accidents, jusqu'à deux et trois mois ; *à fortiori*, trouverez-vous avantage, dans une phase plus avancée de la maladie, à interposer aux stades actifs des stades de repos d'une durée de quatre à cinq mois. — C'est là du moins ce qui, empiriquement, m'a paru le plus profitable aux malades.

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

ALTÉRATION DES MUSCLES QUI SE PRODUIT SOUS L'INFLUENCE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES OU ANALOGUES DES NERFS. — ACTION TROPHIQUE DES CENTRES NERVEUX SUR LE TISSU MUSCULAIRE; par M. *A. Vulpian*. — Lorsqu'un nerf rachidien est coupé transversalement, dans un point quelconque de son trajet, entre le ganglion de ses racines postérieures et ses extrémités périphériques, les fibres nerveuses du bout central, ainsi que je l'ai dit dans ma précédente communication, subissent une réduction de diamètre, sans altération appréciable de leurs parties constituantes. Les fibres nerveuses du bout périphérique d'un nerf coupé subissent un genre particulier d'atrophie que l'on peut appeler *histopathique*. La myéline de chaque fibre se segmente, se réduit en gouttelettes de plus en plus fines, et le cylindre-axe se modifie aussi très-peu de temps après la section.

Dans la dégénérescence atrophique des nerfs moteurs, les muscles à faisceaux musculaires striés subissent une atrophie souvent considérable. Le diamètre des faisceaux musculaires primitifs diminue progressivement, et un grand nombre de ces faisceaux finissent par disparaître. De plus, peu de jours après la section des nerfs moteurs ou mixtes, on constate que la contractilité musculaire diminue.

Ces modifications histologiques et physiologiques sont-elles dues à la lésion des fibres motrices proprement dites, des fibres sensitives ou des fibres sympathiques (vaso-motrices ou autres) dont l'ensemble constitue les nerfs destinés aux muscles? Je crois que mes expériences sur les nerfs de la langue et sur le nerf facial ne peuvent pas laisser de doutes sur la réponse qu'elle doit recevoir. J'ai montré, en effet, que les lésions du nerf lingual, chez le chien, ne sont suivies d'aucune altération des muscles de la langue, tandis que les lésions du nerf hypoglosse, au contraire, déterminent, avec une très-grande rapidité, une atrophie considérable des muscles animés par ce nerf.

Ces expériences mettent donc hors de cause les nerfs sensitifs, pour l'explication de l'atrophie musculaire déterminée par des lésions nerveuses. Toutefois, il serait bon de faire quelques réserves si l'on ne pouvait invoquer que ces seuls faits expérimentaux, car le nerf hypoglosse contient un certain nombre de fibres sensitives, reçues par voie d'anastomoses ou provenant de la racine postérieure de ce nerf (on sait que le nerf hypoglosse possède, chez certains animaux, entre autres le chien, une petite racine postérieure munie d'un ganglion). Mais une expérience sur le nerf facial résout la difficulté. Une section des fibres de ce nerf, au point même où il sort de son noyau propre d'origine, détermine une atrophie granuleuse de ces fibres dans toute la longueur de leur trajet, jusqu'à leurs extrémités périphériques, et les muscles de la face subissent la même altération et les mêmes modifications physiologiques que les muscles des membres, dans les cas où leurs nerfs mixtes sont coupés. Dans le point où on le sectionne, dans cette expérience, le nerf facial est sans doute exclusivement moteur, et, par conséquent, l'atrophie musculaire qui résulte de cette section ne peut être due qu'à la section des fibres nerveuses motrices.

Ceci bien posé, on doit chercher à déterminer la cause de ces modifications histologiques qui sont provoquées dans les muscles par les lésions de leurs nerfs. Ce travail morbide est-il la conséquence de la paralysie, de l'inertie fonctionnelle à laquelle sont condamnés les muscles dont les nerfs sont coupés? Évidemment non; car, ainsi qu'on le sait, on n'observe rien de semblable dans les cas de paralysie complète des membres dépendant de lésions de l'encéphale, ou de lésions de la moelle épinière.

Il ne s'agit pas là non plus, comme des physiologistes l'ont pensé, d'un résultat dû simplement à l'irritation que subissent, dans certains cas de lésions, les nerfs atteints, et secondairement les muscles auxquels s se rendent ces nerfs. S'il en était ainsi, il semblerait que la rapidité et l'intensité du travail d'atrophie musculaire dussent varier avec la nature plus ou moins irritative de la lésion subie par les nerfs. Or, il n'en est rien. L'altération des muscles n'est pas due non plus à des lésions des parois des vaisseaux des muscles, car d'ordinaire ces vaisseaux restent sains. Enfin, cette altération musculaire, bien que liée au travail d'atrophie des nerfs, ne saurait être considérée comme le résultat pur et simple de la propagation de ce travail morbide des nerfs aux muscles. S'il en était ainsi, dès que les nerfs reprennent, par régénération, leur structure normale et leurs propriétés physiologiques, les muscles devraient aussi se reconstituer, dans tous les cas, puisqu'ils peuvent se régénérer comme les nerfs. Cette régénération musculaire a bien lieu, en effet, lorsque le bout périphérique des nerfs lésés s'est remis en pleine communication avec le bout central, et qu'il a subi, dans ces conditions, une restauration complète. Mais cette régénération ne se produit pas, et c'est là un fait bien important, lorsque le bout périphérique d'un nerf, de l'hypoglosse par exemple, comme dans les expériences que j'ai faites avec M. Philipeaux, se restaure sur place, sans réunion possible avec le bout central, cette partie du nerf étant arrachée. Que manque-t-il donc, dans ce cas, pour que les muscles se régénèrent? L'influence du centre nerveux.

On est ainsi forcément conduit à cette conclusion : La substance grise du centre spinal et de ses prolongements, ou des parties correspondantes dans l'isthme de l'encéphale, exerce, par l'intermédiaire des fibres nerveuses motrices, une véritable action trophique sur les muscles, comme elle en exerce une indubitable sur les nerfs moteurs eux-mêmes. Et l'ensemble des faits, soit cliniques, soit expérimentaux, que je ne

puis développer ici, nous montre que la cause de l'atrophie musculaire, soit dans les cas de lésions traumatiques ou analogues des nerfs moteurs, soit dans certains cas de lésions de la moelle épinière, est la suppression et non l'exaltation morbide de l'influence trophique des noyaux de substance grise d'où naissent ces fibres nerveuses motrices.

Jusqu'à quel degré cette influence trophique est-elle indispensable au tissu musculaire? Question à étudier. Quel est le mécanisme intime de cette influence? Question qui me paraît sans solution possible, dans l'état actuel de la science (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie*).

Altération des eaux sulfureuses des Eaux-Bonnes au contact d'un air limité, par feu M. *Louis Martin*. — *Conclusions*. 1° L'eau sulfureuse des Eaux-Bonnes, admise dans les réservoirs au contact d'un air limité, y subit deux réactions successives. La première consiste dans la transformation rapide du monosulfure de sodium en bisulfure, avec production équivalente de silicate de soude. La seconde est la transformation lente et progressive, toujours partielle, du bisulfure de sodium en hyposulfite de soude, par simple fixation d'oxygène.

2° L'eau des réservoirs contient toujours le soufre de la source à l'état de bisulfure et d'hyposulfite. Il ne se dégage point d'acide sulfhydrique; il ne se forme ni sulfites, ni polysulfures d'un degré plus élevé que le bisulfure.

3° La préparation des bains par addition d'eau sulfureuse artificiellement chauffée et désulfurée n'a d'autre résultat que de provoquer une oxydation plus profonde, c'est-à-dire de faire passer à l'état d'hyposulfite une nouvelle proportion de bisulfure de sodium.

4° Les sources des Eaux-Bonnes présentent cette particularité singulière, que la silice y existe en proportion définie par rapport au sulfure de sodium, à savoir deux équivalents de silice pour un équivalent de sulfure. Ainsi, le silicate qui se forme par l'altération est un quadrisilicate.

5° Deux autres stations des Pyrénées présentent la même relation : ce sont Saint-Sauveur et Cauterets (César, les Espagnols)... .

(Commissaires : MM. Élie de Beaumont, Dumas, Ch. Sainte-Claire Deville, Daubrée).

Putréfaction cadavérique chez les sujets alcoolisés. — M. *Gauthier de Claubry*, au sujet de la note récente de M. Champouillon, fait remarquer que des causes très-diverses pourraient avoir déterminé le plus ou moins de rapidité de la putréfaction.

« Un nombre considérable de cadavres provenant des batailles de rues, en juillet 1830, avaient été, dit-il, enfouis sur divers points, et en nombre beaucoup plus grand qu'ailleurs à l'entrée du Champ-de-Mars, devant le pont d'Iéna. Ils appartenaient tous à des individus frappés par des projectiles ou des armes de guerre, — étant tous également trouvés soumis aux mêmes conditions atmosphériques, — et ayant été enfouis dans le même temps, — d'où devaient résulter, d'une manière générale, des conditions analogues de putréfaction.

» Lorsqu'au mois de juillet 1840 l'exhumation en fut opérée pour leur transport à la colonne de la Bastille, on les trouva côte à côte, dans les rangées supérieures comme dans les rangées inférieures, dans *quatre* états différents. Un certain nombre étaient réduits à l'état d'ossements; — d'autres étaient réduits à l'état de gras de cadavre; — pour une partie, la putréfaction était en pleine activité; — et enfin, il s'en trouvait dont la conservation était telle que les familles ont pu facilement les reconnaître à des caractères qu'elles avaient elles-mêmes signalés. » (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

— M. *C. Sédillot*, correspondant pour la Section de médecine et de chirurgie, prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place de membre, actuellement vacante dans cette même section. (Renvoi à la Commission de médecine et de chirurgie.)

Rôle des matières organiques du sol dans les phénomènes de la nutrition des végétaux. — M. *L. Grandeau* communique une note sur ce sujet.

Remède contre la goutte. — M. *Monet* ne faisant pas connaître le remède qu'il annonce, l'Académie fera savoir à l'auteur qu'elle considère comme non avenues toutes les communications relatives à des remèdes secrets.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un vœu du Conseil général de la Corse, tendant à ce qu'une récompense honorifique soit accordée à M. le docteur *Lacan*, médecin à Calvi, pour les nombreuses vaccinations qu'il aurait pratiquées depuis plus de trente ans. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Des rapports sur des épidémies de variole qui ont régné à Nogent (Haute-Marne), par M. le docteur *Reverchon*, et à Mont-de-Marsan (Landes), par M. le docteur *Malichecq*. — *c*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Allier, des Basses-Pyrénées, du Morbihan et du Jura. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Une copie du registre d'inscription des malades traités à l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains, en 1870. — *e*. Un rapport de M. le docteur *Tillot*, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), en 1870. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : Un mémoire sur l'ovariotomie, par M. le docteur *Michel*, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg. (*Comm. :* MM. Depaul, Huguier et Chassaignac.) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Guiraud* sur une épidémie de variole observée à Nîmes, en 1871. (*Commission des épidémies*) — *c*. Une note de M. le docteur *Pigeon* (de la Nièvre), concernant l'influence de la combustion du sang dans les capillaires sur la pénétration et la circulation dans le système veineux. (*Comm. :* MM. Béclard et Vulpian.) — *d*. Une lettre de remercîments de M. le docteur *Doyon*, lauréat pour les eaux minérales. — *e*. Une note sur les signes de la mort réelle. (*Commission du prix d'Ourches.*) — *f*. Un pli cacheté renfermant une note sur un nouveau procédé de pelvimétrie interne, par M. le docteur *Chassagny* (de Lyon). (*Accepté*)

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° Une note sur la nature et le traitement du croup, par M. le docteur *Tigri* (de Sienne); — 2° Un rapport de M. le docteur *Bels*, médecin militaire, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans l'armée d'Afrique.

M. *Lefort* présente, de la part de M. *Robinet* fils, un essai sur les eaux d'un faubourg d'Épernay, situé en contre-bas d'un cimetière. Cette étude confirme les résultats obtenus par M. Lefort dans ses recherches sur les eaux de puits situés au voisinage des cimetières. (*Comm. :* MM. Bouchardat, Vernois et Delpech.)

M. *Barthez* présente la deuxième édition d'un Traité élémentaire des fièvres, par M. le docteur *Castan*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. *Wurtz* présente un ouvrage intitulé : Traité de chimie organique élémentaire, par M. *Édouard Grimaux*, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. *Durand-Fardel* offre en hommage un exemplaire du rapport qu'il a fait à la Société d'hydrologie médicale de Paris, sur les eaux minérales de la France mises en regard des eaux minérales de l'Allemagne.

Voici les conclusions de ce rapport :

1° La France est la seule contrée de l'Europe qui puisse se suffire à elle-même pour tout ce qui concerne la thérapeutique thermale ;

2° Elle n'a besoin de recourir, dans aucun cas, aux eaux minérales de l'Allemagne.

M. *Béhier* met sous les yeux de l'Académie deux modèles de seringues à injections hypodermiques, munies de trois aiguilles et pouvant s'adapter facilement à une trousse. L'un de ces instruments a été fabriqué par M. *Colin*, l'autre par M. *Aubry*.

M. le *Secrétaire annuel*, en déposant sur le bureau le n° 8 du Bulletin de l'Académie, fait observer que ce numéro, qui a paru samedi, renferme le compte rendu de la dernière séance. C'est l'inauguration du nouveau système de publication hebdomadaire, qui avait été promis et annoncé au commencement de cette année. Dorénavant, le bulletin paraîtra donc tous les huit jours, et sera distribué le dimanche matin; mais à la condition expresse que les membres de l'Académie voudront bien prêter au secrétaire et à l'éditeur l'indispensable concours de leur empressement et de leur exactitude, et se soumettre à certaines exigences d'ordre et de régularité, seules capables d'assurer le succès de la nouvelle combinaison. Ainsi, il faudra que les manuscrits soient remis à l'imprimerie le mercredi, avant 5 heures du soir. Sinon, on passera outre, et l'on avisera au moyen d'une rédaction supplémentaire.

M. *Bouley* paraît moins frappé des avantages du bulletin hebdomadaire que des inconvénients de cette publication hâtive. Est-il possible, par exemple, qu'un orateur qui aura parlé pendant une heure ou deux, dans une grande discussion,

puisse trouver le loisir de rédiger, dès le lendemain, son discours de la veille? Et alors n'est-il pas à craindre que les comptes rendus ne soient plus le tableau fidèle et l'exacte reproduction des séances?

M. *J. Guérin* donne son approbation à la combinaison nouvelle, et il croit qu'elle réussira si les membres de l'Académie consentent à rivaliser de zèle et de bonne volonté avec l'éditeur. Cependant il demande qu'un délai de faveur jusqu'au jeudi matin soit accordé aux longs discours.

Suivant M. *Roger*, le délai pourrait être applicable à toutes les communications en général. Il suffirait, pour cela, de faire paraître le bulletin un jour plus tard, le lundi au lieu du dimanche.

M. *Devergie* se plaint de la reproduction défectueuse des paroles qu'il a prononcées dans la dernière séance; il exprime la crainte que la nécessité de faire vite n'amène souvent un semblable résultat.

Quelques paroles fort habiles et fort sages de M. *Béclard* dissipent toutes ces préventions. Il est difficile de faire le bien et d'obtenir du premier coup la perfection. Les petits défauts d'un tirage rapide disparaîtront avec l'usage, l'habitude et l'expérience; les auteurs eux-mêmes pourront y aider puissamment, en corrigeant avec soin leurs épreuves, qu'on leur enverra désormais en temps utile.

M. le *Président* clôt l'incident en disant que le désir de l'Académie de voir différer jusqu'au jeudi matin la remise des manuscrits sera transmis à l'éditeur du Bulletin, qui, certainement, fera tout le possible pour concilier les nécessités de la publication avec les convenances des auteurs.

ENSEIGNEMENT ÉLÉMENTAIRE DE L'HYGIÈNE DANS LES LYCÉES. — M. *Vernois*, rapporteur, donne lecture du programme amendé conformément à la décision de l'Académie, et réduit strictement aux six conférences demandées par le ministre.

Après une semblable concession et la discussion dont le programme a été l'objet dans la dernière séance, on pouvait s'attendre à le voir adopter sans contestation nouvelle. Il n'en a pas été ainsi. D'abord, M. *Chauffard*, revenant sur l'enseignement de l'hygiène dans les grandes écoles spéciales, dit que cet enseignement existe déjà à Saint-Cyr; mais il résulte d'une lettre que lui a adressée M. le docteur Jules Arnould, et dont il communique quelques passages à l'Académie, que les conférences d'hygiène sont seulement au nombre de cinq, qu'elles sont faites uniquement aux élèves de la première division, et que leur coefficient est représenté par 1, tandis que celui des autres cours est de 4 ou 5. M. Chauffard approuve hautement les réflexions dans lesquelles M. J. Arnould fait ressortir l'insuffisance et l'organisation défectueuse de cet enseignement, ainsi que les réformes proposées par l'honorable médecin, en vue de rendre réellement efficace et pratique l'étude de l'hygiène à nos futurs officiers, au grand profit de leur santé et de celle de leurs troupes.

On décide que la lettre de M. Arnould sera renvoyée à la commission, à titre de renseignement.

Puis, une conversation vive, animée, s'engage entre MM. *Larrey*, *Chauffard*, *Briquet*, *Bouillaud*, *Devergie*, *Vernois*, *Béclard*, *Barth*, *Verneuil* et *Boudet*, sur la question de savoir dans quelle forme et en quels termes il convient de transmettre au ministre le programme des six conférences. Deux opinions se produisent et divisent les orateurs sur ce sujet de minime apparence. Les uns demandent, avec MM. Bouillaud et Briquet, que le programme soit adressé au ministre purement et simplement, avec une lettre d'envoi. Les autres, d'accord avec MM. Larrey, Chauffard, Devergie et Boudet, ne considèrent pas cette manière de procéder comme suffisamment digne de l'Académie; ils veulent que le programme soit accompagné de quelques commentaires sur l'enseignement élémentaire de l'hygiène, de courtes réflexions sur l'opportunité de cet enseignement, et surtout d'un résumé très-succinct des diverses opinions qui se sont produites à l'Académie sur le degré d'utilité et de convenance d'une pareille innovation. M. Larrey insiste particulièrement sur cette considération que l'Académie ne saurait répondre à la demande d'un ministre comme le ferait un simple commis chargé d'un travail de bureau. Il est du devoir et de la dignité d'un corps savant de présenter, s'il y a lieu, comme dans l'espèce, de sages et respectueuses observations à l'autorité qui le consulte. Malgré les craintes exprimées par M. Bouillaud de voir la responsabilité de l'Académie engagée hors de propos dans cette affaire, M. Chauffard appuie les justes remarques de M. Larrey; à son avis, il faut que le ministre sache ce que l'Académie pense de l'enseignement élémentaire de l'hygiène dans les lycées. Il demande aussi que le rapport soit mis en harmonie avec les nouvelles conclusions. Sur quoi, M. *Béhier* fait remarquer qu'il en est ainsi de tous les rapports dont les conclusions sont modifiées après discussion.

Après avoir entendu une seconde lecture de ce rapport un peu oublié, l'Académie invite M. Vernois à se concerter avec M. Larrey pour en arrêter la rédaction définitive. Elle décide, en outre, que le rapport, une fois modifié dans le sens des observations présentées dans cette séance et dans la séance précédente, sera envoyé avec le programme à M. le ministre de l'instruction publique.

VOIES URINAIRES. — Un médecin de Naples, M. le docteur *Medici*, a lu, avec un accent italien très-marqué, une note sur un nouveau mode de traitement des maladies des organes génito-urinaires. Ce qui nous a paru le plus nouveau dans cette communication, c'est l'appareil à l'aide duquel M. Medici pratique des injections dans l'urèthre et dans la vessie.

BLÉPHARO-HÉTÉROPLASTIE. — Les nombreux académiciens qui se sont retirés à cinq heures sonnant ont perdu une belle occasion de voir un cas intéressant et réussi de greffe cutanée. M. *Léon Le Fort* a présenté un homme qu'il a opéré d'un ectropion par la blépharoplastie, au moyen d'un lambeau de peau emprunté, non plus au front ou à la joue, mais à la face antérieure du bras, et transporté directement sur la paupière avivée. M. Le Fort attribue le succès de cette opération d'hétéroplastie au soin qu'il a pris de dépouiller le lambeau de tout vestige de tissu cellulaire sous-cutané, et de mettre en contact immédiat la face profonde et saignante du derme avec la plaie palpébrale.

A. LINAS.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

Déjà, au mois d'octobre de l'année dernière, M. Lailler avait attiré l'attention de ses collègues sur les améliorations à apporter au service des internes en pharmacie dans les hôpitaux. Une commission fut nommée à cet effet.

M. Lailler revient à la charge et dit qu'il est du devoir de la Société des hôpitaux de s'occuper des questions administratives, en ce qu'elles ont de commun avec le service médical. Évidemment l'opinion des médecins doit être exprimée et doit peser dans les décisions que l'on prendra pour la réorganisation de l'Assistance publique. Il indique sommairement les questions déjà discutées par la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux : l'organisation et la composition du conseil de surveillance; le nouvel Hôtel-Dieu, dont elle a blâmé presque à l'unanimité les dispositions contraires aux lois de l'hygiène, etc... D'autres sujets pourraient être mis à l'étude, tels que l'organisation de services pour les traitements externes annexés au service des consultations et ayant pour but de décharger les services intérieurs des hôpitaux; les établissements maritimes analogues à l'hôpital de Berck (1); les hôpitaux de

(1) M. Lailler critique en passant la trop dispendieuse installation du nouvel hôpital. Au Berck primitif, chaque lit revenait à 1000 francs; au nouveau Berck, il coûte

chroniques construits à peu de frais, soit à la campagne, soit dans certaines stations hydro-minérales, lesquels démontreraient l'inutilité des grands hôpitaux-casernes, dont l'apparence fastueuse dissimule les défauts; les transports faciles et rapides des malheureux phthisiques vers des stations hivernales plus propices, etc...; enfin, le service des élèves en pharmacie, tombé dans une décadence dont il est temps de le tirer. Ce dernier point, M. Lailler désirerait d'abord le voir discuter par ses collègues, aussi propose-t-il de convoquer la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux en séances régulières, et de nommer une commission qui proposerait les sujets à mettre en discussion.

M. Lailler ajoute qu'il y aurait grand profit à ce que les médecins et chirurgiens de chaque hôpital aient une réunion mensuelle pour s'entendre sur les améliorations à apporter dans les services. Depuis quelque temps déjà l'initiative de ces réunions a été prise à l'hôpital Saint-Louis, et l'on a pu en constater l'utilité.

Les propositions de M. Lailler rencontrent une approbation générale, et une discussion s'engage sur l'ordre à suivre dans ces discussions et sur l'opportunité de la convocation prochaine de la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

A la séance suivante et à celle du 8 mars, le rapport de la commission chargée d'examiner la question des internes en pharmacie a été lu par M. C. Paul, rapporteur, et discuté. Notre intention n'est pas de reproduire ces documents, dont l'objet est trop purement administratif pour occuper un espace que la Gazette réserve à la science. Disons seulement qu'il a été reconnu que le service des internes en pharmacie était à certains égards devenu très-défectueux. La Société, après une longue discussion, décida que provisoirement, et jusqu'à ce qu'un nouveau travail ait posé les bases d'une réorganisation du service, il y avait lieu de demander le retour à la stricte exécution du règlement qui régit la matière.

Séance du 23 février 1872. — Présidence de M. Moissenet.

M. *C. Paul* lit un important mémoire sur l'*angine pharyngée scrofuleuse*. Cette étude a pour but, non de discuter encore le récent travail de M. E. Isambert, lequel a décrit particulièrement les cas simples d'angines scrofuleuses, mais d'indiquer les caractères et les conséquences de ces angines dans leurs formes les plus graves. M. Paul a réuni dix-sept observations qui se trouvent consignées dans la thèse de M. Fougère. (Thèse de Paris, juillet 1871.)

La discussion sur ce sujet devant bientôt venir à l'ordre du jour de la Société, nous nous réservons de donner en temps et lieu les conclusions du travail de M. Paul.

Séance du 8 mars 1872. — Présidence de M. Moissenet.

M. *Er. Besnier* lit le compte rendu des Maladies régnantes pour les mois de janvier et février

Par suite de la comparaison du chiffre de la mortalité pendant ces deux mois pour les années 1867, 68, 69, 70 et 72, M. Besnier montre qu'il y a des constitutions médicales bénignes et des constitutions médicales malignes, et cela en ce qui concerne la mortalité générale, due à l'ensemble des maladies régnantes, abstraction faite même de la mortalité due exceptionnellement, en certaines années, à telle ou telle maladie régnant épidémiquement. En d'autres termes, si la mortalité de février en 1870 (1394 décès) a été de beaucoup supérieure à celle de 1872 (822), cela n'a pas été dû à l'épidémie variolique qui régnait alors, car en retranchant les 96 décès par variole de février 1870, il reste encore un excédant de 476 sur le chiffre du mois de février 1872. C'est sur l'ensemble des maladies régnantes que porte la différence de la mortalité. Il importe donc de tenir grand compte, pour le pronostic et la thérapeutique, du niveau de la mortalité du moment. Cette bénignité ou cette malignité de la constitution médicale n'est pas un fait ordinairement local; elle s'étend le plus souvent à un rayon considérable, ainsi que le prouvent les observations faites à Rouen par M. Leudet, à Lyon par M. Fonteret.

Affections des voies respiratoires. — En janvier et février, abondance de grippes, de bronchites secondaires, de pneumonies; forme adynamique prédominante. La médication tonique et alcoolique est presque universellement indiquée.

Un certain nombre de cas de grippes accompagnées de pleurésies est signalé par MM. Besnier et Bucquoy. Dans ces cas, la pleurésie n'a pas de tendance marquée aux vastes épanchements, elle se résout facilement.

Les pleurésies simples ont été communes, et souvent la thoracocentèse a été employée avec succès.

Affections pseudo-membraneuses. — Ici la constitution médicale a montré une malignité particulière. La mortalité par le croup seul a été relativement et absolument énorme : 34 décès dans les hôpitaux.

D'après les notes envoyées par les médecins des hôpitaux d'enfants, on compte sur 49 cas de croup 34 décès. La trachéotomie a été pratiquée dans 34 de ces cas et a fourni 7 guérisons et 27 décès dont 1 au moment de l'opération; 15 malades n'ont pas été opérés, 7 sont morts, 8 ont guéri.

Il s'est produit dans les hôpitaux d'enfants : 4 cas d'angine diphthéritique, 2 décès; 6 cas de paralysie diphthéritique dont 4 généralisés (1 décès), et 2 bornés au voile du palais (2 guérisons).

A Lyon (hôpital de la Charité), du 6 au 25 février, 8 cas de croup, 6 opérés, 2 guérisons, 4 morts. 2 autres décès sans opération. Cette petite épidémie était localisée dans une salle d'asile d'un quartier de la vieille ville, sur la montagne Sainte-Irénée, et a cessé dès la fermeture de cette école.

Fièvres éruptives. — *Rougeole.* Commune en ville et à l'hôpital. 24 décès dans les hôpitaux en janvier, 15 en février.

Scarlatine. Rare et bénigne. 0 décès.

Variole. Rare également, 1 décès. Cette rareté de la variole à Paris est tout à fait insolite, car pour ces deux mois on voit que pendant les dix dernières années la mortalité avait été de 50, 23, 36, 44, 64, 10, 51, 46, 159, en 1862 et années suivantes.

Il en est de même à Lyon, où les services de varioleux sont vides.

Il semble que la dernière épidémie ayant frappé à Paris tous les sujets qui étaient aptes à recevoir la variole, celle-ci n'a plus d'aliments. Cette explication est défectueuse, car il faut tenir compte de l'immense population flottante qui a afflué à Paris, laquelle n'avait pas été mise à l'épreuve par la dernière épidémie. Il n'y a d'ailleurs pas d'explication de ces oscillations épidémiques extraordinaires.

Fièvre typhoïde. — Atténuation en janvier et février. 61 décès sur 346 cas. Les cas se sont présentés graves et bénins par séries, sans qu'on puisse en tirer une conclusion générale.

Fièvres intermittentes. — Retour d'accès observés chez les individus ayant anciennement contracté la maladie dans d'autres régions.

Affections des voies digestives. — Quelques cas de stomatite ulcéro-membraneuse à caractères contagieux, traités avec succès par le chlorate de potasse.

Angines pharyngées fréquentes, simples ou compliquant des fièvres synoques. Ictères encore nombreux, toujours bénins;

3000 francs, et sans grand profit pour les malades. Depuis longtemps, les médecins demandent de petits hôpitaux et des hôpitaux bon marché, que l'on puisse jeter bas sans hésitation si un jour ils deviennent un centre épidémique (se rappeler les discussions de la Société à l'occasion de l'isolement des varioleux et surtout des maternités). Mais que reste-t-il à faire quand les vieux errements administratifs font élever des monuments comme le nouvel Hôtel-Dieu, dans lequel chaque lit reviendra à 50 000 francs? Accepter le fait accompli! soit, mais qu'il serve au moins d'enseignement, et que les médecins n'attendent plus le fait accompli pour donner leurs avis.

cependant un cas a été suivi de mort sans que le microscope ait pu faire découvrir aucune lésion du foie (service de M. Lorain). La plupart de ces ictères semblent se rattacher à un catarrhe des voies biliaires.

Affections hémorrhagiques. — 1 cas de scorbut contracté sur les pontons. — Plusieurs cas de purpura accompagnés ou non d'hémorrhagies stomacales ou intestinales.

Affections puerpérales. — Le chiffre des accouchements, qui avait si notablement baissé dans les hôpitaux, s'est rapproché de la moyenne habituelle. En même temps est survenue, ainsi que cela est ordinaire à cette époque de l'année, une recrudescence de la mortalité puerpérale. Janvier, 528 accouchements, 19 décès; en février 591 accouchements, 35 décès.

A l'Hôtel-Dieu, par suite d'un encombrement momentané de la salle d'accouchement, il s'est déclaré 3 cas de fièvre puerpérale; aussitôt que l'encombrement eut cessé, il ne s'est plus produit d'accidents.

A la Pitié, dans ce service dont la statistique a montré si souvent l'immunité, M. Lorain, qui a remplacé M. Empis et qui n'a rien changé au système d'aération, de soins qui avait, semblait-il, assuré à son collègue une longue série de couches sans accidents puerpéraux, M. Lorain vient de voir succomber deux femmes au puerpérisme infectieux et un enfant d'érysipèle. Il a vu s'y produire aussi des ophthalmies graves chez les enfants et de nombreuses atteintes de péritonites à différents degrés d'intensité.

M. Desnos a observé un cas de pleurésie chez une femme en couches, laquelle a guéri par deux ponctions. M. Féréol signale un cas de rougeole avec bronchite intense chez une femme enceinte dont la grossesse a continué sans accidents.

A l'hôpital Cochin, M. Bucquoy signale le fait suivant : Une femme entre dans ses salles venant de la Maternité de Cochin, où elle était employée comme infirmière depuis peu de temps; les fièvres puerpérales y étaient assez nombreuses depuis une quinzaine de jours, et elle était chargée de donner des soins à ces malades. Cette femme était depuis longtemps atteinte d'une chute de l'utérus pour laquelle elle avait déjà subi deux fois l'amputation du col, et elle sentait encore une tumeur pendante hors de la vulve, entre les deux cuisses. Un certain jour, elle fut examinée par plusieurs personnes attachées au service de la Maternité; bientôt après se manifesta un commencement de péritonite qui la contraignit à entrer dans le service de M. Bucquoy où, bien que n'étant pas une accouchée, elle succomba en trois ou quatre jours avec tous les signes de la *péritonite puerpérale infectieuse*, ou, en d'autres termes, avec une véritable *fièvre puerpérale*. Il y a là manifestement, dit M. Bucquoy, *infection* et *contagion;* faut-il en voir la cause dans le seul séjour au milieu des salles infectées, ou bien le toucher pratiqué par plusieurs personnes de ce même service a-t-il joué quelque rôle dans cette contamination?

— M. *Lailler*, en vue de la prochaine discussion sur les angines scrofuleuses, invite ses collègues à se rendre le vendredi suivant à l'hôpital Saint-Louis, où il a réuni un certain nombre de ces angines. On y pourra étudier les caractères de chacune des variétés et établir la comparaison avec les angines syphilitiques.

Cette invitation est accueillie avec empressement. On remercie M. Lailler du zèle qu'il déploie constamment pour entretenir l'activité de la Société, en même temps qu'on l'approuve hautement d'inaugurer ces sortes d'excursions pathologiques qui pourraient rendre de grands services à la science.

A. Legroux.

Société de chirurgie (1).

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE. — TRÉPANATION, APHASIE, ABCÈS DU CERVEAU. — MORT SUBITE PENDANT UNE OPÉRATION, ET DUE AU CHLOROFORME OU A L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES. — CICATRICE DU CUIR CHEVELU CHEZ UN NOUVEAU-NÉ. — TUMEUR HÉMATIQUE DE L'ABDOMEN.

M. *Dubreuil* est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

MM. *Delacour* (de Rennes), *Bérenger-Féraud* et *Baizeau* sont nommés membres correspondants nationaux.

— M. *Boinet.* Je viens vous donner la fin de l'observation dont la première partie vous a été communiquée dans la séance du 5 avril 1871 (*Gaz. hebd.*, 1871, p. 222). A partir du 12 avril, l'état du malade va en s'améliorant; la paralysie diminua; l'intelligence recouvra peu à peu sa lucidité. Pendant ce temps, la plaie sécrétait un pus de bonne nature. A la fin d'avril, le blessé avait recouvré toute sa mémoire; il ne lui restait qu'un peu de paralysie de la face et l'aphasie. Il n'avait plus eu d'attaques épileptiformes, lorsque, dans la nuit du 16 au 17 mai, il succomba à deux attaques d'épilepsie, survenues coup sur coup.

A l'autopsie, les tables externe et interne ne présentaient qu'une dépression peu considérable, tout à fait insuffisante pour produire des phénomènes de compression : quelques adhérences des méninges entre elles et la voûte du crâne. La substance cérébrale fut trouvée parfaitement saine, excepté dans la troisième circonvolution, où l'on rencontre un abcès situé à 5 centimètres de l'extrémité antérieure du lobe frontal gauche, et à 1 centimètre au-dessus de la scissure de Sylvius; à 5 millimètres au-dessous de la couche corticale, juste en dehors du corps strié auquel il touchait. En dehors, il n'était séparé de la boîte osseuse que par l'épaisseur des méninges adhérentes entre elles et à la substance cérébrale. Cet abcès était situé au niveau de la couronne de trépan, avec sa paroi la plus mince à ce niveau. Ce n'est pas cet abcès qui a causé la mort d'une manière si subite; le malade a dû succomber aux accidents de compression déterminée par l'énorme turgescence vasculaire consécutive aux attaques épileptiformes. A l'autopsie, les sinus et les veines cérébrales étaient gorgés de sang. Si l'on avait osé enfoncer le bistouri dans le cerveau après la trépanation, on aurait probablement sauvé le malade.

— M. *Trélat.* J'ai déjà annoncé à la Société le fait dont je vais l'entretenir aujourd'hui. Il s'agit d'une mort subite pendant le cours d'une opération. Un homme de trente-deux ans avait un lympho-sarcome de la région sous-maxillaire. J'avais fait l'ablation sans encombre et avec l'aide du chloroforme. Six semaines après, récidive sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, dans un coin de la plaie de la première opération. Le malade se levait et se promenait dans les cours. Le 19 novembre, le malade fut soumis au chloroforme; il y a eu la période d'agitation habituelle, et principalement de la loquacité; puis vint la résolution et la respiration stertoreuse, et la résolution fut complète. Une incision était à peine faite que le malade changea de couleur : il n'y avait plus de pouls, les bruits du cœur avaient disparu. Je plaçai en toute hâte les doigts sur l'incision. Position horizontale; respiration artificielle par des pressions sur le thorax et l'insufflation bouche à bouche. L'électricité fut appliquée sur le diaphragme et les origines du nerf phrénique (courants d'induction). Au bout de quinze minutes la face reprit un peu de couleur; il y eut quelques inspirations. Un quart d'heure après, quelque chose comme une respiration; pendant une heure, tentatives de

(1) Dans le dernier numéro, à la *Société de chirurgie*, reporter depuis la 2e col., p. 234, lig. 34, « *M. Giraldès.* — Il est bien certain », jusqu'à la p. 235, lig. 30 : « l'abdomen. » à la fin de l'article.

toutes sortes. Le malade était probablement mort depuis une demi-heure lorsque nous avons renoncé à ces tentatives.

A l'autopsie, nous avons trouvé qu'une petite veine, se rendant dans la jugulaire externe était ouverte obliquement par rapport à son axe; elle contenait un caillot noir. La jugulaire renferme un long caillot segmenté par quelques bulles d'air. D'autres bulles existent dans une des veines médiastines, dans la veine cardiaque postérieure. Le ventricule droit renfermait une notable quantité d'air. Rien dans les poumons.

Est-ce l'entrée de l'air dans les veines ou l'action du chloroforme qui est la cause de la mort subite? J'hésite encore aujourd'hui. Quoique l'on ait trouvé de l'air dans les veines, je pense que le chloroforme n'est pas étranger à la mort rapide du malade. Dans la mort par introduction de l'air dans les veines, la mort est instantanée; dans la mort par le chloroforme on peut rappeler un instant les malades à la vie.

M. *Perrin*. Je crois que c'est le chloroforme qui a causé la mort. Les cas de mort par introduction de l'air dans les veines sont rares. Chez les animaux, l'entrée de l'air dans les veines à la suite des plaies du cou est rare. Dans les cas d'introduction de l'air dans les veines la mort est foudroyante et due à l'arrêt instantané du cœur.

Chez le malade de M. Trélat, l'air ou le gaz contenu dans les veines peut être dû à la putréfaction, même dans les premières vingt-quatre heures; s'il y a décomposition du sang, c'est dans les petits vaisseaux que l'on voit le plus souvent des gaz. Si les gaz avaient été analysés, on aurait pu avoir un renseignement précieux. En somme, je crois à une syncope survenue pendant l'application du chloroforme.

L'insufflation des poumons de bouche à bouche est tout à fait illusoire. La respiration artificielle à l'aide de pressions exercées sur les parois thoraciques, par le procédé de Marshall-Hall, est loin d'être aussi bonne que l'insufflation directe à l'aide d'une sonde passée dans la trachée et d'un soufflet.

M. *Le Fort*. Il y a un fait dont il faut tenir compte dans l'observation de M. Trélat, c'est l'air dans les veines; et l'on ne trouve pas d'air autre part que dans les veines qui correspondent à la région opérée. J'ai observé un fait analogue après une trachéotomie : il y avait de l'air dans les veines du cou, dans les veines cardiaques; aucune autre veine ne renfermait de gaz. Je pense donc que le chloroforme ne peut être incriminé. Pour ce qui est de la respiration artificielle, je crois que les pressions sur le thorax sont utiles, surtout si l'on y joint l'élévation des bras par la méthode de Sylvestre.

M. *Giraldès*. En 1848, j'ai fait un travail sur deux cas de mort par le chloroforme et un par l'éther. J'ai trouvé dans ces trois cas des gaz dans le cœur et les veines caves : il y en avait même dans les veines du bassin. Les gaz étaient tellement évidents que je me demandais si la mort n'avait pas été causée par l'introduction de l'air dans les veines. Dans le service de Roux, un cas de tétanos traité par le chloroforme, et suivi de mort a présenté des lésions du même genre. Depuis, chez des malades qui avaient succombé par le chloroforme, on a vu de l'air dans les veines. Je crois que le malade de M. Trélat a succombé au chloroforme.

M. *Sée*. Dans le cas de M. Trélat, je ne crois pas à l'entrée de l'air dans les veines. La veine était petite, superficielle, non béante; le sifflement caractéristique ne s'est point fait entendre. Enfin, à l'autopsie, on n'a pas trouvé ce mélange intime de sang et d'air, cette spume signalée dans les observations. La putréfaction commence dans le sang avant d'exister dans les tissus; les gaz trouvés dans les veines du sujet par M. Trélat indiquent la putréfaction commençante du cadavre.

M. *Panas*. Malgaigne avait noté que les veines maintenues béantes par les aponévroses ou des tissus indurés pouvaient laisser pénétrer l'air. Je crois que le malade de M. Trélat est mort du chloroforme. Les gaz sont dus à la décomposition du sang noir.

M. *Depaul*. Je ne crois pas que le chloroforme ait causé la mort. L'argument tiré de la putréfaction prématurée est bien faible, comparé à cette particularité que l'air n'occupe que la veine blessée et les veines qui se rendent au cœur, alors qu'il n'y a point d'air dans les autres veines.

M. *Trélat*. Mes collègues sont divisés sur l'interprétation du fait; je vois qu'il me faut rester dans les mêmes incertitudes. La veine que j'ai coupée était largement ouverte, et l'air y a pu entrer ; il est vrai que le sifflement ne s'est point fait entendre, mais il n'est pas indispensable. Un dernier mot sur la respiration artificielle. Les succussions du thorax sont-elles inutiles? Pour ma part, j'ai vu des syncopes menaçantes que j'ai arrêtées en froissant désagréablement avec le poing les parois thoraciques.

— M. *Tarnier* présente un enfant offrant sur le sommet de la tête une cicatrice arrondie n'occupant que le cuir chevelu et ne siégeant pas au niveau des fontanelles.

— M. *Tarnier* présente une tumeur hématique de l'abdomen de nature douteuse prise pour un kyste de l'ovaire.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

CORRESPONDANCE. — CICATRICES DU CUIR CHEVELU CHEZ UN NOUVEAU-NÉ. — CAS DE MORT SUBITE ATTRIBUÉ AU CHLOROFORME OU A L'ENTRÉE DE L'AIR DANS LES VEINES.

M. *Larrey* présente, au nom de M. Polazeck, un travail intitulé : *De l'opportunité des grandes opérations.*

M. *Giraud-Teulon* présente un travail manuscrit de M. Monoyer, agrégé à la Faculté de Strasbourg : *De la cure radicale de certaines formes de tumeurs lacrymales au moyen de l'excision partielle du sac, du cathétérisme méthodique et des injections au sulfate de soude.* (*Comm.* : MM. Forget, Perrin et Giraud-Teulon.)

— M. *Tarnier*. J'ai revu ce matin le petit enfant que je vous ai présenté, et je me suis assuré qu'il s'agissait bien réellement d'une cicatrice. Près de la suture sagittale est une partie déprimée, de l'étendue d'une lentille, entourée d'un cercle rouge, le fond de la cicatrice était recouvert d'une pellicule au-dessous de laquelle il y avait de l'épithélium comme celui qu'on rencontre sur les cicatrices encore jeunes. Aujourd'hui, la cicatrisation est complète. Pour moi, il y a eu là une plaie; mais je ne saurais expliquer comment cette plaie a été produite.

M. *Guéniot*. Je demanderai si les membranes ont été rompues quelque temps avant le travail, pour savoir si l'on peut admettre une blessure faite avec l'ongle, ou une plaie produite avec un instrument dans un but facile à comprendre.

M. *Tarnier*. Les membranes se sont rompues peu de temps avant l'accouchement. D'après l'aspect de la cicatrice, la lésion doit remonter à huit ou dix jours.

M. *Blot*. Je n'ai pas vu sur le petit malade les caractères du vrai tissu de cicatrice ; pour moi il y a doute. N'était-ce pas une tache rouge vasculaire?

M. *Tarnier*. Les taches vasculaires ne donnent pas cet aspect et cette excavation avec bords élevés; d'ailleurs il y a là une lame mince de tissu de cicatrice.

— M. *Blot*. M. Trélat a conclu comme il avait commencé : il est resté dans le doute, ne sachant si son malade avait succombé à l'entrée de l'air dans les veines ou au chloroforme. Pour moi, je vois de l'air dans les veines, depuis la plaie jusqu'au cœur, chez un individu qui a succombé pendant l'application du chloroforme. Pour moi c'est l'entrée de l'air qui a tué le malade. De même, un individu anémique peut succomber à une petite hémorrhagie. Je veux bien laisser jouer un certain rôle à l'état de chloroformisation, mais c'est l'air dans les veines qui a tué le sujet. J'ai vu une femme qui a failli succomber à l'entrée de l'air dans les veines alors que je

donnais une douche sur le col utérin pour provoquer l'accouchement prématuré; on commençait l'injection, quand tout à coup le pouls cesse de battre; on eut beaucoup de peine à rappeler cette malade à la vie. L'accouchement se fit; il y avait insertion du placenta sur le col, ce qui explique l'entrée de l'air dans les veines. La malade mourut. A l'autopsie, j'ai trouvé de l'air dans les veines à partir du point où le placenta était inséré. On sait que l'air dans les veines ne tue pas toujours, il faut qu'il y en ait une certaine quantité pour arrêter les battements du cœur et amener la mort.

M. *Perrin*. Je suis de l'avis de M. Trélat. Il n'est pas possible de se prononcer parce que nous manquons de l'élément indispensable : l'analyse des gaz trouvés dans le sang. Était-ce de l'air ou des gaz de décomposition? La syncope chloroformique est toujours à redouter. Les expériences sur les animaux n'ont pas une valeur absolue, mais elles valent mieux qu'une simple affirmation. Le fait de M. Le Fort ne prouve rien; quand il y a une perturbation brusque dans la respiration, il arrive souvent une syncope foudroyante; en outre, l'introduction du sang dans la trachée complique encore la question.

M. *Demarquay*. Pour moi, le malade de M. Trélat est mort par le chloroforme. Il faut une grande quantité d'air pour tuer un malade. Chez un opéré de Blandin, j'ai entendu le sifflement caractéristique, et le malade ne mourut pas. J'ai eu beaucoup de peine à tuer des chiens par l'introduction de l'air dans les veines.

M. *Le Fort*. Je ne suis pas ennemi des expériences sur les animaux; mais quand, avec un peu de travail, on peut recueillir des observations sur l'homme, il est dangereux de se borner à quelques expériences sur les animaux. J'ai pu recueillir 250 observations de mort par le chloroforme chez l'homme; je n'ai donc pas eu besoin de sacrifier des lapins. Suivant mes recherches personnelles, on meurt de quatre manières par le chloroforme. Mais auparavant je ferai remarquer que dans le cas de M. Trélat on trouve de l'air dans les veines qui vont du point blessé au cœur et pas autre part. On dit qu'il faut une grande quantité d'air pour donner la mort; mais cela n'est pas démontré. Pour admettre que les gaz sont dus à la putréfaction, il faudrait dire que la putréfaction s'est bornée en un seul point du cadavre.

Dans la première catégorie de mort par le chloroforme, je range les cas de suicide. On trouve en Angleterre beaucoup d'étudiants et de médecins suicidés par le chloroforme; alors, on peut admettre qu'il y a eu asphyxie. Dans d'autres cas, le malade est dans la période d'excitation; il se débat, puis se redresse, ouvre la bouche, tombe et meurt : il y a eu contraction spasmodique des muscles du larynx. Ou bien, dans la période de résolution, les battements du cœur s'arrêtent, la langue paralysée retombe sur la glotte et cause l'asphyxie. Enfin mort par syncope, lorsque les malades chloroformisés sont assis, comme chez les dentistes. Ou bien le malade est endormi, presque dans la résolution, le chirurgien commence et le malade a une syncope occasionnée par la douleur; ou bien le malade, chloroformisé complétement, pâlit et meurt. Dans tous les cas, la respiration cesse complétement et le cœur bat encore; tandis que dans la mort par syncope le cœur cesse de battre et la respiration continue un peu. Mes expériences prouvent que le procédé de Sylvestre fait entrer une notable quantité d'air dans la poitrine.

M. *Perrin*. Je n'accepte pas la classification de M. Le Fort. Le chloroforme agit comme un poison; il suspend les mouvements du cœur, arrête la respiration, parce qu'il empoisonne.

M. *Giraldès*. Il faut tenir compte de l'air qui a été trouvé dans le cœur. Le chloroforme lui-même n'est pas étranger à la mort; il faut invoquer l'une et l'autre cause pour expliquer la mort.

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

PATHOLOGIE DE LA RATE, par le docteur PELTIER, ancien interne des hôpitaux, membre correspondant de la Société anatomique, 111 pages. — Delahaye, 1872.

Travail dans lequel on a réuni aussi complétement que possible tout ce qui a été publié sur la pathologie splénique.

Il est divisé en neuf sections où l'on étudie successivement les anomalies de l'organe, les lésions hématiques, les lésions de nutrition, les dégénérescences diverses, les maladies des vaisseaux et les lésions traumatiques. Mention est faite des opérations qui ont été, surtout dans ces derniers temps, pratiquées sur la rate. Un chapitre spécial d'anatomie comparée termine cette étude qui se recommande plutôt par des recherches bibliographiques très-complètes que par des vues personnelles. C'est un travail consciencieux d'érudition.

VARIÉTÉS.

SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE. — Deux honorables confrères nous écrivent pour nous faire remarquer l'erreur contenue dans le passage du rapport de M. E. Tallon à l'Assemblée nationale (voyez le dernier numéro, p. 239) : «Nous ne pouvons... accepter sans réserve la suppression du titre d'officier de santé, qui fournit dans l'armée... un large contingent d'hommes utiles à la pratique de l'art.» Depuis le décret du 23 mars 1852, nul n'est admis dans le corps des officiers de santé militaires sans être pourvu du grade de docteur, pris dans une des Facultés de France.

Cette erreur ne nous avait nullement échappé; mais nous comptions ne la relever que dans une étude spéciale sur la matière. Le rapport ne figurait dans nos colonnes qu'à titre de document.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — L'espace nous manque, aujourd'hui pour résumer dans leurs parties essentielles les rapports faits dans la dernière séance générale.

Conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. — MM. Magnan et Bouchereau reprendront leurs conférences cliniques le dimanche 21 avril, à neuf heures du matin, et les continueront les dimanches suivants à la même heure, au bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 30 mars au 5 avril 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 4.— Rougeole, 14. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 33. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 46. — Pneumonie, 64. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 22. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 231. — Affections chroniques, 330 (1). — Affections chirurgicales, 90. — Causes accidentelles, 21. — Total, 884.

Le même bulletin, du 6 au 12 avril 1872 :

Variole, 4. — Scarlatine, 7. — Rougeole, 18. — Fièvre typhoïde, 14. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 41. — Pneumonie, 62. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 12. — Croup, 23. — Affections puerpérales, 4. — Autres affections aiguës, 216. — Affections chroniques, 327 (2). — Affections chirurgicales, 58. — Causes accidentelles, 19. — Total : 814.

(1) Sur ce chiffre de 330 décès, 165 ont été causés par la phthisie pulmonaire.
(2) Sur ce chiffre de 327 décès, 160 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 25 avril 1872.

LES SERVICES MÉDICAUX DE L'ARMÉE NOUVELLE. — *Académie de médecine :* LA TRACHÉOTOMIE PAR LA GALVANOCAUSTIQUE : M. VERNEUIL. — UN DERNIER MOT SUR L'AFFAIRE DOLBEAU.

Les services médicaux de l'armée nouvelle.

(Premier article.)

L'Assemblée nationale va, nous l'espérons, discuter prochainement le projet de loi militaire élaboré par sa commission de réorganisation de l'armée. Ce projet conclut à l'adoption du principe du *service obligatoire et personnel.*

La Prusse et, à sa suite, les divers États allemands, puis récemment la Russie, l'Austro-Hongrie, l'Italie, la Suède et quelques autres puissances ont déjà introduit cet élément comme base de leur organisation militaire ; il est temps que la France, qui jadis marchait à la tête du progrès, abandonne ses vieilles idées d'orgueilleuse routine et songe à suivre cet exemple.

Le principe du service obligatoire et personnel, en faisant porter sur la totalité de la population la somme du service militaire, diminue naturellement le temps que l'individu lui-même doit passer sous les drapeaux ; on ne voit plus dès lors la majeure partie des adultes sains et vigoureux fatalement éloignés du mariage jusqu'à vingt-sept ou vingt-huit ans, tandis que les infirmes que l'armée a repoussés restent dans leurs foyers, où ils constituent de maigres reproducteurs. A ce titre et à bien d'autres encore, la loi militaire doit intéresser l'hygiéniste et le médecin ; nous reviendrons ultérieurement et en détail sur ce sujet important.

Pour le moment, nous n'envisagerons qu'une des faces de la question : celle qui est relative à l'organisation des services médicaux dans une armée qui pourra éventuellement s'élever à 1 200 000 ou 1 300 000 hommes. Tandis que la commission parlementaire étudie le projet de loi dans son ensemble, les sous-commissions s'occupent d'apprécier les modifications qu'elle nécessite dans les différents services de l'armée, et la sous-commission dite « des services administratifs » est, si nous en croyons des renseignements dignes de foi, précisément en voie de rédiger un projet de réorganisation des services médicaux et de leurs annexes.

Cette question s'est périodiquement reproduite depuis nombre d'années ; elle a donné lieu à des débats et des polémiques multipliés ; dans ces derniers temps, principalement depuis l'expérience des faits observés pendant les guerres de Crimée, d'Italie, de la sécession américaine, du Schleswig et de Bohême, nous avons vu apparaître des travaux nombreux et d'une incontestable valeur, qui tous s'accordent à faire ressortir l'infériorité bien marquée des institutions médicales de l'armée française à l'égard de celles que possèdent les autres puissances militaires, l'Amérique et la Prusse en particulier. Plusieurs fois la GAZETTE HEBDOMADAIRE s'est faite l'écho des légitimes revendications de nos collègues les médecins de l'armée, et nous pouvons évidemment supposer que nos lecteurs sont déjà plus ou moins au courant de la question (1).

La campagne 1870-1871 ne peut encore être appréciée à ce point de vue d'une façon définitive ; ses résultats chirurgicaux sont peu connus ; mais déjà, pendant la guerre elle-même, on pouvait les juger en gros et affirmer qu'ils sont, sauf exceptions, déplorables. Du reste, il faut évidemment faire en

(1) Parmi tous les travaux publiés à ce sujet, citons en particulier l'ouvrage du docteur Chenu : *De la mortalité dans l'armée et des moyens d'économiser la vie humaine.* 1 vol. in-8°. Paris, 1870.

Dans un seul volume de 450 pages, M. Chenu a su résumer les enseignements principaux qui résultent, quant à l'organisation du service médical aux armées, de l'expérience des grandes campagnes récentes, faits qu'il a envisagés avec développements dans ses deux grands ouvrages sur la guerre de Crimée et la guerre d'Italie. Nous souhaitons vivement que M. Chenu entreprenne le même travail pour la campagne 1870-1871.

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Suite. — Voyez les numéros 8, 9, 11, 13 et 16.)

Nous dirons quelques mots seulement des autres universités anglaises.

Oxford confère le grade de bachelier (M. B.) et le doctorat en médecine (M. D.) ; elle décerne rarement plus de six de chacun de ces grades par année. Les formalités sont les suivantes. Pour le grade de bachelier : examen préliminaire *in arts*, deux ans d'études avant le premier examen de médecine, deux années pour le second et dernier examen. Ces quatre années peuvent être passées, soit à Oxford, soit dans un hôpital de première classe. Pour le doctorat : thèse soutenue après trois ans de grade de bachelier. Il y a quatre chaires ou cours de médecine : clinique médicale, physiologie, anatomie, chimie médicale. Le jury d'examen est composé du doyen, qui est le professeur de clinique, et de deux docteurs en médecine désignés par le chancelier. Une particularité très-bonne à signaler quant au principe consiste en un prix de voyage, appelé le prix Radcliffe, du nom de son fondateur. L'élève qui a été classé en premier à chacun des examens publics, ou qui a obtenu le prix de l'université au concours entre tous les élèves, reçoit une subvention de 5000 francs pendant trois ans, moitié de cette période devant être passée à l'étranger.

Cambridge confère trois grades : bachelier en médecine (M. B.), docteur en médecine (M. D.) et maître en chirurgie (C. M.). Pour le grade de bachelier, cinq ans d'études, trois examens : le premier en mécanique, physique, chimie, botanique, passé aussitôt après l'examen préliminaire ou le dépôt d'un certificat analogue ; le second après deux ans

ceci la part des circonstances : une armée organisée à la hâte, composée d'éléments hétérogènes, à peu près constamment refoulée comme le fut la nôtre pendant la seconde période de la guerre, ne peut espérer de voir ses divers rouages fonctionner avec ce calme, cette précision que nous avons pu admirer chez nos ennemis.

Aujourd'hui plus que jamais il importe que le grand jour se fasse sur cette question de l'organisation des services médicaux militaires; elle intéresse non-seulement le public médical, mais la population tout entière, qui doit de plus en plus ne faire qu'*un* avec l'armée. Si, à travers toutes les modifications successives qu'a subies l'armée française depuis vingt ans, on n'a pu trouver une organisation sanitaire qui satisfasse, même à peu près, aux exigences du service, c'est, sans aucun doute, que l'on a suivi une voie fausse, et dès lors il faut en sortir au plus tôt.

Nous chercherons à étudier sommairement ce problème. Pour y arriver, nous nous placerons au-dessus des questions personnelles, des intérêts de corps, des traditions qui ne puiseraient leur autorité que dans le fait seul de leur animosité. Le temps des récriminations est passé, donc ne nous souvenons de toutes nos erreurs que pour n'y point retomber, et, dans ce cas particulier, élevons le débat plus haut en prenant pour base unique l'intérêt du soldat, celui de la patrie.

Il est manifeste tout d'abord, et personne heureusement ne le conteste, qu'une armée doit posséder un service médical fonctionnant dans ses rangs; mais certains membres élevés de l'administration militaire paraissent croire que l'on pourrait à la rigueur se passer d'un corps médical militaire permanent, et que, étant donné le service obligatoire, l'armée trouvera parmi les médecins civils un nombre suffisant de praticiens qu'elle s'attachera momentanément ; en temps de paix, les hôpitaux et les médecins civils assureraient facilement le service des garnisons. Cette opinion est encore timidement émise; mais elle n'en cherche pas moins à gagner du terrain. Tout au plus, dit-on, serait-il nécessaire de garder un petit noyau de médecins militaires, destinés aux postes les plus pénibles de l'Algérie et à certains services que l'on ne saurait assurer autrement (1).

(1) On peut consulter deux très-intéressants articles publiés, l'un dans le *Moniteur de l'armée* du 21 décembre 1871, signé E. STUDENS, l'autre dans le même journal, numéro du 26 janvier 1872, signé RICHARD WILSON, le premier développant l'idée de l'émancipation du corps médical militaire, le second, au contraire, la combattant. Serons-nous indiscrets en soupçonnant que ces deux pseudonymes appartiennent à deux individualités distinguées du Corps d'état-major et de l'Intendance militaire ?

Si cette idée nous paraissait avantageuse, si elle devait alléger les charges de notre budget de la guerre, si elle était appelée principalement à placer les soldats malades ou blessés dans de meilleures conditions, nous serions les premiers à y souscrire et demanderions hautement la suppression absolue du corps des médecins militaires; en réalité nous ne pouvons accepter cette opinion. Sans aucun doute, de même que l'armée nationale doit se composer de deux parties : l'une peu nombreuse mais permanente, constituant le cadre de paix, l'école militaire du pays pour ainsi dire; l'autre considérable mais éventuelle, fournie en cas de guerre par *tous* les adultes d'un âge déterminé, qui *tous* doivent être passés par l'armée active ; de même aussi les services annexes de l'armée devront se composer de deux éléments, l'un permanent, l'autre éventuel. Nulle corporation ne peut aussi facilement que la grande famille médicale fournir à l'armée des sujets immédiatement utilisables, à la condition toutefois d'être encadrés dans un corps permanent.

La nécessité de ce corps permanent nous paraît incontestable. On peut dire sans doute qu'une pleurésie ou un rhumatisme se manifestent cliniquement de la même façon chez un militaire ou chez un civil; ce n'est pas tout à fait exact, admettons-le cependant. Mais prétendra-t-on que le jeune médecin récemment sorti de l'université, que le praticien, qui depuis quelques années à peine débute dans la clientèle, ne sera pas singulièrement embarrassé lorsqu'il se trouvera aux prises avec toutes les difficultés de la clinique chirurgicale de guerre, forcé d'opérer instantanément, de discuter les indications d'une méthode ou d'une catégorie d'opérations ? Les médecins civils que la loi permettrait de lever auraient vingt-cinq à trente ans, trente-cinq au plus. En dehors du personnel des écoles de médecine, des grands hôpitaux, sera-t-on assuré de fournir — à cet âge — des chirurgiens habiles pour l'armée ? On trouvera des volontaires, dit-on. Certainement, on en verrait accourir de fort distingués; mais aussi combien de déclassés, d'individualités compromettantes ? N'insistons pas.

D'un autre côté, le rôle du médecin dans une armée n'est pas seulement celui de clinicien devant le malade. C'est au médecin qu'il appartient de diriger le commandement dans l'application des règles de l'hygiène au corps de troupes, de prévenir ainsi les épidémies qui — l'histoire de toutes les campagnes en fait foi — frappent des coups plus terribles que les balles et les obus. C'est au médecin que doit incomber le

d'étude ; le troisième après cinq ans, ou quatre ans pour ceux qui ont passé l'examen d'honneur du baccalauréat ès arts. Après le dernier examen, le candidat soutient une thèse. Les examinateurs sont des professeurs, tant de l'université que de celle de Londres, désignés par le chancelier. Pour le grade de docteur, une seconde thèse soutenue trois ans après le grade de bachelier. Le grade de maître en chirurgie est décerné seulement à un bachelier en médecine. Cambridge ne fait guère plus de dix docteurs par an. Les professeurs cumulent plusieurs chaires ; ainsi un des professeurs actuels est chargé de trois cours : anatomie et physiologie, anatomie pratique, histologie pratique.

L'université de Durham est encore moins importante au point de vue médical. Elle confère néanmoins les titres et grades de licencié en médecine (L. M.), bachelier en médecine (M. B.), docteur en médecine (M. D.), licencié en chirurgie (L. S.), maître en chirurgie (C. M.), et ne fait guère plus de deux ou trois docteurs par an. Cette université, établie en 1839, surtout pour les études théologiques, devait faire concurrence à Oxford et à Cambridge : c'était sans doute un centre d'enseignement pour les étudiants du nord de l'Angleterre, mais les chemins de fer ont diminué les distances, déjà peu considérables, et Durham n'a vraiment plus de raison d'être. L'enseignement est donné au collége de Newcastle-upon-Tyne et au dispensaire-infirmerie de Newcastle, qui contient 230 lits. Rien de particulier à signaler dans les examens. Pour la licence, quatre ans d'études, deux examens; pour le grade de bachelier, une année environ de licence, six années d'études et examen spécial; pour le doctorat, diplôme de bachelier depuis un an au moins, sept années d'études; pour la licence en chirurgie, quatre années d'études et deux examens. Le grade de maître en chirurgie exige six années d'études et les licences en médecine et en chirurgie. Cette énumération fait bien comprendre, nous l'espérons du moins, quelle est la variété des examens, des formalités et des programmes de l'enseignement médical en Angleterre.

soin de rechercher les emplacements propres à l'établissement des hôpitaux provisoires, de les disposer en tenant compte de toutes les données que fournit l'expérience des faits précédents; c'est le médecin qui doit diriger les ambulances dans leur mouvement, ou du moins suivre les instructions, souvent par nécessité un peu élastiques, que fournit le commandement. Qui réglera le service des transports des malades et des blessés, celui des évacuations, d'une façon réellement compétente, si ce n'est le médecin?

Pour faire tout cela il faut l'avoir appris, et pour l'apprendre il faut en faire son métier, vivre dans l'armée et s'y attacher exclusivement.

Nous comprenons fort bien que certains intendants, sentant bien que la direction absolue et sans contrôle des services médicaux constitue le plus beau fleuron de leur couronne, se disent que perdre cette direction serait pour leur corps un coup de nature à l'ébranler un peu. En n'admettant dans l'armée que des médecins civils, pleins d'enthousiasme et du désir d'être utiles, mais naturellement ignorants des choses militaires, ils auraient beau jeu pour conserver le commandement des ambulances, le droit d'installer des hôpitaux sans consulter le médecin, de régler les évacuations, en un mot de faire les trois quarts de la vraie médecine des armées. Les médecins pourraient toujours prescrire sans contrôle leurs médicaments, traiter la pneumonie par la digitale ou par la saignée, reséquer un coude ou amputer le bras; mais ils n'auraient pas le droit d'exiger la dissémination des malades, d'ouvrir une fenêtre pour aérer la salle infectée, de donner une alimentation plus réparatrice à l'un qu'à l'autre, suivant le cas. Tout ceci n'est plus de la médecine dans le sens militaire, c'est de l'hygiène, de l'administration, le règlement des hôpitaux et ambulances de 1865 nous l'affirme : il est interdit aux médecins de s'en occuper.

Mettons de côté les rivalités de corps; croit-on, en conscience, que cet état de choses soit bien avantageux pour le malade? Quel est le médecin digne de ce nom qui — en 1872 — n'envisage l'hygiène comme la première, la plus indispensable des médications? Priver le médecin du droit d'en appliquer les règles, et particulièrement en campagne, c'est l'annihiler absolument, rendre inutiles et vains pour le malade toute sa science et tout son dévouement.

Or cet état de choses, qui constitue malheureusement la situation actuelle, ne peut plus subsister avec le corps médical permanent. L'administration le comprend. Mais tout resterait naturellement dans cet état, si l'administration n'avait devant elle qu'une réunion de médecins levés pour la durée de la guerre, et qui auraient à peine eu le temps d'apprendre leur métier que déjà la paix viendrait les rendre à la vie civile.

Il importe au pays, à l'armée, qu'il existe un corps permanent de médecins militaires, peu nombreux, mais assez cependant pour servir de ralliement à tous les confrères de la vie civile qui viendraient se ranger à leurs côtés; il importe que ces médecins soient aussi instruits, aussi distingués que possible, qu'ils vivent dans l'armée et pour l'armée seule, qu'ils étudient les conditions spéciales de la vie militaire, les influences pathologiques qui s'y développent, qu'ils apprécient l'histoire médicale des campagnes pour proposer au commandement les progrès à admettre, qu'enfin ils se perfectionnent chaque jour dans la pratique de la chirurgie. Et lorsque la guerre sera déclarée, lorsque leurs collègues viendront se joindre à eux pour une courte campagne, ces derniers ne seront plus dépaysés et trouveront des confrères heureux de les aider de leurs conseils et pouvant les mettre à même de rendre d'incontestables services.

Si donc les médecins militaires viennent, avec cette légitime autorité que donne l'exemple de *toutes* les armées européennes, demander, dans l'intérêt des malades, qu'on leur confie la responsabilité de leur service, il ne faut point, sous un prétexte d'unité administrative qui cache simplement une ambition de corps, il ne faut point, comme on le faisait en 1852, les traiter de révolutionnaires (1). Rappelons-nous que la responsabilité seule élève l'homme, le fait respecter de lui-même et des autres et lui apprend à mettre toutes ses facultés en œuvre pour l'accomplissement de son devoir.

(1) Rapport au Prince-Président de la République par le ministre de la guerre, maréchal de Saint-Arnaud (23 mars 1852) :

« Dans l'opinion de la Commission, le décret du 3 mai 1848, qui a surexcité au » plus haut degré dans le corps des officiers de santé les tendances vers une émanci» pation absolue, est d'origine révolutionnaire, c'est-à-dire qu'il appartient à une de » ces époques où le trouble pénètre dans les esprits, dans les faits, dans les institutions, » et où le principe d'autorité se fausse et s'énerve. »

Le décret du 3 mai 1848 avait émancipé le corps de santé militaire, et, malgré le vote de l'Assemblée, n'avait jamais été mis à exécution.

En Écosse, nous devons citer l'université d'Édimbourg, considérée comme la plus importante et la meilleure école de médecine du Royaume-Uni. Le nombre des étudiants, qui était pour l'année scolaire 1869-70, de 1698, est pour 1871-72 de 1800. A la fois corps enseignant et corps examinant, c'est-à-dire Faculté complète, elle confère les grades de bachelier en médecine (M. B.), maître en chirurgie (C. M.) et docteur en médecine (M. D.). Le maître en chirurgie doit être déjà bachelier en médecine. Les examens, au nombre de quatre, ont lieu : le premier après deux ans d'études, le second après trois ans, le troisième et le quatrième à la fin de la quatrième année. Ces examens comprennent toutes les matières de l'enseignement. La présence est exigée au cours, en ce sens que les certificats doivent indiquer le nombre des leçons et de lectures auxquelles l'élève a dû assister; ainsi, pour la clinique médicale, chaque cours ne comporte pas moins de cent lectures ou leçons. Pour l'obstétrique, trois mois d'assistance dans une maternité ou un certificat d'un médecin enregistré attestant que le candidat a assisté ou dirigé six accouchements. Pour la pharmacologie, certificat constatant que l'élève a été attaché pendant trois mois au laboratoire ou à la pharmacie d'un hôpital ou d'un praticien reconnu, etc. La durée des études est de quatre ans pour le grade de bachelier. Le grade de docteur ne peut être décerné que deux ans après et sur la production d'un diplôme de gradué en arts (baccalauréat ès sciences et lettres) ou d'un examen satisfaisant de grec, philosophie, etc. Le candidat soutient une thèse. J'ai lu quelque part que la faculté d'Édimbourg avait délivré des diplômes de docteurs *in absentia*, de même que certaines Facultés allemandes autrefois. C'est une erreur. A Édimbourg, au contraire, les grades sont délivrés en séance solennelle, et l'absence du candidat est un motif de rejet pour l'année courante. Tout au plus pour le grade de docteur, le bachelier en médecine se trouvant à l'étranger après avoir rempli toutes les formalités requises pour le doctorat, deux années de présence dans un hôpital reconnu ou dans le service de santé

La trachéotomie par la galvanocaustique.

La séance de l'Académie a été consacrée à la lecture d'une observation de M. Verneuil. Il s'agit d'une trachéotomie pratiquée au moyen de la galvanocaustique. C'est la première fois à notre connaissance que le couteau galvanique a été employé pour pratiquer une opération aussi délicate et aussi importante que la trachéotomie. On lira avec intérêt les détails de cette observation, qui inaugure un procédé opératoire nouveau. M. Verneuil ne s'est pas contenté d'avoir fait une innovation chirurgicale, il a cherché à démontrer que le procédé ne présente pas les difficultés d'application qu'on est tenté de lui reprocher. L'avantage considérable de la galvanocaustique est d'éviter l'hémorrhagie; le seul inconvénient qu'elle présente est la nécessité pour le chirurgien de se transporter avec un appareil encombrant. Cet inconvénient peut, du reste, être atténué par la possibilité d'une préparation qui, dans le fait, a été de deux heures, et qui, suivant M. Verneuil, manque rarement à l'opérateur.

Une courte discussion a suivi cette communication : elle a principalement porté sur les moyens de lutter contre l'hémorrhagie pendant la trachéotomie. L'art vétérinaire est intervenu ; mais le sujet n'était pas favorable pour montrer les avantages que la chirurgie peut trouver au rapprochement des méthodes opératoires sur le cheval et des méthodes opératoires chez l'homme. En effet, M. Colin, en parlant de la trachéotomie pratiquée entre les anneaux cartilagineux et par une ouverture transversale, paraît avoir oublié que l'espace qui, chez l'adulte, sépare les anneaux cartilagineux, varie en hauteur dans une limite de 1 à 2,5 ou 3 millimètres, et en longueur, entre 18 et 22 millimètres. La seule opération possible dans cet intervalle serait la ponction, ce qui nous fait remonter à Anthyllus, et nous rappelle les trocarts, curieux au titre historique, de Sanctorius, de Richter et de Bell.

M. Chassaignac ne semble pas croire à l'innocuité de la section galvanocaustique au point de vue de l'hémorrhagie. Rappelant les expériences de Middeldorpff, dont il ne paraît pas avoir conservé un souvenir très-favorable, M. Chassaignac fait remarquer avec justice que le couteau chauffé à blanc donne des sections aussi nettes que le bistouri, par conséquent n'offre aucun avantage hémostatique Mais en consultant l'appréciation de la Gazette hebdomadaire sur les démonstrations que Middeldorpff a faites à Paris en 1856, nous considérons comme ayant été maintes fois démontrées les propositions émises à cette époque, à savoir que, dans l'action de la galvanocaustique, le couteau peut conserver le degré d'incandescence qu'on a jugé nécessaire, et que si les parties sur lesquelles on opère contiennent beaucoup de liquides qui pourraient se répandre *bouillants* sur les tissus voisins, on peut faire injecter de l'eau froide sans éteindre le cautère. M. Verneuil d'ailleurs a répondu qu'il craignait si peu la chaleur rayonnante du couteau galvanique, qu'il le suivait à 8 millimètres de distance avec le doigt (voy. *Gaz. hebd.*, 1856, p. 698).

M. Chassaignac propose contre l'hémorrhagie l'emploi de l'écraseur linéaire pour l'incision de la peau, ou même l'incision de la trachée.

M. Chassaignac ne nous a pas dit s'il avait souvent employé ce procédé; mais nous ne croyons pas qu'il ait été pratiqué par d'autres opérateurs, et les chirurgiens, avant de comprendre la trachée ou les parties molles qui l'entourent dans la chaîne de l'écraseur, voudront connaître d'une manière bien certaine les effets de l'instrument dans cette opération spéciale.

Quant à la trachéotomie sous-cutanée que M. J. Guérin a proposée, nous avons peine à en comprendre les avantages au point de vue des dangers de l'hémorrhagie, et nous ignorons si c'est un procédé proposé à l'expérimentation, ou un procédé ayant été pratiqué avec succès, car M. J. Guérin n'a pas rappelé les résultats qu'il aurait obtenus.

En définitive, M. Verneuil présente un fait dans lequel la galvanocaustique a été appliquée avec succès; ce fait a, par lui seul, une grande valeur, mais suffira-t-il à faire passer le procédé dans la pratique?

Pour répondre affirmativement à cette question, il faudrait d'abord admettre comme démontré que la sécurité obtenue par le couteau galvanocaustique se rencontrera à un égal degré dans d'autres cas où la trachéotomie est nécessaire; et ensuite il faudrait vulgariser l'emploi du cautère galvanocaustique et de la pile de Grenet, afin qu'on puisse avoir facilement sous la main cet arsenal galvanique, ou qu'on puisse le faire transporter pendant l'espace de temps réservé à la préparation de l'opération. Cette dernière condition, qui ne saurait avoir la valeur d'une objection au point de vue scientifique, n'en sera pas moins pratiquement l'obstacle le plus constant contre la vulgarisation des essais de ce genre; de sorte que la trachéotomie par la galvanocaustique restera peut-être

---

militaire ou de pratique médicale et chirurgicale, etc., peut-il, si le conseil de l'université y consent, être dispensé de soutenir sa thèse en personne; mais à Édimbourg, comme dans quelques Facultés anglaises, le doctorat n'est plus qu'un titre honorifique, c'est une consécration d'une plus longue pratique médicale, et le bachelier a passé pendant ses quatre années d'études tous les examens requis pour pouvoir exercer la médecine. L'âge paraîtrait plutôt devoir être l'objet de critiques; c'est presque toujours vingt et un ou vingt-deux ans pour le grade de bachelier ou la licence, qui tous deux comprennent le droit d'exercice, mais les règlements qui ont déterminé cette limite *minima* semblent avoir prévu que peu d'étudiants se trouveraient en mesure d'exercer à cet âge.

Il est utile de faire remarquer que les examinateurs pour chacun des grades sont les professeurs de la Faculté et trois autres médecins désignés chaque année par l'université. Il faut encore citer à Édimbourg la possibilité pour les élèves de suivre des cours théoriques en dehors de l'université, si les professeurs que nous pourrions appeler privés et non libres, ont été reconnus par elle. Dans ce cas, les élèves doivent se faire inscrire au commencement de chaque année. Ils doivent payer le prix de cette inscription comme tous les élèves de l'université; ils jouissent aussi des mêmes avantages, bibliothèque, musées, etc. Les professeurs privés autorisés par l'université doivent se faire payer leurs leçons le même taux que celui fixé pour les professeurs officiels; ils ne doivent pas professer sur plus d'une matière, à moins que celle-ci ne soit enseignée conjointement avec une autre, par le même professeur officiel; enfin, l'université se réserve toujours le droit de retirer son autorisation au professeur privé, que l'on appelle à Édimbourg *an extra-academical Teacher*. Il ne faudrait par confondre ces professeurs libres avec les *Privat-Docenten* allemands.

A côté de cette université importante, nous remarquons celles de Glasgow et d'Aberdeen, dont les règlements sont presque identiques avec celui d'Édimbourg. Cependant Aberdeen

longtemps au nombre de ces opérations qui se pratiquent seulement dans les grands centres d'instruction et d'expérimentation. A. H.

Un dernier mot sur l'affaire Dolbeau.

L'opinion publique aura certainement accusé la presse médicale de n'oser pas se prononcer dans une affaire qui touche aussi sérieusement à la déontologie professionnelle, que celle à laquelle se trouve mêlé le nom du professeur Dolbeau. *Se prononcer* est bientôt dit, mais la presse n'est pas plus tenue que l'individu de juger sans pièces, surtout quand elle est placée entre ces deux périls, ou de trahir la cause de la morale publique, ou de porter contre un confrère une accusation injuste. Or, pour notre part, nous n'avons eu connaissance du rapport de la commission d'enquête que samedi dernier (1). Il nous était donc impossible de *nous prononcer* plus tôt.

Nous ne craignons pas de le dire, ce rapport, dont le résumé donné par le Journal des Débats, et que nous avons reproduit, était parfaitement exact, exonère entièrement M. Dolbeau des reproches qui lui avaient été adressés. C'est ce que reconnaîtront tous ceux qui voudront ou pourront se dégager de tout esprit de prévention. Un *Vengeur de Flourens*, le nommé Bredon, vrai ou faux malade, peu importe, est à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dolbeau. Son tour vient, avec celui de six autres, de sortir de l'hôpital pour faire place à des blessés. L'aumônier entreprend de le protéger. « Ne pouvant trouver d'assistance ouverte dans les bureaux de la direction », il fait disparaître la pancarte de Bredon et en « fabrique » une autre sur laquelle il substitue « la qualité de chasseur au 18e bataillon à celui de lieutenant des Vengeurs ». On fait signer cette pancarte falsifiée à M. Dolbeau, qui est presque aussitôt après averti du piége où il est tombé. Néanmoins, il ne retire pas sa signature; mais, s'en fiant à la bonne foi de la sœur, il fait promettre à celle-ci « d'informer le directeur ou l'économe de la falsification de la pancarte ». Le soir du même jour, M. Dolbeau revient à l'hôpital « ainsi qu'il en avait l'habitude », et la sœur, interpellée, déclare qu'elle n'a pu voir aucune autorité de l'hôpital et qu'elle « ne sait ce que la pancarte est devenue ». C'est alors que M. Dolbeau va trouver l'officier qui commandait à l'hôpital, pour lui déclarer que sa signature au bas d'une pièce fausse a été surprise et qu'il entend dégager sa responsabilité. A quoi l'officier répond « qu'il sait tout cela depuis le matin par l'un des élèves ».

Eh bien! en présence de ces faits, il est impossible d'incriminer M. Dolbeau sans déclarer en même temps qu'un médecin est obligé, non-seulement de ne pas livrer un de ses malades à la justice, mais encore de le délivrer effectivement; ce qui n'est le devoir de personne, ce qui peut être une œuvre de charité, mais n'est pas toujours un acte de bon citoyen. M. Dolbeau a-t-il mis obstacle à la protection de M. l'aumônier? Aucunement. Qu'on fasse évader Bredon; qu'on substitue à sa pancarte celle d'un autre malade; qu'on fabrique, si l'on veut, des signatures; lui, le chef de service, fermera les yeux. Mais qu'on lui dise : « Nous vous avons dérobé ce matin votre signature, et nous refusons ce soir de vous la rendre, et c'est vous qui allez être responsable de la fraude devant l'autorité! » voilà ce qui était absolument intolérable.

Il est d'ailleurs une considération à laquelle on n'a peut-être pas prêté une attention suffisante, c'est que, en réalité, il ne s'agissait ni de livrer, ni de délivrer personne. Tout le monde était consigné; tout le monde passait, au sortir de l'hôpital, sous le contrôle de l'autorité militaire. De quoi s'agissait-il? Uniquement de rendre, par un changement de qualité, la situation de Bredon un peu moins compromettante. Encore l'était-elle peu, apparemment, puisque, même en gardant sa qualité de *vengeur*, cet estimable citoyen a été mis le lendemain en liberté, sur la recommandation du général Vinoy. A. D.

(1) La Commission était composée de MM. Davillier, vice-président du Conseil de surveillance de l'Administration de l'Assistance publique; A. Guérin, Moissenet, Frémyn et Nast, assistés de M. Blondel, directeur de l'Administration, et de M. Bailly, secrétaire général.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique chirurgicale

De la substitution des courants continus faibles mais permanents aux courants continus énergiques ou temporaires, dans les paralysies, les contractures musculaires et les lésions de nutrition (lu à la Société de chirurgie dans la séance du 20 mars 1872), par le docteur Léon Le Fort.

Messieurs, dans la dernière séance, j'ai eu l'honneur de vous présenter deux malades guéris par l'application permanente, ou du moins très-longtemps prolongée, de faibles courants

---

exige une dissertation écrite pour le grade de bachelier et de maître en chirurgie, et son règlement stipule que le lauréat admis doit prononcer le serment suivant : « Ego, X..., coram » omniscio et omnipotenti Deo, religionem christianam, » quousque in sancto Dei Verbo palam proponitur, publice » profiteor; in super Almæ Matri Academiæ, cui ingenii cul- » turam atque hos honores Academicos debeo, me benevo- » lentiam quam potero liberaliter relaturum sancte promitto. » Ita me Deus adjuvet. »

Glasgow semble attacher une très-grande importance à la pratique, et ajoute aux certificats requis pour le grade de bachelier celui d'une présence de six mois aux consultations d'un hôpital ou d'un dispensaire, ou d'assistance près d'un médecin praticien.

L'université de Saint-André, dont le règlement est à peu près le même que les précédents, est cependant caractérisée par une mesure toute spéciale et qui lui est particulière : elle confère chaque année dix grades de docteurs en médecine au plus à des anciens médecins âgés de quarante ans qui n'ont pas complété leurs études dans une université pour un motif quelconque. Ils doivent avoir rempli les formalités ci-après : certificat d'âge, certificat de trois médecins de réputation attestant qu'ils connaissent le candidat et témoignent de son expérience. Examen oral et écrit sur les matières ci-après : matière médicale et thérapeutique générale, médecine légale, médecine pratique et pathologie, chirurgie et accouchements, ces deux derniers sujets ne sont pas exigés si le candidat déclare se borner à la pratique de la médecine. Le coût de ce diplôme est de 1250 francs, si le candidat n'est pas bachelier en médecine; 262 fr. 50 sont acquis à l'université en cas de refus à l'examen ou de défaut de présence du postulant.

Je n'ai rien de particulier à signaler qui n'ait déjà été dit dans l'organisation des autres établissements de l'Écosse, ni dans ceux de l'Irlande. On peut encore remarquer que les deux colléges de médecins et de chirurgiens d'Édimbourg donnent la double licence après un examen spécial auquel les

électriques, l'un d'une paralysie de l'avant-bras, l'autre d'une paralysie avec contracture des muscles du mollet et de la plante du pied. Je n'ai pu que soumettre ces malades à votre observation, l'heure étant trop avancée pour me permettre de vous entretenir de leur histoire, et surtout du traitement auquel ils ont dû leur guérison.

Voici d'abord l'observation de ces deux malades.

Obs. I. — *Entorse du poignet et des articulations carpo-métacarpiennes du côté droit. Paralysie des muscles de la main et de l'avant-bras.* — Le nommé Victor G....., âgé de dix-huit ans, tapissier, entra à l'hôpital Lariboisière le 8 janvier 1872. Environ quinze jours auparavant, à la suite d'un mouvement exagéré de torsion de la main pour soulever un meuble un peu lourd, il ressentit un craquement dans le poignet, accompagné d'une vive douleur, et il lui fut dès lors impossible de travailler. On lui fit des applications d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée, et l'on pratiqua même sur la face dorsale de la main une incision superficielle qui donna issue à un peu de sérosité louche.

A l'arrivée du malade, je constate un œdème général de la main, un empâtement considérable ayant son centre au niveau de l'articulation du deuxième métacarpien avec le carpe, et une vive douleur à ce niveau, très-augmentée par la pression. Je me bornai à faire appliquer un bandage compressif et un badigeonnage iodé.

Deux jours après (10 janvier), l'œdème et la douleur commencent à diminuer, et l'amélioration continue les jours suivants sous l'influence des mêmes moyens, auxquels j'ajoute le massage.

Le 20 janvier, la douleur a cessé; mais nous constatons que le malade ne peut relever les doigts et que l'avant-bras présente des signes d'amaigrissement, et peut-être même d'atrophie musculaire.

Le 22, j'essaye l'état de la contractilité musculaire par les courants d'induction. Les muscles répondent à peine lorsque les rhéophores sont appliqués sur l'avant-bras; ils relèvent sensiblement la main et les doigts lorsque les rhéophores sont appliqués, l'un sur l'avant-bras, l'autre sur le radial, ou le cubital ou le médian.

Jusqu'au 8 février, nous continuons à faire chaque matin une séance de faradisation; mais il n'y a qu'une légère amélioration; le malade ne peut arriver à fermer complétement les doigts, et l'amaigrissement des muscles de l'avant-bras ne semble pas arrêté.

Le 12 février, j'applique un courant descendant produit par deux couples de la pile Callot-Trouvé. Le pôle positif est appliqué au haut du bras, le pôle zinc ou négatif à la partie inférieure de l'avant-bras; l'application a lieu au moyen d'une plaque de cuivre d'un diamètre de 8 centimètres environ, posée sur quelques compresses mouillées. Le tout, recouvert d'un morceau de taffetas gommé, est retenu en place par quelques tours de bande. Dès le deuxième jour, tout empâtement a disparu au poignet, la roideur articulaire a diminué; le malade ferme les doigts et relève la main.

Jusqu'au 1er mars, deux éléments ont été constamment appliqués, sauf pendant une demi-journée le jeudi et le dimanche. Deux ou trois fois, en déplaçant l'appareil pour humecter les compresses, le malade a laissé l'un des rhéophores toucher la peau, ce qui a permis, par électrolyse, la formation de petites eschares superficielles.

Le 6 mars, le malade demande à sortir; il se juge complétement guéri. Cependant si l'intégrité des mouvements est revenue, il reste encore un peu d'atrophie, qu'une plus longue application des courants eût fait disparaître. Bien que les muscles de l'avant-bras aient repris depuis les derniers quinze jours une grande partie de leur volume, tout le membre supérieur droit est plus maigre, plus flasque que le gauche, et la différence se remarque également pour les muscles des éminences thénar et hypothénar. La force dans les mouvements du poignet et des doigts est moins grande du côté affecté, mais le malade, qui apprécie peu ces différences, se juge tout à fait guéri, et veut aller reprendre ses occupations. Je ne m'oppose pas à sa sortie, car je suis convaincu par expérience que le travail rendra maintenant aux muscles tout leur volume et toute leur énergie.

Obs. II. — *Contracture avec atrophie des muscles du mollet et de la plante du pied; guérison par les courants continus permanents.* Le nommé D... (Émile), âgé de dix-huit ans, entra à l'hôpital Lariboisière le 12 janvier 1872.

Il y a un an, le malade éprouva, sans cause appréciable, une douleur exclusivement limitée à l'articulation tibio-tarsienne droite, mais sans œdème du pied ou du cou-de-pied. Cette douleur disparut spontanément après deux mois. Il y a dix-huit mois environ, la douleur, après avoir cessé à droite, apparaissait à gauche, lorsqu'il se fit une légère entorse du même pied en descendant de voiture. La douleur reparut, mais en arrière et au-dessus du talon, et jamais sur les côtés de l'articulation tibio-tarsienne, ni à la face plantaire, ni au niveau des articulations des orteils avec le métatarse. La douleur resta localisée au-dessus du talon et dans le mollet. Bientôt le malade s'aperçut qu'il marchait difficilement, seulement sur la pointe du pied, et que le talon ne touchait pas le sol. Pendant ces huit mois, le malade vit plusieurs médecins, qui lui prescrivirent des frictions sur le mollet. Ces traitements ne furent suivis d'aucun résultat.

Lors de son entrée à l'hôpital, nous constatons que le malade est atteint d'une notable claudication : le pied ne peut être ramené à l'angle droit avec la jambe. Ces tentatives s'accompagnent d'une vive douleur au talon et dans le mollet, et l'on constate une forte tension des muscles du mollet. Si l'on appuie sur l'extrémité du métatarse, on sent l'aponévrose plantaire fortement tendue, indépressible, formant comme une corde saillante, ce qu'on ne trouve pas de l'autre côté. La pression sur le mollet est douloureuse; tout le membre inférieur gauche est amaigri; la différence entre les deux côtés est de 2 centimètres pour la cuisse, de 3 centimètres pour la jambe au niveau du mollet. La peau est plus pâle, moins couverte de poils. Il y a de la claudication et de l'hésitation dans la marche. Le malade monte facilement les escaliers, mais il les descend avec plus de peine. S'il reste quelque temps à genoux, il a de la difficulté à se relever. Il a assez souvent des crampes dans le mollet gauche.

Le 30 janvier, j'applique, de la cuisse au dos du pied, un courant de deux éléments Callot-Trouvé. Dès le lendemain, le malade se sent déjà le mollet moins roide, et en effet il paraît y avoir moins de tension du tendon d'Achille, en même temps qu'un peu plus de facilité dans le mouvement du pied. On ajoute un élément.

Le 8 février, le malade a continué à se sentir amélioré; la roideur a diminué sensiblement. On ajoute un quatrième élément. Il les conserve appliqués jusqu'au 28 février, jour et nuit, sauf le jeudi et le dimanche, où il prend une demi-journée de repos et de promenade.

Le 1er mars, comme le précédent malade, son voisin de salle, il se juge guéri et veut absolument retourner dans sa famille. En effet, il n'y a plus de roideur ni de tension quand la marche a lieu au pas ordinaire. Cependant lorsque le malade court, il sent encore un peu de traction sur le talon; la flexion est un peu plus limitée que du côté sain. Le membre gauche, au lieu d'être contracturé comme au début, est un peu plus flasque que le membre droit, surtout quand le malade est au lit. La con-

---

deux colléges sont représentés; le candidat qui a bien passé cet examen est ainsi licencié en médecine et licencié en chirurgie. L'université de Dublin confère les cinq grades ou degrés de licencié en médecine et en chirurgie, bachelier et docteur en médecine, maître en chirurgie. Le doctorat en médecine n'est qu'un titre et n'exige pas d'études complémentaires autres que celles de bachelier. Les écoles de pharmacie sont établies sur le modèle de celle de Paris, avec programme plus ou moins complet; mais la licence délivrée par les écoles d'apothicaires de Londres et d'Irlande donnent l'exercice de la médecine et de la pharmacie après examens spéciaux. Il est inutile d'ajouter que les possesseurs de ces grades ne peuvent plus prétendre aux titres de membres et de fellows de certaines corporations.

Nous allons maintenant examiner le Medical act, ou loi médicale de 1858. Avant la promulgation de cette loi, la presse spéciale et la presse politique, — on sait qu'en Angleterre toutes les questions d'économie sociale sont traitées avec intelligence dans tous les journaux en général, — étaient vivement préoccupées de réformes à demander au Parlement. Depuis plusieurs années, les projets succédaient aux projets, les brochures aux brochures, les critiques aux critiques, et les lettres des médecins remplissaient les feuilles médicales. Cette longue polémique, dont le docteur Lee a raconté les détails dans son ouvrage The Medical profession in Great Britain and Ireland (Londres, 1857, in-8°), devait aboutir au Medical act, qui, en dépit des excellentes intentions de ses auteurs, n'a pas satisfait tout le monde. Lord Palmerston, alors ministre de l'intérieur, tout en reconnaissant qu'il y avait beaucoup à faire, engageait les corporations qui lui envoyaient de nombreux rapports et de non moins nombreuses pétitions à se mettre d'abord d'accord entre elles; il ferait ensuite, disait-il, ce qu'elles désireraient. Quoi qu'il en soit, l'Acte médical de 1858 fut considéré comme un progrès. Sans nier ni son intérêt, ni son utilité, nous allons montrer qu'il ne pouvait avoir les conséquences que l'on attendait de lui.

traction des muscles du mollet est aujourd'hui tout à fait volontaire. Si le malade, étant debout, relâche ses muscles, on ne sent aucune différence entre le côté gauche et le côté droit. Le pied porte dans toute sa longueur, et le talon appuie sur le sol. La différence entre les deux membres n'est plus que d'un demi-centimètre, aussi bien pour la cuisse que pour la jambe.

Ce n'était pas la première fois que j'appliquais les courants continus faibles, mais permanents, au traitement des paralysies musculaires. Je vous ai déjà entretenus d'un malade que j'ai guéri ainsi à l'hôpital Cochin, en 1869, d'une paralysie complète de la sensibilité et du mouvement dans tout le membre supérieur gauche, paralysie survenue à la suite d'une luxation de l'épaule. Je rappellerai brièvement cette observation :

Obs. III. — Le nommé C..., âgé de trente-six ans, casseur de pierres, fit une chute sur le côté gauche. Il ne put se relever et resta un jour et une nuit sur le lieu de la chute. Relevé par un passant, il put regagner son domicile, et c'est à ce moment seulement qu'il s'aperçut de l'impossibilité où il était de faire usage du bras gauche, lequel pendait inerte le long du corps. Rentré chez lui, il fut pris d'une fièvre, accompagnée de délire, qui dura une vingtaine de jours. Pendant sa convalescence, il attira l'attention de son médecin sur la lésion du membre. On constata une luxation de l'épaule qui fut réduite vers le milieu de décembre. Lorsque, après quinze jours, on retira le bras de l'écharpe qui le maintenait fléchi, on s'aperçut de la persistance de la paralysie. Le malade fut envoyé à Paris le 26 janvier. Lors de l'entrée à l'hôpital nous pûmes constater les faits suivants :

Le bras gauche pend inerte le long du corps; la tête de l'humérus paraît un peu plus saillante et plus élevée que du côté droit; le deltoïde est atrophié, ainsi que le biceps, ce qui donne au membre la forme d'un cylindre renflé au niveau du coude. L'avant-bras présente à peu près sa forme normale. La main est tuméfiée, les doigts ont une forme cylindrique et un aspect luisant, par suite de la disparition des plis de flexion. Toute la peau du membre paralysé est plus sèche que celle du côté sain; elle présente une couche assez épaisse d'écailles épidermiques; elle a, en outre, perdu de son élasticité, et ne glisse pas facilement sur les tissus sous-jacents. Tout mouvement du bras, de l'avant-bras et des doigts est impossible. L'attouchement de la peau du bras est très-douloureux, mais, sur tout l'avant-bras et toute la main, le contact, le pincement, la piqûre, ne sont pas sentis.

L'application d'un énergique courant d'induction ne suscite aucun mouvement appréciable dans le deltoïde et les muscles du bras. Je crus pouvoir attribuer cette absence d'excitabilité à une transformation graisseuse déjà assez avancée des fibres musculaires. J'avais lieu de croire à l'inutilité de tout traitement; cependant, sachant que *les courants électriques continus agissent non comme les courants interrompus, en faisant faire en quelque sorte de la gymnastique aux muscles, mais en modifiant la nutrition des parties*, je songeai d'autant mieux à y avoir recours que je m'occupais à cette époque de cette question, au point de vue de la résorption des tumeurs.

Je fis usage de quatre éléments de moyen modèle de la pile de Marié-Davy, au protosulfate de mercure. L'un des électrodes est appliqué sur le bras, l'autre sur l'avant-bras; mais les plaques de cuivre sont séparées de la peau par une compresse trempée dans l'eau. Malgré cette précaution, le malade ayant quelquefois dérangé son appareil, de telle façon que les électrodes de cuivre portaient directement sur la peau, trois ou quatre petites eschares, de la largeur de 4 à 6 millimètres, se formèrent sur l'avant-bras. Le nombre des éléments est, dès les premiers jours, réduit à trois; chaque séance d'application du courant est, en moyenne, de quatre heures.

Pendant plus de quinze jours on n'observe aucun changement; vers les derniers jours de février, la sensibilité de la peau a reparu sur la partie supérieure de l'avant-bras. Au commencement de mars, on remarque sur la face postérieure de la main, au niveau du carpe, une tumeur arrondie d'environ 2 centimètres de diamètre, dure, résistante, paraissant réunir les tendons de l'extenseur commun des doigts, et semblable à celles qu'on rencontre quelquefois dans certaines paralysies saturnines.

22 mars. — L'amélioration qui s'est manifestée depuis quelques semaines se prononce chaque jour davantage. Le chatouillement, même le plus léger, est perçu dans toute l'étendue du bras. Le contact de l'ongle effleurant la peau est senti dans toute la hauteur de l'avant-bras; mais, à 7 centimètres au-dessus du poignet, la sensibilité cesse brusquement, et toute la main est complètement insensible. Dans cette partie inférieure de l'avant bras, insensible à l'attouchement, la pression est perçue et la piqûre de la peau avec une épingle ne donne d'autre sensation que celle d'une pression simple.

Le froid et la chaleur sont perçus dans les mêmes régions et la même proportion que les attouchements. Les muscles de l'épaule obéissent à la volonté; le malade lève le bras horizontalement; mais s'il dépasse ce niveau, l'avant-bras, obéissant à la pesanteur, se tourne dans la pronation, se fléchit, retombe et viendrait frapper la figure du malade s'il ne se garantissait avec l'autre main.

La peau est redevenue souple; elle n'est plus écailleuse; les doigts ont repris leur forme.

Le 4 avril, la sensibilité descend jusqu'au poignet; l'avant-bras ne retombe plus par son propre poids; le malade commence à pouvoir à volonté le fléchir ou l'étendre. Le nombre des éléments est porté à cinq. Je crois inutile de m'étendre sur le détail de la réapparition des mouvements et de la sensibilité. Le progrès était continu, mais toujours la sensibilité reparaissait avant la motricité. Au 25 juin, la guérison n'était plus douteuse, mais elle n'était pas absolument complète. Les doigts avaient recouvré la sensibilité, mais les mouvements étaient encore difficiles et sans force. Quant au bras et à l'avant-bras, ils avaient repris leur force et leur volume. Le malade, autorisé à sortir dans la journée pour faire quelques démarches à l'effet de trouver une place, nous fut ramené à deux heures du matin dans un état complet d'ivresse. N'admettant point l'indulgence pour l'ivrognerie, je dus à regret le renvoyer incomplétement guéri; mais je ne doutai point que la guérison, déjà presque complète, ne se complétât d'elle-même par l'exercice. En effet, une lettre que m'adressa le malade, le 24 décembre, m'apprit que la sensibilité et le mouvement avaient complétement reparu dans tout le membre; seulement, il y restait une plus grande susceptibilité à ressentir les effets du froid, et le malade devait se protéger la main avec un gant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Son titre indique qu'il a pour but de régulariser les qualités ou grades décernés aux praticiens en médecine et en chirurgie, et son préambule ajoute qu'il s'agit de mettre chacun à même de distinguer les médecins légaux de ceux qui ne le sont pas. Il est établi à cet effet un conseil médical qui prendra le titre de *The General Council of Medical Education and Registration*. Ce conseil sera composé de vingt-trois membres, dont quinze nommés par les principaux établissements conférant les grades (un par établissement), deux nommés conjointement par Édimbourg et Aberdeen et par Glasgow et Saint-André, et six désignés par la reine sur la présentation du Conseil privé. Tous ces membres sont nommés pour cinq ans au plus; ils sont rééligibles. Le conseil se divise en trois sections, une pour chaque partie du royaume. Nous ferons tout de suite remarquer une anomalie : Édimbourg et Aberdeen nomment un membre pour elles deux, alors que Durham et Oxford en nomment un chacune. Le conseil général ainsi composé est chargé de l'enregistrement sur un registre spécial (*Medical register*) de tous les praticiens qui ont justifié de leurs qualités, et ces praticiens, par le fait de cet enregistrement, vont jouir de priviléges que l'on trouvera plus loin. L'inscription coûte jusqu'à 125 francs, selon les titres de l'intéressé; elle ne peut dépasser 50 francs pour les médecins reçus avant la date de la loi. La demande d'inscription et les titres doivent être adressés au secrétaire de l'une des sections du conseil. Les établissements reconnus se chargent de cette inscription et peuvent envoyer des listes collectives. Les secrétaires des sections sont obligés de tenir leur registre continuellement à jour, ils doivent, toutes les fois qu'ils le jugent utile, adresser une lettre aux praticiens inscrits, pour leur demander s'ils continuent d'exercer, s'ils ont d'autres qualités à indiquer, si leur domicile est le même, etc., et dans le cas où aucune réponse ne serait parvenue avant six mois, le nom du praticien est rayé d'office. Le conseil général est avisé des examens d'études et de ceux à la suite desquels des grades sont conférés; il peut y envoyer des délégués. Les articles 20 et 23 stipulent que le

Thérapeutique physiologique.

Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de divers principes immédiats de l'opium, par le docteur Rabuteau.

Dans ses beaux travaux sur les bases de l'opium, M. Claude Bernard (1) nous a fait connaître les effets de ces substances sur les animaux. Il nous a appris qu'elles étaient convulsivantes à hautes doses, moins la narcéine; que trois d'entre elles (la narcéine, la morphine, la codéine) étaient soporifiques; qu'enfin elles étaient toxiques à des degrés variables.

Ce sont des recherches du même ordre que j'ai entreprises, non-seulement sur les animaux, mais sur l'homme; de plus, j'ai considéré les alcaloïdes de l'opium au point de vue de leurs effets analgésiques et anexosmotiques, car c'est le plus souvent pour calmer la douleur et arrêter la diarrhée que nous employons cette dernière substance. Enfin j'ai étudié l'acide méconique et la méconine, principes non azotés et non comparables aux alcaloïdes.

Mes recherches démontreront que l'activité des principes immédiats de l'opium est loin d'être la même pour chacun d'eux, ce qui était déjà connu; mais elles prouveront un fait qui n'a pas été mis jusqu'ici en évidence, savoir que l'ordre d'activité de ces mêmes principes n'est pas le même chez l'homme et chez les animaux. Enfin, nous saurons désormais, en nous fondant sur quelques expériences de nos devanciers et sur les miennes, qui sont déjà au nombre de 150, quels sont les principes de l'opium qui font dormir l'homme; quels sont ceux qui apaisent la douleur; quels sont ceux qui arrêtent la diarrhée; enfin quels sont ceux qui exercent sur l'organisme une action plus énergique et dangereuse si l'on en élève les doses.

Ces données nous rendront compte en même temps des effets complexes de l'opium.

Mais avant d'aborder cette étude, il est nécessaire d'énumérer les principes qui ont été signalés dans ce produit. Le tableau ci-joint les présente dans l'ordre suivant lequel ils seront étudiés.

Principes basiques.

Thébaïne	0,15 p. 100.	
Papavérine	1	—
Narcotine	6 à 8	—
Codéine	0,7	—
Narcéine	2 à 15	—
Morphine	»	—
Opianine	»	—
Porphyroxine	»	—
Pseudomorphine	»	—

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1864.

Principes divers.

Acide méconique	5 p. 100.	
Méconine	0,8	—
Eau	10	—
Caoutchouc	6	—
Résine	3	—
Matière grasse	2	—
Gomme	1	—
Mucilage	20	—
Matières extractives	25	—

Thébaïne. — Cette base qui a pour formule $C^{19}H^{21}AzO^{3}$ a été découverte dans l'opium par Thiboumény et a été étudiée ensuite par Pelletier et Couerbe. Elle cristallise en paillettes nacrées presque insolubles dans l'eau, très-solubles dans l'alcool et dans l'éther.

La thébaïne possède une saveur styptique, mais ses sels sont d'une amertume assez franche.

Effets de la thébaïne. — Les accidents que la thébaïne détermine chez les animaux consistent en des convulsions violentes observées, depuis plusieurs années déjà, par Magendie qui avait vu que l'injection de 5 centigrammes de cette substance dans la veine jugulaire, chez un chien, faisait succomber cet animal comme s'il avait été empoisonné par la strychnine.

Mais il faut des doses plus fortes de thébaïne pour amener la mort après qu'on l'a injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané. J'ai injecté, de cette manière, chez un chien de taille médiocre, 5 centigrammes de cet alcaloïde dissous préalablement dans une goutte d'acide chlorhydrique, et l'animal n'a eu que de légers trépignements. Chez un autre animal de la même espèce, 15 à 20 centigrammes de thébaïne dissoute dans 5 centimètres cubes d'eau acidulée par l'acide chorhydrique et injectés, dans deux endroits différents, sous la peau, déterminèrent des accidents redoutables, des convulsions tout à fait semblables à celles que produit la strychnine : la mort s'ensuivit. Les pupilles n'avaient pas été dilatées, leur diamètre avait au contraire légèrement diminué. Enfin, j'ai observé ces mêmes convulsions et la mort chez des grenouilles sous la peau desquelles j'avais mis une faible quantité de thébaïne. Le chlorhydrate de cette base a déterminé rapidement des attaques tétaniques; mais la thébaïne mise en nature sous la peau les a produites tardivement, par exemple, au bout de une à deux heures, parce qu'elle est très-peu soluble. En sectionnant les nerfs moteurs qui se rendent de la moelle à un membre, on voit les convulsions cesser dans ce membre.

Les doses nécessaires pour déterminer les convulsions amènent la mort, tandis que les quantités de strychnine suffisantes pour produire des accès tétaniques ne sont pas nécessairement mortelles chez les grenouilles qui reviennent peu à peu à l'état normal.

Toutefois, on se tromperait si l'on induisait de ces expé-

conseil général peut s'adresser au conseil privé, pour lui signaler l'établissement médical dont le programme d'études, la pratique ou les théories professées lui paraissent insuffisantes ou imparfaites, et les articles 21 et 24 lui donnent le droit de suspendre l'enregistrement des titres conférés par ledit établissement, jusqu'à ce que le conseil privé l'ait informé que l'université ou collége signalé ayant obéi à ses injonctions, l'inscription des titres peut continuer à être admise. Ces dernières clauses, dont l'importance n'a point échappé à nos lecteurs, n'ont jamais été, que je sache, mises à exécution.

Le Register medical, imprimé, publié et vendu par les soins du conseil, contient les noms, prénoms, résidences, grades, titres et diplômes des praticiens inscrits, et ce registre témoigne devant tout tribunal que la personne désignée a justifié de ses qualités en ce qui concerne ladite loi. Les colléges et corps reconnus peuvent faire biffer dudit registre le titre qu'ils ont accordé à la personne inscrite, si cette dernière se trouve en contravention aux réglements dudit collége, lesquels ont prévu sa radiation. Tout praticien convaincu aussi de quelque crime ou forfait est également rayé du registre; il peut l'être enfin après enquête du conseil général, pour faute ou mauvaise conduite dans l'exercice de sa profession. Les priviléges des praticiens inscrits à l'Acte médical sont effectifs. Ils peuvent pratiquer dans tout le royaume, en ayant la possibilité de poursuivre devant la justice le recouvrement des sommes qui peuvent leur être dues, ce qui est refusé à ceux qui ne sont point inscrits. Ils sont exemptés du jury, de la milice, etc. Ils peuvent prétendre à tous emplois de médecins ou chirurgiens, etc., dans les hôpitaux, l'armée, la marine, les asiles d'aliénés, prisons, maisons de paroisses, lycées et autres établissements publics. Les certificats et actes produits en justice ne sont valables que s'ils sont signés par eux. Il y a nécessairement une pénalité pour ceux qui ont obtenu leur inscription en produisant de faux titres, et l'article 40 stipule aussi que toute personne qui aura pris volontairement et faussement un titre médical quelconque devra payer une amende qui pourra

riences que la thébaïne fût aussi toxique que la strychnine, du moins chez l'homme. J'ai pris une fois 5 centigrammes et, une autre fois, 10 centigrammes de cet opiacé dissous dans l'acide chlorhydrique, puis dans 100 grammes d'eau. Le seul symptôme consécutif à l'ingestion de 10 centigrammes de thébaïne a consisté en un certain trouble de la tête, comme une ébriété sans céphalalgie. Je n'ai remarqué aucune action sur la pupille ni sur le pouls; l'appétit a été excellent, il a même été accru. Ce dernier résultat ne présente rien d'étonnant, puisque la strychnine est elle-même prescrite dans certaines dyspepsies; il doit être noté, car nous saurons que la perte d'appétit, les effets nauséeux déterminés parfois par l'administration de l'opium, doivent être attribués à d'autres principes que la thébaïne qui existe d'ailleurs en faible quantité dans ce médicament. Enfin l'excrétion urinaire n'a pas été modifiée.

Il était intéressant de s'assurer si la thébaïne avait la propriété d'empêcher les courants exosmotiques dirigés vers l'intestin, c'est-à-dire si elle était l'un des principes qui arrêtent la diarrhée et produisent la constipation dans l'administration de l'opium.

Pour cela, j'ai suivi un procédé très-simple, mis en pratique par Moreau dans l'étude de la morphine. J'ai retiré une anse intestinale par une ouverture pratiquée à l'abdomen chez un chien à qui j'avais injecté, sous la peau, 5 centigrammes de thébaïne dissoute dans l'acide chlorhydrique, et que j'avais ensuite anesthésié par le chloroforme. Quand cette anse a été vidée par les contractions intestinales spontanées, je l'ai liée en un point, puis j'ai injecté dans sa cavité 5 grammes de sulfate de soude cristallisé dissous dans 15 centimètres cubes d'eau. L'anse a été liée ensuite à une distance de 20 centimètres de la première ligature, puis elle a été remise dans l'abdomen dont la plaie a été réunie par une suture.

Trois heures après cette opération, l'animal a été sacrifié par la section du bulbe; l'anse intestinale retirée de l'abdomen était tout à fait turgide; elle contenait 68 centimètres cubes de liquide. La thébaïne n'empêche donc pas les effets des purgatifs, elle n'est pas anexosmotique; par conséquent, elle n'est pas l'un des opiacés qui produisent la constipation ni qui arrête la diarrhée.

Cette même base n'est pas soporifique; les résultats constatés sur l'homme sont d'accord, sous ce rapport, avec ceux qu'avait observés Cl. Bernard dans ses expériences sur les animaux. Mais elle semble favoriser l'action du chloroforme. En effet, chez le chien soumis à l'opération de l'anse intestinale, j'ai remarqué, pendant et après cette opération, que l'animal était insensible à la douleur, bien qu'il fût complétement éveillé, et que le chloroforme ne fût pas administré de nouveau; nous verrons d'autres alcaloïdes de l'opium augmenter également les effets du chloroforme.

D'ailleurs la thébaïne possède la propriété de faire disparaître à elle seule la douleur. Elle est même parfois *plus analgésique que la morphine chez l'homme*, comme l'ont démontré des observations recueillies dans le service de Sée, où j'ai vu l'injection de 1 centigramme de chlorhydrate de thébaïne calmer la douleur plus vite et plus longtemps que 1 centigramme de chlorhydrate de morphine. Parfois la douleur a disparu pour toujours chez des sujets où elle était revenue malgré les injections de morphine.

En résumé : *La thébaïne est convulsivante et toxique chez les animaux, mais à des doses plus fortes que celles de la strychnine ; elle est peu toxique chez l'homme; elle n'empêche pas les courants exosmotiques de l'intestin; elle n'est pas soporifique, mais elle accroît l'action anesthésique du chloroforme; elle est analgésique.*

Papavérine. — La papavérine ($C^{20}H^{21}AzO^{4}$) a été retirée par Merck de l'opium, où elle se trouve en assez faible quantité. Elle cristallise en prismes complétement insolubles dans l'eau, peu solubles dans l'alcool et dans l'éther.

Les sels de cet alcaloïde sont amers comme ceux de la thébaïne; ils ne sont pas nauséeux.

Effets physiologiques. — La papavérine est beaucoup moins active que la thébaïne. Je n'ai rien observé, ni chez un lapin, qui avait reçu sous la peau du dos, en deux endroits, 15 centigrammes de chlorhydrate de cette base, ni chez un chien qui en avait reçu 25 centigrammes. Les battements cardiaques, le diamètre des pupilles restèrent les mêmes; le système nerveux ne parut affecté en aucune manière. Hoffmann avait déjà remarqué l'innocuité relative de cette substance, après l'avoir prise à la dose de 42 centigrammes en trois jours.

Ayant injecté, chez un chien, 5 centigrammes de chlorhydrate de papavérine, puis ayant pratiqué l'opération de l'anse intestinale décrite précédemment, et ayant sacrifié l'animal au bout de trois heures, l'anse ne s'est pas trouvée aussi turgide que chez le chien qui avait reçu de la thébaïne ; néanmoins elle contenait 55 centimètres cubes de liquide. La papavérine n'est donc pas anexosmotique, ce dont je me suis assuré d'une autre manière en la faisant prendre à des malades atteints de diarrhée; elle n'a pas arrêté le flux intestinal.

D'ailleurs, Liederdorf et Breslauer ont constaté, de leur côté, que cette base, loin de produire la constipation, la faisait disparaître parfois. Ils ont vu en outre que la papavérine administrée, soit par la méthode gastro-intestinale, soit par la méthode hypodermique, ne causait ni nausées, ni vertiges, ni pesanteur de tête; qu'elle diminuait la fréquence du pouls.

Cet alcaloïde n'est pas soporifique chez l'homme; il ne l'est pas non plus, d'après Cl. Bernard, chez les animaux. Il paraît néanmoins accroître puissamment l'action du chloroforme. L'animal sur qui fut faite l'opération de l'anse intesti-

---

s'élever jusqu'à 500 francs. Enfin, par l'article 44, le conseil général est aussi chargé de la rédaction du Codex pharmaceutique anglais.

Tel est le Medical act de 1858. Il ne faut ni en diminuer, ni en exagérer l'importance. S'il empêche le premier venu de prendre un titre qui ne lui appartient pas, il ne dit rien de l'exercice illégal en lui-même. Du reste, les meilleurs esprits en France ne demandent pas davantage, et notre savant confrère M. L. Le Fort a justement fait observer à cette place même, qu'exiger plus sous ce rapport était véritablement attenter à la liberté humaine. Le législateur a prévu chez nous, comme ailleurs, les cas de dommages et d'homicide par imprudence; il n'a certainement pas voulu condamner un citoyen non pourvu d'un diplôme spécial, prévenu d'avoir guéri et sauvé son prochain, condamné et abandonné dans certains cas par le diplôme légal. Le Medical act met en garde, il est vrai, le public contre la profusion des titres répandus, et il cherche à en spécifier la valeur et la nature, mais non à les diminuer, et cette variété de titres donnant souvent les mêmes droits, accordés après des examens si différents, est toujours la critique la plus vive que l'on puisse adresser à l'organisation anglaise. Cela tient à ce que nos voisins sont justement fiers de leurs droits, et l'État ou le bon caprice des gouvernants ne toucheraient pas sans difficultés aux priviléges dont jouissent les anciennes corporations. En dépit du Medical act, les universités peuvent toujours conférer à leurs gradués la faculté d'exercer la médecine, et après tout un médecin peut négliger de se faire inscrire au Medical register. La loi de 1858 d'ailleurs a prévu le cas, et elle a reconnu comme valables les diplômes et titres de toutes les universités sans distinction (*of any university*), soit pour le passé, soit pour l'avenir, à l'exception des anciens docteurs faits par l'archevêque de Canterbury. Cette loi, il est vrai, comme nous l'avons dit plus haut, spécifie bien les cas d'ostracisme par suite d'insuffisance des études ou d'étrangeté des théories, mais on conçoit aisément combien l'application de ces articles est difficile et délicate.

nale resta dans un calme remarquable, bien que l'on ne continuât pas l'usage de cet anesthésique. Il n'était pas endormi, mais il ne se plaignait pas et ne paraissait nullement souffrir.

Il semblerait, d'après ces données, que la papavérine fût inoffensive ; mais il n'en est rien. A haute dose, elle produit des convulsions qu'on peut observer facilement chez les grenouilles, sous la peau desquelles on a mis 2 à 3 centigrammes de cet alcaloïde ou de son chlorhydrate. Quelques minutes après l'introduction du chlorhydrate qui est très-soluble, tardivement, c'est-à-dire trois ou quatre heures après l'introduction de la papavérine en nature qui est presque insoluble, on observe chez ces animaux des convulsions soit spontanées, soit provoquées par une cause légère, simplement par le choc de la table sur laquelle ils reposent. De plus, la dose qui produit les convulsions est suffisante pour amener la mort; c'est du moins ce que j'ai vu, de sorte que la papavérine est non-seulement convulsivante, mais toxique. Schroff avait remarqué aussi des convulsions chez les grenouilles sous la peau desquelles il avait injecté 3 centigrammes de chlorhydrate de papavérine (1). D'ailleurs Cl. Bernard nous avait déjà appris que cette substance était loin d'être dénuée d'activité, puisqu'il l'avait placée au second rang dans l'ordre convulsivant, et au troisième rang, au point de vue toxique, parmi les alcaloïdes de l'opium.

En résumé : *La papavérine est peu active chez l'homme à des doses relativement élevées, 20 centigrammes et même plus, mais elle est convulsivante et toxique à haute dose ; elle n'empêche pas les courants exosmotiques dans l'intestin; elle n'est pas soporifique, mais elle favorise l'action anesthésique du chloroforme.*

Narcotine. — Cette base, qui a pour formule $C^{22}H^{23}AzO^{7}$, est la première qui ait été retirée de l'opium par Derosne, en 1804. Elle cristallise en prismes droits rhomboïdaux, insolubles dans l'eau froide, à peine solubles dans l'eau bouillante, solubles dans l'alcool et l'éther bouillants ainsi que dans le chloroforme. C'est une base qui donne néanmoins avec les acides, surtout avec les acides forts, des sels parfaitement définis. La saveur de ces sels est amère, un peu acerbe, mais nullement nauséeuse.

Effets physiologiques. — D'après Cl. Bernard, la narcotine est la moins toxique des bases de l'opium et occupe le troisième rang dans l'ordre convulsivant. Les expériences nombreuses que j'ai faites, tant sur l'homme que sur les animaux, viennent appuyer les assertions de notre grand physiologiste.

J'ai pris en une fois, ce qui n'avait pas encore été fait, 40 *centigrammes* de narcotine dissoute dans l'acide chlorhydrique, soit près de 43 centigrammes du chlorhydrate de cette base, dans 120 grammes d'eau. A part la saveur amère des sels de l'opium, je n'ai rien ressenti, pas même les vestiges du trouble léger que l'on éprouve dans la tête après l'ingestion de 10 centigrammes de thébaïne ingérée de la même manière; je n'ai observé qu'une faible contraction de la pupille et une légère congestion oculaire. L'appétit est demeuré parfait. Les urines n'ont été éliminées ni en moindre, ni en plus grande quantité : il n'y a eu ni diarrhée ni constipation.

Cette expérience, ainsi que celle de Bailly qui est arrivé à en donner jusqu'à 3 grammes en plusieurs doses *dans les vingt-quatre heures;* enfin les observations que j'ai recueillies en administrant le chlorhydrate de narcotine à des doses de 5 à 20 centigrammes, prouvent que cette substance est peu active chez l'homme. Mais, à très-haute dose, elle révèle chez les animaux des propriétés qui la rapprochent de la papavérine et de la thébaïne, tout en la laissant à une grande distance de ces alcaloïdes, surtout du premier. Ainsi, 2 à 3 centigrammes de chlorhydrate placés sous la peau d'une grenouille produisent, au bout d'une demi-heure, des convulsions qui ne sont qu'un diminutif des convulsions strychniques; la narcotine est, si l'on peut s'exprimer ainsi, la brucine des opiacés convulsivants. De plus, les grenouilles ne meurent pas; vingt-quatre heures après l'expérience elles sont presque revenues à l'état normal; on n'observe alors qu'une légère roideur dans les mouvements.

Ayant injecté sous la peau, chez un chien, 5 centigrammes de chlorhydrate de narcotine, puis ayant mis dans une anse intestinale longue de 20 centimètres 4 grammes de sulfate de soude cristallisé dissous dans 20 grammes d'eau, cette anse contenait, au bout de trois heures, 39 centimètres cubes de liquide. La narcotine, de même que la papavérine et la thébaïne, n'empêche donc pas les courants exosmotiques de l'intestin, ce dont je me suis assuré autrement. J'ai donné plusieurs fois, soit dans le service de G. Sée à la Charité, soit dans d'autres hôpitaux, 5 à 20 centigrammes de chlorhydrate de narcotine à des malades atteints de diarrhées de diverses natures. J'ai fait prendre en ma présence le médicament; or, dans près de 20 cas où je l'ai administré, la diarrhée a été arrêtée une seule fois, ce qu'il fallait nécessairement considérer comme accidentel.

Chez aucun des malades la narcotine n'a paru exercer une action soporifique, ce qui est conforme aux données de Cl. Bernard d'après ses expériences faites sur les animaux. D'un autre côté, elle ne paraît guère être analgésique, ni apte à prolonger l'insensibilité chloroformique. Ainsi, elle n'a point semblé émousser la douleur chez le chien soumis à l'opération de l'anse intestinale.

En résumé : *La narcotine est très-peu toxique et beaucoup moins convulsivante que la thébaïne et la papavérine ; elle n'empêche pas les courants exosmotiques dans l'intestin ; elle n'est pas soporifique, elle ne paraît pas être analgésique ni accroître*

(1) Schroff, *Lehrbuch der Pharmacologie*, 3te auflage (*Manuel de pharmacologie*, 3e édition). Vienne, 1869.

A notre avis, ce sont les universités et les colléges eux-mêmes qui, par la force des choses, modifieront leurs allures. Déjà depuis quelque temps règne une nouvelle effervescence et, comme en 1857, les esprits sont agités. Chaque journal nous apporte quelque désir, nous annonce quelque mesure en vue de réformes plus complètes. Un grand projet d'examen d'État rencontre de plus en plus d'adhésions; on voudrait une réduction des écoles, afin de supprimer celles qui sont reconnues insuffisantes. Les divers corps examinants de Londres se sont réunis en commission pour élaborer un projet qui leur soit commun. Ceux d'Irlande se sont également assemblés pour établir au moins des programmes semblables d'études et d'examens. Enfin, le Medical register qui vient de paraître est depuis quelque temps l'objet de vives critiques; on lui reproche de nouveau ses nombreux titres, ses qualifications surannées, la facilité trop grande de certaines inscriptions accordées à des étrangers, etc., etc.

Bref, tout le monde travaille, s'agite, délibère, et il y a lieu de penser qu'il sortira quelque chose d'utile et de sérieux de toute cette intéressante agitation.

A. Dureau.

Nécrologie. — M. le docteur Thiandière, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, médecin de l'hôpital général de Poitiers, vient de mourir dans cette dernière ville, à l'âge de soixante-cinq ans. Il a légué à l'hôpital dont il a été médecin sa bibliothèque médicale, ses instruments de chirurgie et ses collections scientifiques, pour servir à l'instruction des internes qui se succéderont dans cet établissement.

M. le docteur Thiandière est l'auteur de plusieurs brochures et mémoires, entre autres une brochure sur L'exercice de la médecine en province et a la campagne, et un mémoire fort intéressant sur la création d'hospices cantonaux, idée que vient de reprendre son fils, M. Edmond Thiandière, dans son récent ouvrage ; La Confédération française, forme nouvelle de gouvernement.

l'action du chloroforme. Sa dénomination (de ναρκόω, j'engourdis) est donc défectueuse, puisqu'elle ne produit rien d'appréciable chez l'homme à la dose de 40 centigrammes.

Codéine. — La codéine ($C^{18}H^{21}AzO^{3}$), découverte par Robiquet en 1833, cristallise en octaèdres ou en prismes quadratiques qui n'exigent, pour se dissoudre, que 80 parties d'eau froide et 17 parties d'eau bouillante. Elle est donc le plus soluble des alcaloïdes de l'opium; elle se dissout facilement dans l'alcool et dans l'éther. Cette base, ainsi que ses sels, ont une saveur amère, légèrement acerbe et nullement nauséeuse.

Effets physiologiques. — Ingérée, en une fois, à la dose de 5 centigrammes, dissoute dans l'acide chlorhydrique, la codéine détermine, au bout d'une demi-heure à une heure, quelques symptômes tels que pesanteur de tête, obscurcissement des idées, ainsi qu'une *certaine faiblesse dans les membres inférieurs.* Ces accidents cessent bientôt, mais leur apparition indique que la codéine est plus active que les alcaloïdes précédents. Les pupilles sont très-légèrement contractées; il se produit parfois une congestion de la rétine. Le pouls ne change pas. L'appétit demeure intact; la bouche reste humide comme d'ordinaire; on n'observe ni diarrhée ni constipation.

En effet, la codéine n'est pas anexosmotique. Ayant mis 5 grammes de sulfate de soude pour 15 grammes d'eau, dans une anse intestinale de 25 centimètres de longueur, chez un chien qui avait reçu, sous la peau, 5 à 6 centigrammes de codéine, cette anse contenait, au bout de trois heures et demie, 70 centimètres cubes de liquide.

Prise à la dose de 10 centigrammes, cette substance a déterminé une exagération des symptômes déjà signalés et de plus, d'après Schroff, des nausées et un ralentissement du pouls. Cette substance est donc plus dangereuse pour l'homme que la thébaïne, tandis que, d'après Cl. Bernard et d'après mes expériences conformes à celles de ce grand physiologiste, c'est la thébaïne qui est la plus toxique chez les animaux.

Une observation rapportée par Brard (de Jonzac) (1) semblerait d'ailleurs prouver les effets toxiques de la codéine à haute dose. Un homme âgé de 43 ans avait pris, en vingt-quatre heures, un flacon de sirop de codéine renfermant, dit-on, 12 centig. 5 de cet alcaloïde; quatorze heures après, il mourait dans le coma. Toutefois, pour que cette observation fût rigoureuse, il faudrait posséder des donnés précises sur la qualité et la quantité du principe actif contenu dans la liqueur ingérée. Je ne puis admettre, pour ma part, que la codéine soit toxique chez l'homme à cette dose, car j'ai eu la preuve du contraire; il est indubitable que ce *sirop* dit *de codéine* devait renfermer de la morphine, qui coûte moins cher. Défions-nous donc des produits dont nous ne sommes pas sûrs et qui sont souvent la cause de désaccords entre physiologistes.

La codéine n'est pas soporifique chez l'homme aux doses de 5 à 10 centigrammes, mais elle le devient au delà de ces dernières qu'il est bon cependant de ne pas dépasser. Ces mêmes doses font dormir les chiens; toutefois, d'après les expériences de Cl. Bernard, le sommeil n'est jamais aussi complet que celui qui est produit chez eux par la morphine, et surtout par la narcéine. L'animal a plutôt l'air d'être calme que d'être vraiment endormi; il peut toujours être réveillé facilement, soit par le pincement des extrémités, soit par le moindre bruit qui se fait autour de lui; si le bruit est fort, il tressaille des quatre membres et cherche à s'enfuir. Enfin, lorsque le réveil a lieu, les animaux sont dans leur humeur naturelle; ils ne présentent ni cet effarement ni cette paralysie du train postérieur qui succèdent à l'emploi de la morphine.

La codéine émousse beaucoup moins la sensibilité que la morphine; elle ne rend pas, comme celle-ci, les nerfs paresseux de sorte que, pour les opérations physiologiques, la morphine et surtout la narcéine lui sont de beaucoup préférables. Il en est de même chez l'homme d'après mes recherches : l'inoculation de 1 centigramme de chlorhydrate de codéine dans les cas de névralgies, de sciatique par exemple, ne produit presque aucun apaisement de la douleur.

La quantité des urines n'est pas modifiée sous l'influence de cet alcaloïde.

En résumé : *La codéine est dangereuse chez l'homme à de hautes doses; elle est très-peu soporifique, très-peu analgésique et n'empêche pas les courants exosmotiques.* Elle ne mérite donc pas d'être employée.

Narcéine. — La narcéine, $C^{23}H^{29}AzO^{9}$, a été découverte par Pelletier, en 1832. Elle cristallise en petits prismes allongés et d'un éclat soyeux, peu solubles dans l'eau froide, plus solubles dans l'eau bouillante, très-solubles dans l'alcool et insolubles dans l'éther. La saveur des dissolutions de narcéine et de ses sels est franchement amère.

Effets physiologiques. — D'après Cl. Bernard, la narcéine est la plus soporifique des bases de l'opium, et moins toxique que la thébaïne, la codéine et la papavérine. Le sommeil produit chez les animaux, par exemple, chez un jeune chien qui a reçu 7 à 8 centigrammes de chlorhydrate de narcéine sous la peau, est profond et très-convenable pour les opérations physiologiques douloureuses. Les chiens affaissés dans un sommeil de plusieurs heures ne font aucune résistance. Ce sommeil avait été déjà observé par Leconte, après avoir injecté 10 centigrammes de narcéine dans la veine jugulaire chez un chien de grande taille (1).

Après la publication de Cl. Bernard, divers médecins, parmi lesquels il convient de citer Béhier, Debout, Laborde, essayèrent la narcéine sur l'homme et constatèrent, à des degrés divers, les propriétés annoncées. Mais Schroff, de Vienne, ayant fait quelques expériences sur l'homme sain ou malade, ne put se convaincre des propriétés hypnotiques de cette base.

La vérité se trouve entre ces extrêmes. S'il est démontré, comme j'ai pu m'en assurer en répétant certaines expériences de Cl. Bernard, que la narcéine est plus soporifique chez les chiens que la morphine, il est certain qu'elle l'est beaucoup moins chez l'homme que la morphine qui l'emporte sous ce rapport. Prise aux doses de 10 à 20 centigrammes par l'homme à l'état de veille, elle ne détermine guère le besoin de dormir mais chez les malades qui sont dans le décubitus dorsal, on voit survenir un sommeil prolongé. La narcéine remplace alors avantageusement la morphine ou l'extrait gommeux d'opium; elle produit un sommeil calme et réparateur, suivi d'un réveil éminemment physiologique après lequel on n'éprouve aucun de ces troubles que détermine la morphine, tels que lassitude, perte d'appétit. Des femmes souffrantes et atteintes d'insomnie se trouvèrent si bien du médicament, qu'elles employaient les expressions les plus imagées pour témoigner leur satisfaction.

Brown-Séquard a observé un grand nombre de fois, en Amérique, les effets hypnotiques de la narcéine, qu'il a administrée jusqu'à la dose de 25 centigrammes par jour. Il a constamment remarqué ce sommeil calme et réparateur déjà indiqué, mais moins profond que celui de la morphine donnée à des doses vingt fois moindres. La narcéine est donc soporique chez l'homme, mais moins que chez les animaux.

Non-seulement la narcéine est hypnotique, mais elle est analgésique et anexosmotique.

Chez une femme de vingt-six ans, atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus, et souffrant de douleurs atroces qui la privaient de tout sommeil, on badigeonnait avec du laudanum l'hypogastre, les cuisses qui en étaient toutes jaunes, on injectait même dans le rectum une petite quantité de ce même liquide; mais ces moyens demeuraient infructueux. Je fis alors, dans le vagin, une injection de 50 centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate de narcéine au cinq centièmes. Une heure après, la douleur avait disparu; la malade passa la nuit dans un sommeil complet, et le matin, à mon arrivée à l'hôpital, elle me remerciait avec effusion. Les douleurs revinrent mal-

(1) Société médicale de Jonzac, 1868-1869.

(1) *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1853.

heureusement au bout de trente-six heures; il fallait d'ailleurs s'attendre à leur retour, mais la narcéine les fit disparaître de nouveau.

Les propriétés analgésiques de la narcéine avaient été déjà reconnues par Béhier (1), qui avait employé le chlorhydrate de cette base en injections sous-cutanées, et elles ont reçu naguère une sanction nouvelle dans des expériences faites par Petrini dans le service de ce même médecin à l'Hôtel-Dieu (2). Des sciatiques, des douleurs névralgiques de diverses natures, ont été soulagées et parfois guéries par la narcéine qui, de même que dans mes recherches, s'est montrée parfois supérieure à la morphine.

Cette précieuse substance arrête également la diarrhée. Non-seulement la muqueuse intestinale sécrète moins sous l'influence de la narcéine, mais les muqueuses buccale, pituitaire, et la conjonctive même, subissent une sorte de dessiccation; la soif augmente comme sous l'influence de la morphine. Mais il faut des doses assez fortes, celles de 10 à 20 centigrammes, pour obtenir ces résultats, et la diarrhée n'est pas aussi bien arrêtée que par la morphine ou par l'opium. Toutefois, la narcéine doit être préférée à ces dernières substances chez ceux dont l'appétit est troublé ou qui ont des vomissements, comme chez les phthisiques, que j'ai pu soulager ainsi d'une manière évidente. La narcéine est un diminutif de la morphine, mais elle n'en présente pas les inconvénients. En effet, elle ne détermine ni nausées ni vomissements; elle arrête même ces accidents.

D'après Petrini, même à dose minime (5 milligrammes), le chlorhydrate de narcéine, injecté sous la peau, produit une élévation de la température, augmente la fréquence du pouls et détermine un abaissement de la tension artérielle. Mais ces effets ne sont que passagers; ils n'existent plus une heure après l'injection à la dose indiquée; de plus, on ne les observe pas après l'absorption de cette substance par la voie gastro-intestinale. Cette différence d'action se conçoit d'ailleurs. En effet, lorsqu'elle a été injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, elle passe rapidement dans le torrent circulatoire et produit, par sa présence subite, une sorte de révolte de l'organisme, une surexcitation que j'ai déjà eu l'occasion de signaler après l'injection de l'alcool et que je rappellerai dans l'étude de divers médicaments et poisons, sans qu'elle puisse caractériser ces derniers en aucune manière. Puis, à cette première action succède celle qui résulte des propriétés réellement physiologiques de la narcéine, telle qu'on l'observe après l'ingestion de cette substance dans le tube digestif, c'est-à-dire un ralentissement de la circulation.

La narcéine ne contracte pas ou ne contracte que peu la pupille.

Leconte a publié, en 1852, que la narcéine diminuait notablement l'excrétion urinaire. Il n'en est rien; prise aux doses de 5 à 20 centigrammes, elle n'a jamais produit cet effet.

En résumé : *La narcéine, la plus somnifère des bases de l'opium chez le chien, est beaucoup moins soporifique que la morphine chez l'homme. Elle augmente l'action du chloroforme. Elle est analgésique et anexosmotique.*

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 1864, p. 157.

(2) *Des injections hypodermiques de chlorhydrate de narcéine* (Thèse de Paris, 1871).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 15 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

SQUELETTE HUMAIN DE L'AGE DU RENNE, A LAUGERIE-BASSE (DORDOGNE). Note de MM. *E. Massenat*, *Ph. Lalande* et *Cartailhac*. — Malgré des nivellements plus ou moins récents de la surface, des vestiges de ces occupations successives se montrent çà et là : par exemple, ce sont les traces de l'âge de bronze, avec des résidus de creuset et de charmants petits vases en poterie noire très-fine, ornés de dessins géométriques, identiques avec quelques-uns de ceux du lac du Bourget; ailleurs, c'est un foyer de l'âge de la pierre polie, avec ses ossements d'animaux actuels, ses lissoirs et poinçons d'os, ses haches et surtout ses poteries grossières. La poterie, nous saisissons l'occasion de le dire, n'a jamais été trouvée par les auteurs dans les couches franchement intactes de l'âge du renne.

Les couches quaternaires de l'âge du renne affleurent donc à la surface du talus de Laugerie-Basse. Les fouilles n'offrent pas d'abord de difficultés; les objets les plus beaux, les plus remarquables sculptures et représentations d'animaux ont été trouvés dans ces foyers supérieurs; mais l'explorateur rencontre bientôt des rochers, souvent énormes, détachés de la voûte de l'excavation ou du sommet de l'escarpement. C'est sous un de ces rochers qu'on a trouvé un squelette dont l'attitude montre qu'il a été victime d'un éboulement.

Situé à près de 3 mètres au-dessous de la surface des foyers de l'époque du renne, au-dessous d'une assise de rochers qui pendant toute cette période quaternaire avaient soustrait à toute atteinte ce qu'ils recouvraient, son âge ne peut être un seul instant douteux; en cela il se distingue de la plupart des squelettes humains plus ou moins entiers que l'on regarde comme quaternaires et que l'âge de la pierre polie peut sans doute revendiquer.

COMPOSITION DES OLIVES. — M. *Sacc* adresse, par l'entremise de M. Balard, une note relative aux divers principes contenus dans les olives mûres.

FERMENTS. — M. *Baudet* adresse une note relative au germe des ferments, des cryptogames, et à leur fécondation.

HÉMATOSE. — M. *Ch. Pigeon* adresse une note concernant l'influence de la combustion du sang dans les capillaires, sur sa pénétration et sa circulation dans le système veineux.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. WURTZ.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Nivet* (de Clermont) sur une épidémie de suette miliaire qui a régné, en 1871, dans la commune de Chauriat. — *b.* Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département des Ardennes. (*Commission des épidémies*) — *c.* Un rapport soumis à la Société humanitaire et scientifique du sud-ouest de la France, concernant un instrument dit *pneumoscope* ou *mannequin d'auscultation*, proposé par le docteur *Collongues* pour l'instruction des élèves en médecine. (Renvoyé à M. Roger.)

L'Académie reçoit : *a.* Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *Léon Le Fort*, et renfermant une note sur la théorie et la thérapeutique de la maladie appelée « glaucome aigu » par les ophthalmologistes. (*Accepté*). — *b.* Une lettre de remercîments de M. le docteur Chatelain (de Lunéville), lauréat de l'Académie.

M. *Chauffard* présente : 1° Un TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, par le professeur *Giudice* (de Turin); 2° une brochure de M. le docteur *Yvoren* (d'Avignon), intitulée : LA NOUVELLE BOITE DE PANDORE.

M. *Larrey* présente : 1° le compte rendu général des travaux de l'Académie royale de médecine de Belgique, fait à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de sa fondation, par M. le docteur *Crocq*; — 2° le compte rendu des travaux relatifs aux sciences anatomiques et physiologiques, etc., pendant la période de 1841-1846, par le même; — 3° un ouvrage de M. le docteur *William Mac Cormac*, intitulé : SOUVENIRS D'UN CHIRURGIEN D'AMBULANCE, traduit de l'anglais par M. le docteur *Morache*.

Il y avait aujourd'hui un peu de désarroi à l'Académie. Le président et ses ministres étaient absents et remplacés par un bureau provisoire; M. le président avait été mandé, disait-on, à Versailles; M. le vice-président et M. le secrétaire étaient au Luxembourg, à la réunion du conseil général. Le fauteuil de la présidence a été occupé tour à tour par M. Wurtz et par M. Bussy; M. Vernois remplissait les fonctions de secrétaire, à la place de M. Béclard.

La séance a été courte; mais j'ajouterai qu'elle a été bonne, et nos lecteurs n'en seront pas étonnés lorsqu'ils sauront que c'est M. *Verneuil* qui en a fait presque tous les frais.

La trachéotomie pratiquée avec le galvano-cautère. — L'honorable professeur a lu la relation très-intéressante d'une trachéotomie pratiquée sur un homme de trente-huit ans, et atteint depuis peu d'une sorte de laryngite spasmodique qui provoquait de fréquents et violents accès de suffocation menaçants pour la vie. Toutes les ressources de la thérapeutique médicale ayant échoué, malgré les soins dévoués de M. le docteur Sirugues et les savants conseils de M. le professeur Axenfeld, M. Verneuil, pressé par l'urgence, se décida à intervenir chirurgicalement et à ouvrir la trachée. Ce ne fut pas sans de longues hésitations, et sans avoir mûrement réfléchi à tous les dangers dont la trachéotomie chez l'adulte est entourée : lésion du plexus thyroïdien, hémorrhagies abondantes, incoercibles et promptement mortelles, épanchement de sang dans les voies respiratoires, pénétration de l'air dans les veines. Tout ce lugubre cortége d'accidents graves qui escorte le plus souvent l'ouverture de la trachée inspirait à M. Verneuil de légitimes appréhensions.

Il chercha donc un procédé capable de prévenir ou d'éviter tous ces périls; et, dans cette pensée, il eut recours à l'emploi, nouveau dans l'espèce, du galvano-cautère. Afin de ne rien omettre dans la description de cette délicate et remarquable opération, nous passons la parole à M. Verneuil lui-même :

« Je visai, dit-il, attentivement la ligne médiane du cou, et portai, au niveau présumé de l'anneau cricoïdien, la pointe du couteau galvanique, chauffée au rouge sombre à l'aide d'une pile système Grenet, perfectionnée et rendue aisément maniable et portative. L'instrument, modérément appuyé et lentement conduit, pénétra facilement dans la peau. Je pratiquai doucement, de haut en bas, la section complète des téguments dans l'étendue de 3 centimètres environ. Le couteau réchauffé fut reporté dans l'angle supérieur de la plaie. Je pressai là, quelques secondes, jusqu'à la rencontre d'une résistance; puis, comme précédemment, je descendis peu à peu, sans pénétrer profondément, ni atteindre tout à fait l'angle inférieur. J'avais ainsi divisé l'aponévrose et séparé les muscles hyo- et thyro-hyoïdiens, dont les bords internes libres se distinguaient facilement. Je reportai une troisième fois le cautère dans la même direction et avec la même lenteur. Je laissai le couteau quelques secondes en place, je fis appliquer les crochets latéraux et m'arrêtai un instant pour explorer la plaie. Je reconnus sans peine avec l'œil et le doigt le cartilage cricoïde et les anneaux supérieurs de la trachée...

» Choisissant le moment où le larynx était abaissé, j'appliquai la pointe du couteau galvanique sur l'espace qui sépare le cartilage cricoïde du premier anneau trachéal. Lorsque je sentis la résistance vaincue, je reportai l'instrument plus bas et perforai de même la seconde membrane interannulaire; puis je divisai le deuxième anneau cartilagineux... J'introduisis dans l'incision trachéale la pince dilatatrice, et, trouvant l'orifice trop étroit, je divisai avec le bistouri boutonné le premier anneau de la trachée, réunissant ainsi les deux ponctions faites avec le fil de platine. La dilatation me paraissant suffisante, je plaçai dans la trachée la canule, qui ne détermina ni toux, ni suffocation, ni agitation... L'opération se fit sans effusion de sang. Le malade guérit. »

Cette communication est suivie d'une courte discussion qu'on trouvera résumée et appréciée plus haut (page 260).

M. le *Président* annonce enfin que la discussion sur le choléra est à l'ordre du jour; il invite les orateurs, qui auraient l'intention de prendre part aux débats, à se tenir prêts et à se faire inscrire.

A. Linas.

Société de chirurgie

Séance du 6 mars 1872. — Présidence de M. Dolbeau.

Tumeur fibro-plastique des grandes lèvres; des opérations chez les femmes grosses. Combien de temps après l'accouchement peut-on faire une opération sanglante sur les organes génitaux? — Anévrysme cirsoïde de la région auriculo-temporo-mastoïdienne gauche.

M. *Tarnier* présente une tumeur enlevée sur une jeune femme de son service. La malade en fait remonter le début à cinq ans. Au mois de mars 1871, cette tumeur était grosse comme un œuf de poule. Alors survint une grossesse, et la tumeur s'accrut rapidement. Le 15 novembre 1871, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle était indolore, limitée à la grande lèvre droite, sans prolongement du côté du bassin, sans pédicule adhérent aux os. Consistance molle. Il sembla à M. Tarnier qu'une opération faite pendant la grossesse pourrait être dangereuse, que l'accouchement se ferait sans difficulté, et que le plus sage était d'attendre.

L'accouchement eut lieu le 19 janvier 1872, sans accidents. La tumeur diminua de moitié, puis resta stationnaire. Quand tout écoulement lochial eut cessé, M. Tarnier enleva la masse morbide. L'opération fut des plus simples.

M. *Blot* insiste sur l'atrophie de la tumeur après l'accouchement, et sur l'utilité qu'il y a à attendre que les femmes aient accouché pour les opérer de tumeurs existant pendant la grossesse.

M. *Tarnier* est tout à fait d'avis qu'il ne faut pas toucher aux tumeurs de la vulve pendant la grossesse. Si l'on coupe des végétations, on s'expose à des hémorrhagies graves et à des avortements.

Ce n'est point l'opinion de M. *Desprès*, qui a enlevé par excision des végétations énormes de la vulve chez des femmes enceintes qui n'ont point avorté; seulement, comme le sang coule en grande abondance, il fait l'opération en deux ou trois séances.

M. *Chassaignac* ne voudrait point voir poser de règles absolues; il a enlevé sans accidents des végétations chez des femmes enceintes au moyen de l'écraseur linéaire.

M. *Forget* demande à quelle date, après l'accouchement, il convient de pratiquer une opération sanglante dans les organes génitaux, sans qu'on ait à craindre l'influence de l'état puerpéral sur la plaie et la cicatrisation?

Jusqu'à quel point, dit M. *Depaul*, peut-on opérer les femmes grosses? Les anciens accoucheurs avaient reconnu qu'il y avait des accidents sérieux à craindre : les hémorrhagies et l'avortement. D'une manière générale, il ne faut point opérer les femmes enceintes; mais M. Depaul ne nie point que dans certains cas on puisse enlever une tumeur gênante pendant la grossesse. Quant aux végétations, elles s'atrophient et disparaissent généralement après l'accouchement.

M. *Verneuil* pense qu'il faut attendre au moins deux mois après l'accouchement pour opérer; des opérations réparatrices pratiquées sur la vulve après un mois ou six semaines ont échoué. Valette (de Lyon) a écrit qu'on peut opérer sans danger les femmes enceintes; un élève de M. Verneuil, M. Petit, a émis dans sa thèse des idées entièrement opposées.

Selon M. *Trélat*, il ne faut opérer les femmes enceintes qu'en cas de grave urgence. Pour ce qui est du moment propice après l'accouchement, il pense que c'est de trois à six mois après les couches qu'on doit opérer.

Il faudrait savoir, dit M. *Guéniot*, quelles opérations on peut pratiquer pendant la grossesse, et si le danger existe indifféremment pour les opérations sur le vulve et les opérations sur le reste du corps.

— M. *Labbé* présente une malade atteinte d'un anévrysme cirsoïde de la région auriculo-temporale gauche, présentant un volume considérable. A l'âge de cinq ans, une hémorrhagie grave s'est déclarée dans cette région ; un médecin appliqua une ligature pour amener la chute d'une tumeur grosse comme une cerise. Jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, pas de nouvelle hémorrhagie ; mais il se forma une dilatation artérielle au niveau du pavillon de l'oreille, de la région temporale, de la région mastoïdienne. La malade entend une sorte de bruit de rouet assez intense qui n'a pas cessé depuis cette époque. A ce moment survint une hémorrhagie des plus graves, difficilement arrêtée. Aujourd'hui la malade a trente-trois ans, et la tumeur a acquis un volume considérable. Battements perceptibles au toucher et à la vue ; bruit de souffle intermittent et doux ; de gros vaisseaux soulèvent la peau. M. Labbé a l'intention de recourir aux injections de perchlorure de fer, après avoir établi préalablement une compression sur tout le pourtour de la tumeur.

SÉANCE DU 13 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

DE L'OPPORTUNITÉ DES OPÉRATIONS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES NOUVELLES ACCOUCHÉES. — ÉPISPADIAS AVEC EXSTROPHIE DE LA VESSIE. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. *Tarnier* annonce à la Société que la tumeur présentée par lui dans la dernière séance a été examinée par M. Vulpian. Cette tumeur était formée de tissu fibro-plastique.

La discussion continuant sur l'opportunité des opérations chez les femmes enceintes, M. *Després* apporte des documents précis relatifs aux opérations qu'il a pratiquées. Il a enlevé chez six malades, grosses de trois à sept mois, des végétations énormes sans accidents. Il a ouvert des abcès de la glande vulvo-vaginale chez deux autres femmes qui n'ont pas avorté. Aussi, d'après ces faits et ceux de M. Chassaignac, M. Després pense que l'on ne doit pas proscrire chez les femmes grosses les ablations de végétations gênantes.

Chez les nouvelles accouchées, M. *Boinet* trouve qu'il y a avantage à suturer immédiatement les déchirures du périnée.

M. *Tarnier* reconnaît que les opérations d'urgence peuvent être pratiquées sur les femmes enceintes ; mais les unes seront innocentes, tandis que d'autres seront suivies d'hémorrhagie et d'avortement. Quant aux végétations, souvent elles tombent seules après l'accouchement, et d'ailleurs la poudre de tannin les dessèche au point de les rendre peu gênantes. Il a opéré sa malade quarante-cinq jours après les couches, alors que tout écoulement lochial avait disparu ; peut-être a-t-il opéré un peu tôt.

M. *Blot* fait une distinction au sujet des ruptures du périnée : les unes ne comprennent que la peau et guérissent seules ; les autres comprennent les parties profondes, et dans ce cas l'opération hâtive a peu de chance de succès.

M. *Verneuil* donne le résumé d'une discussion qui eut lieu en décembre 1871 à la Société des sciences médicales de Lyon, à l'occasion d'une observation communiquée par M. Poncet. Il s'agissait d'une femme de vingt-sept ans, ayant eu déjà deux accouchements à terme et sans accidents. Elle entra à l'hôpital pour une ostéo-arthrite du pied gauche datant de douze ans. Amputation sus-malléolaire le 18 novembre par M. Ollier. Le 26 novembre, apparition d'un érysipèle. Le 4 décembre, expulsion d'un œuf de deux mois et demi. L'avortement a eu lieu quatorze jours après l'opération et ne peut être attribué ni au choc traumatique, ni à la fièvre traumatique, qui a été légère : il a été causé par l'érysipèle agissant à la manière des fièvres éruptives. Dans la discussion qui suivit cette communication, les avis furent partagés sur la cause de l'avortement ; mais l'opinion de M. Poncet sembla prévaloir, et M. Verneuil l'adopte volontiers.

En ce moment même, M. Verneuil a dans son service une malade qui, sauf la nature de la lésion, se rapproche de celle de M. Poncet. Une femme, enceinte de trois mois, fut blessée par les éclats d'une machine à vapeur. A son entrée à l'hôpital, le 6 février, onze jours après l'accident, elle présentait une contusion étendue de la moitié gauche du ventre et de la fesse, un épanchement sanguin abondant ; une vaste eschare existait à la fesse et à la région sacrée et était soulevée par une collection de liquide. L'eschare se détacha le 11 février ; le 13, un érysipèle se déclara, et le 15 la malade avorta. Elle est aujourd'hui en voie de guérison.

— M. *Labbé* présente un petit malade atteint d'épispadias avec exstrophie de la vessie, et demande s'il n'y a pas lieu de tenter immédiatement l'opération.

M. *Dolbeau* croit qu'il faut opérer, et qu'il est urgent de recouvrir d'abord l'exstrophie vésicale.

— M. *Dolbeau* présente un bandage pour la hernie ombilicale et dont la ceinture est de caoutchouc, de façon à produire une pression continue sur la hernie. Ce bandage a été fait par M. Collin. On sait combien il est difficile de maintenir les bandages de l'ombilic ; le ventre change constamment de volume, sa forme varie suivant les attitudes du malade ; telles sont les difficultés de la contention parfaite et tolérable. Cet appareil, d'après les observations de M. Dolbeau, est destiné à rendre beaucoup de services dans la pratique.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'embolie des artères mésentériques. Études critiques et bibliographiques, par le docteur H. MOLLIÈRE.

L'auteur de ce travail a eu pour but de réunir des documents relativement nombreux qui ont une importance réelle dans l'étude des ulcérations intestinales, et dans l'histoire encore si obscure des hémorrhagies intestinales.

Après avoir montré que l'athérome et l'anévrysme n'ont été observés qu'exceptionnellement dans les artères mésentériques, M. Mollière examine les faits expérimentaux ou cliniques qui peuvent servir à l'histoire pathogénique ou symptomatique des embolies et des thromboses de ces artères, ces deux lésions ne pouvant, d'ailleurs, être séparées l'une de l'autre.

Les expériences de Panum, Prévost et Cotard, Lefeuvre, Feltz, prouvent que l'embolie peut être déterminée expérimentalement dans les artères mésentériques, s'accompagnant des trois périodes d'anémie, d'hyperémie et d'hémorrhagie consécutive ; en outre des ulcérations dans la muqueuse gastro-intestinale.

Les observations cliniques sont assez nombreuses, M. Mollière en rapporte 12, empruntées à Virchow, Bechmann, Klob, Cohn, Kussmaul, Feltz, Hermann, Lefeuvre, Lancereaux, il rappelle, en outre, les observations d'ulcères du duodénum signalées par Curling, et dont Vertheim attribue la cause à des embolies capillaires.

L'analyse clinique de ces observations, faite par M. Mollière, mérite d'être résumée.

Dans tous ces faits, les altérations cardiaques sont le point de départ des caillots migrateurs, c'est toujours une endocardite ulcéreuse ou une endomyocardite, des caillots anciens ou des dépôts fibrineux venant du ventricule gauche ou de l'aorte qui donnent naissance à des embolies. Parmi les symptômes les plus constants, l'ascite et des signes de péritonite légère sont signalés dans presque tous les cas. La diarrhée n'a jamais manqué, mais les symptômes les plus importants ont été signalés par Gerhardt et Kussmaul. Le premier déclare que l'hémorrhagie intestinale est le seul symptôme qui puisse faire diagnostiquer une embolie mésentérique, quand il

existe une source d'embolie dans le cœur, l'aorte ou les veines pulmonaires, et lorsqu'il n'y a pas de lésion idiopathique des tuniques intestinales, ainsi qu'un obstacle à la circulation de la veine porte.

Kussmaul ajoute les symptômes suivants : abaissement notable et brusque de la température, douleurs abdominales qui peuvent simuler des coliques et être très-violentes, tension du ventre et tympanite, selles abondantes et épanchement intra-péritonéal, odeur gangréneuse des évacuations. L'état du sang expulsé, surtout quand il s'écoule d'une manière continue, fournit le principal indice pour reconnaître quelle est l'artère mésentérique affectée; s'il est décomposé, l'embolie doit siéger dans la mésentérique supérieure, s'il est frais, au contraire, c'est l'inférieure qui est par là désignée. Le siége de la douleur pourra concourir à la même solution : ainsi, dans un cas d'embolie mésentérique rapporté par Hochard, le malade se plaignait de démangeaisons et de brûlure à l'anus, tandis que dans l'obstruction de la mésentérique supérieure, la douleur se rapproche plutôt de l'embolie.

On voit que l'étude clinique et pathogénique des embolies intestinales n'est pas encore terminée. (*Lyon médical*, n°s 25 et 26, 1871.)

De la ponction dans l'anasarque, par le docteur HANDFIELD JONES.

M. le docteur Handfield Jones fait une simple ponction aux mollets des deux jambes avec un fin trocart, enlève les stylets et laisse la canule en place pendant plusieurs heures. Dans une de ses opérations, il a extrait ainsi soixante onces de liquide de la jambe droite et dix seulement de la jambe gauche, probablement, croit-il, parce que dans cette jambe la canule n'était pas en contact avec le tissu cellulaire sous-cutané. Dans une semblable opération, chez le même homme, trois jours après, il enleva cent vingt onces de fluide en outre d'une assez grande quantité qui s'écoula par les ouvertures précédemment faites. M. le docteur Jones recommande de faire asseoir le malade; on favorise ainsi l'écoulement du liquide. M. Cooper Forster demande à M. Jones si l'avantage de l'opération est dû selon lui à la piqûre unique ou à l'espèce d'instrument employé; il craint que si la canule est laissée trop longtemps elle n'amène une irritation. M. Duckworth croit qu'une simple incision vaut mieux que plusieurs; il fait toujours l'incision près de la malléole externe. M. Halton Fagge dit qu'on emploie souvent à *Guy's hospital* les ponctions multiples. Il considère comme une condition importante d'huiler entièrement la peau autour de la ponction pour prévenir le contact de la peau par le liquide épanché. M. le docteur Gull, président, dit qu'il faut tenir compte des causes de l'anasarque; quand l'anasarque dépend d'une maladie du cœur, la ponction soulage le malade, mais elle produit peu d'effet dans le cas de maladie de Bright. (*Archives médicales belges*, décembre 1871.)

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — *Assemblée générale du 7 avril.* — La séance a été ouverte par un rapport de M. Gallard sur le résultat du scrutin qui a eu lieu, le 10 mars, dans les sociétés agrégées, pour l'élection du président de l'Association. Le nombre total des votants n'a été que de 1442, répartis entre 84 sociétés; 8 sociétés n'ont pas voté et l'on n'avait pas reçu encore les procès-verbaux de 5 autres. La majorité ne pouvant pas être déplacée par le vote, quel qu'il soit, de ces 5 sociétés, M. Tardieu, qui a obtenu 1003 suffrages, a été proclamé président aux applaudissements de l'assemblée. Il a aussitôt pris la parole et prononcé un discours dirigé principalement contre « un sentiment de méfiance de la province contre Paris » qui a atteint, paraît-il, une certaine partie de l'Association. Ce discours a provoqué l'expression de chaleureuses et bruyantes sympathies.

On a entendu ensuite le rapport de M. Brun sur la situation financière de la Caisse générale et de la Caisse des pensions viagères. Sauf le peu d'empressement des sociétés locales à concourir à l'accroissement du capital de la Caisse des pensions viagères (23 seulement ont versé des fonds), la situation est bonne. Total de l'avoir de l'Association : 284 623,77.

Puis M. le secrétaire général a exposé, comme de coutume, la situation générale de l'œuvre. Il s'est appliqué, lui aussi, à écarter les causes de dissentiment qui travaillent l'Association, et répondu, d'un côté, à ceux qui voudraient la réduire à une œuvre de bienfaisance; de l'autre, à ceux qui lui reprochent de *ne pas faire assez*.

Enfin M. Jeannel a lu un rapport, assez mal accueilli, au dire de l'UNION MÉDICALE, par l'Assemblée, et relatif à l'institution du concours pour les places et fonctions médicales; et M. Guerrier, membre du conseil judiciaire de l'Association, un rapport relatif à l'exercice illégal de la médecine.

Le lendemain, *8 avril*, l'Association a tenu une seconde séance, dont voici le programme : 1° Rapport de M. de Latour *sur un projet de sécession de la Société de Tarn-et-Garonne;* 2° Rapport de M. Gallard sur *la révision des statuts de l'Association générale;* 3° Rapport de M. Brun sur la *réglementation des secours accordés par le conseil général aux sociétés locales ;* 4° Proposition de *renvoyer à l'année prochaine la discussion sur le rapport ci-dessus indiqué de M. Jeannel* (adopté); 5° Rapport de M. Bardy-Delisle sur un vœu de M. Aquillon, *tendant à ce que les fonctions du médecin assermenté près les administrations publiques soient abolies;* 6° Rapport de M. Hérard sur *l'inspectorat des eaux minérales*, et concluant au maintien de l'inspectorat.

MM. Bardinet, Halleguen, H. Roger, Bardy-Delisle et Gallard ont été réélus membres du conseil général, et M. L. Gros a été élu en remplacement de M. Laugier.

— Les dons et legs suivants viennent d'être faits à l'Association générale : M. Blache, legs de 2000 fr.; — M. Larrey, don de 100 fr.; — M. Ricord, don de 500 fr.; — M. Léon Gros, don de 300 fr.; — M. Gouillot (de Vouziers), don de 100 fr.; — MM. Battura et Henri Roger, don de 50 fr.; — M. Brun, don de 100 fr.

ACADÉMIE DE PARIS. — Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de pathologie chirurgicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur; 3° une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux. Le registre d'inscription sera clos le vendredi 10 mai, à trois heures.

ALCOOLISME. — La discussion sur le projet de loi relatif à la répression de l'ivresse, a eu lieu mardi, 23 avril, à l'Assemblée nationale. Ont été adoptés les articles suivants :

Art. 1er. — Seront punis d'une amende de 1 à 5 fr. inclusivement ceux qui seront trouvés en état d'ivresse manifeste dans les rues, chemins, places, cafés, cabarets ou autres lieux publics.

Les articles 474 et 483 du code pénal seront applicables aux contraventions indiquées au paragraphe suivant.

Art. 2 (amendement de M. Bienvenne). En cas de nouvelle récidive, c'est-à-dire pour le troisième fait d'ivresse publique, en cas de nouvelle récidive, conformément à l'article 483, dans les douze mois qui auront suivi la deuxième condamnation, l'inculpé sera traduit devant le tribunal de police correctionnelle et puni d'un emprisonnement de six jours à un mois, et d'une amende de 16 à 300 fr.

Quiconque ayant été condamné en police correctionnelle, pour ivresse, depuis moins d'un an, se sera de nouveau rendu coupable du même délit, sera condamné au maximum des peines indiquées au paragraphe précédent, lesquelles pourront être élevées jusqu'au double.

Art. 3. — Toute personne qui aura été condamnée deux fois en police correctionnelle pour délit d'ivresse manifeste, conformément à l'article précédent, sera déclarée par le second jugement incapable d'exercer les droits suivants :

1° De vote et d'élection ;

2° D'éligibilité ;

3° D'être appelée ou nommée aux fonctions publiques, ou aux emplois de l'administration ou d'exercer ces fonctions ou emplois ;

4° De port d'armes, pendant deux ans à partir du jour où la condamnation sera devenue irrévocable.

Les articles 4 et 5 ont été renvoyés à la commission et la discussion continue.

Recensement en Prusse. — Le bureau de statistique de Berlin vient de communiquer les résultats, en ce qui concerne la Prusse, du recensement accompli le 1er décembre dernier dans l'empire allemand. Cette opération a constaté l'existence de 12 051 232 individus du sexe masculin, et de 12 490 776 personnes de l'autre sexe; total, 24 642 386 habitants, répartis en 2 901 094 maisons occupées par 5 152 890 ménages. Le recensement exécuté le 3 décembre 1867 avait accusé une population de 23 971 337 habitants. L'augmentation est de 2,80 p. 100 en moyenne, dit la *Gazette de Cologne*. C'est la province de Brandebourg qui présente la plus forte augmentation, 2 863 509 contre 2 716 022 en 1867, c'est-à-dire 1,39 p. 100 d'accroissement.

Vient ensuite la province de Westphalie, avec une augmentation de 3,96 p. 100; la province Rhénane, 3,57 p. 100; la Silésie, 3,39 p. 100; Posen, 3,01 p. 100; le territoire de Jade, 2,40 p. 100; la Saxe, 1,77 p. 100; la Prusse, 1,50 p. 100; la Hesse-Nassau, 1,48 p. 100; Hohenzollern, 1,44 p. 100; le Schleswig-Holstein, 1,43 p. 100; le Hanovre, 1 p. 100; la Poméranie, 0,98 p. 100.

Les résultats définitifs du recensement ne seront pas connus avant le mois de décembre de l'année courante, le dépouillement des cartes devant durer jusqu'à cette époque.

Légion d'honneur. — Par décrets du Président de la République, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent :

(Suite. — Voyez le numéro 15.)

Bonnefond (Louis-Bernard Auguste), médecin à l'hôpital de Longwy.— Brevais (Henri-Victor), médecin attaché à la 2e ambulance lyonnaise.— Brouardel (Paul-Camille-Hippolyte), médecin requis, chef de l'ambulance de la rue Sainte-Marie, 5, à Grenelle. — Bruch (Édouard), médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise.—Buisson (Adrien-Stanislas), médecin chargé du service de santé militaire à Évreux. — Caresme (Aimé-Albert), médecin-major auxiliaire au 60e régiment de marche. — Cazeneve de la Caussade (Jean-Jacques), médecin au Comité de secours aux blessés militaires dans la Gironde. — Cazin, médecin à Boulogne-sur-Mer. — Chapplain, chirurgien en chef de l'hôpital de Marseille. — Crespy (Vincent), médecin à Metz. — Crolas (Ferdinand), pharmacien de première classe, attaché à la 1re ambulance lyonnaise.— Culmann, médecin à Forbach. — Degott (E.), médecin attaché aux ambulances du Polygone et de la Maternité, à Metz. — Dime (François), ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Dourif (Guillaume-Henri), médecin à Clermont-Ferrand.—Dusseris (François-Adolphe), médecin à diverses ambulances, à Paris. — Ehrmann (Jules), chirurgien de l'hôpital de Mulhouse. — Féréol (Louis-Félix-Henri), médecin à l'hospice de la Charité et à l'ambulance de la rue de Sèvres, à Paris. — Fesq (Antoine), médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac. — Fiaux (Félix-Gaspard), médecin à l'ambulance de la rue de Penthièvre, à Paris. — Firmin (François), médecin attaché à l'ambulance de l'Hôtel-Dieu de Paris. — Galezowski (Xavier), médecin à l'ambulance de Saint Gervais, à Paris. — Guichard (Pierre), médecin aux ambulances de la Société de secours aux blessés, à Paris.— Lacour (Antoine), médecin aux ambulances de Lyon. — Lahillonne, ancien capitaine d'artillerie, médecin à Paris. — Lafabrègue (Pierre-François-René), directeur à l'Assistance publique, à Paris.— Lancereaux (Eugène), médecin à l'hôpital de Penthièvre, à Paris. — Laroyenne, second chirurgien de la 1re ambulance lyonnaise. — Laugier (Maurice), chirurgien aux ambulances volantes des armées du Rhin et de Paris. — Ledru (Eugène), médecin à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.—Lemaire (Louis), médecin à l'ambulance du Louvre, à Paris. — Le Plé (Amédée), médecin-major de la garde nationale mobile de la Seine-Inférieure. — Leriché (Alexandre), ex-médecin militaire, attaché à diverses ambulances à Paris. — Levrat (Francisque), médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise. — Lombard, médecin-major de 2e classe du corps de l'artillerie de l'armée des Vosges. — Lortet (Louis), médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise. — Marcet (Adolphe), médecin à l'ambulance du Mont-Valérien.—Morel (Achille), médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir). — Pernot (Charles), médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise, — Quarante (Pierre-Lucien), médecin-major à Metz. — Rémy (Louis-Benoît), maire et médecin de Saint-Avold. — Revillout fils (Victor-Alfred), médecin aux ambulances des Missions étrangères, à Paris. — Sedoul (Louis), médecin cantonal à Wœrth. — Schauch (Jean-Baptiste), médecin à la 2e ambulance lyonnaise.— Schneider (Félix), médecin attaché aux ambulances de Thionville.— Soulignoux (Michel-Léon), médecin à Vichy. Tarnier, chirurgien à la Maternité, attaché à plusieurs ambulances, à Paris. — Viennois, médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise. — Vio-Bonato, médecin attaché à l'ambulance du Théâtre-Italien, à Paris. — Laguerre, médecin du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement de Paris. — Malterre, ex-chirurgien-major du 66e bataillon de la garde nationale de la Seine. — Bacqnias, médecin à Troyes (Aube). — Métaxas, médecin à Marseille (Bouches-du-Rhône). Valude. médecin à Vierzon (Cher). — Galopin, médecin à Illiers (Eure-et-Loir). — Moussous, médecin en chef de la maison de santé protestante de Bordeaux (Gironde). — Hybord, médecin à Meung (Loiret).—Viguès, médecin à Saint-Sauveur-le-Vicomte (Manche). — Sergeant, médecin à Neauphle-le-Château (Seine-et-Oise).

— *Hôpital des Enfants-Malades*. — M. le docteur Henri Roger, professeur agrégé de la Faculté, recommencera le *Cours clinique des maladies des enfants* (semestre d'été), le samedi 27 avril. Visite des malades et exercices cliniques tous les jours à 8 heures et demie. — Leçon à l'amphithéâtre le samedi.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 13 au 19 avril 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 5.— Rougeole, 25. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 13. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 67. — Dysentérie, 4. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 218. — Affections chroniques, 334 (1). — Affections chirurgicales, 55. — Causes accidentelles, 27. — Total, 825.

(1) Sur ce chiffre de 334 décès, 173 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant*.

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

De l'influence des progrès des sciences sur la thérapeutique. Étude des connaissances cliniques et pharmacologiques nécessaires au traitement des maladies, par le docteur Derlon. 1 vol. in-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 3 fr.

Des conditions de l'élévation de la température dans la fièvre, par le docteur Ed. Weber (de Mulhouse). In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr.

Les microzymas, ce qu'il faut en penser, par le docteur Caizergues. 1 vol. in-8°, accompagné de 5 planches microscopiques. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 3 fr. 50

Étude sur la variole. Épidémie 1870-71 observée à l'hôpital cantonal de Genève, par le docteur Revilliod. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 1 fr. 50

Pathogénie de l'infiltration de l'urine, par le docteur Muron. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr.

Des kystes des parties molles de la jambe, par le docteur Paul Lafitte. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr.

Avantages de la dépresso-reclinaison et des divers procédés opératoires à l'aiguille dans le traitement de la cataracte, par le docteur Aimable Cade. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 0 fr. 50

De la liberté humaine considérée dans la vie intellectuelle et dans ses rapports avec le matérialisme, par le docteur Ch. Losmans. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 0 fr. 50

Pneumonies et fièvres intermittentes pneumoniques avec tracés thermographiques, par le docteur Armaingaud. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 2 mai 1872.

De la thoracocentèse capillaire et des appareils aspirateurs.

La thoracocentèse est en ce moment à l'ordre du jour. L'Académie de médecine a consacré sa dernière séance à l'étude de cette question ; la Société médicale des hôpitaux s'en occupe également. Il est intéressant de résumer les différentes opinions qui se produisent à ce sujet, et de dégager les résultats qui paraissent définitivement acquis.

C'est une des gloires de Trousseau d'avoir réhabilité la thoracocentèse, d'avoir démontré son innocuité, vulgarisé son emploi. Avant lui, l'opération était réservée pour les cas graves où l'asphyxie était imminente. On attendait pour la pratiquer que le malade eût épuisé toutes les autres chances, et nul n'aurait formulé un blâme sérieux contre le médecin qui, dans ces cas extrêmes, aurait reculé devant une opération jugée fort dangereuse.

Trousseau modifia complétement sur ce point les opinions de ses contemporains. Les thoracocentèses se multiplièrent dès que leur innocuité fut parfaitement reconnue ; et toutes les fois qu'un épanchement assez abondant pour compromettre la vie du malade résistait aux traitements médicaux appropriés, on n'hésita plus à le ponctionner. Les médecins se familiarisèrent rapidement avec cette opération qui devint en quelque sorte banale.

Cependant, et quoi qu'on en ait dit, si les médecins pratiquaient volontiers la thoracocentèse, les malades ne l'acceptaient pas habituellement sans difficultés. Ce fut toujours, surtout dans la pratique civile, une véritable opération, à laquelle le patient ne se résignait pas sans être convaincu de son absolue nécessité, et quand, par suite de la reproduction de l'épanchement, la ponction devait être renouvelée, les résistances étaient quelquefois invincibles. Les exemples ne feraient pas défaut.

Ce fut pour rendre la thoracocentèse plus acceptable qu'on eut l'idée, il y a quelques années, de la pratiquer avec un trocart de très-petit calibre, et, pour plus de facilité, d'anesthésier par un jet d'éther le point choisi pour la piqûre. On pouvait de cette manière la pratiquer chez les sujets les plus pusillanimes, et, ce qui était peut-être plus important, la renouveler plusieurs fois, sans résistance sérieuse de la part du patient.

L'idée d'aspirer des liquides à travers des trocarts véritablement capillaires et dont on peut réduire le calibre à celui des aiguilles réservées pour les injections sous-cutanées, fut un progrès réel. Quel que soit le procédé employé pour l'aspiration, l'idée véritablement nouvelle, utile, consiste dans la combinaison de l'aspiration et de la ponction capillaires. Les applications sont très-variées : épanchements pleuraux ou péricardiques, kystes de diverses natures, collections séreuses articulaires, ponctions exploratrices, etc. Il y a là un vaste champ à parcourir et les explorateurs n'y font pas défaut. Il n'est que juste d'attribuer à M. le docteur Dieulafoy la large part qui lui revient dans cette question.

Si nous ne parlons pas en ce moment des travaux bien antérieurs de M. Jules Guérin, c'est qu'ils ne se rapportent pas aux ponctions par trocarts capillaires que nous avons ici uniquement en vue. Certains appareils d'aspiration découlent directement de ceux qu'il employait depuis longtemps.

Les médecins ont été frappés des avantages que nous signalons, et dans ces derniers temps la multiplicité des appareils qui ont été proposés a montré que l'attention était vivement appelée sur ce point de thérapeutique.

Dans la dernière séance de la Société des hôpitaux, M. Ténot proposait deux appareils ingénieux destinés à faire facilement le vide dans un récipient qu'on pouvait mettre en communication avec l'épanchement.

On trouvera plus loin la description complète de l'appareil de M. Regnard, appareil d'une simplicité extrême, d'un jeu sûr et précis, qui a fonctionné maintes fois dans divers services, notamment dans ceux de MM. les docteurs Potain et Lorrain, que j'ai déjà plusieurs fois employé moi-même et qui m'a donné des résultats très-satisfaisants.

M. le professeur Béhier a présenté à l'Académie (séance du 30 avril) un appareil de M. Castiaux, dont on trouvera également la description dans notre compte rendu. Cet appareil, fort bien construit, d'un prix modéré, fonctionne bien et sans complication.

M. Béhier a montré en même temps des trocarts nouveaux, disposés de manière à mettre obstacle à l'accès de l'air dans la poitrine. Leur avantage principal est de permettre à l'opérateur de retirer la pointe, une fois l'instrument introduit. On ne laisse point ainsi dans la poitrine une aiguille qui pourrait blesser le poumon. L'un de ces trocarts, fabriqué sur les indications de M. Béhier, présente une disposition ingénieuse qui permet de le déboucher ou de dégager son orifice, s'il y a lieu.

Tous ces appareils ont pour but d'aspirer le liquide pleural à travers un tube capillaire. Le vide nécessaire peut s'obtenir par une simple seringue (appareil Dieulafoy), munie de robinets à double effet. On l'obtient également dans des récipients, soit par la condensation de la vapeur (appareil Regnard et Ténot), soit par une pompe pneumatique (appareil Castiaux).

D'une manière générale, les appareils dont le jeu exige l'emploi de seringues ou de pompes dont les garnitures peuvent s'altérer facilement, ont un désavantage sur les appareils dans lesquels on obtient le vide par condensation de la vapeur.

Ceux-ci sont plus simples, beaucoup moins dispendieux. Avec quelques précautions on évite tous les accidents tenant à la tension de la vapeur; le récipient peut casser au moment où on la chauffe, comme tous les vases de verre; mais il suffit d'en avoir le rechange; leur prix est insignifiant. Pour le praticien de province ils présentent donc des avantages incontestables; pour la pratique parisienne, les appareils à vide pneumatique sont d'un maniement et d'une commodité parfaits.

A propos de cette présentation, M. le professeur Béhier a fait ressortir successivement les avantages multiples des nouveaux procédés de thoracocentèse par aspiration. Nous les avons déjà exposés ailleurs, et ce n'est pas sans quelque plaisir que nous les voyons recommandés par une parole bien autrement autorisée.

La dimension très-atténuée des trocarts est déjà un avantage que les médecins placeront au second rang, mais que les malades apprécieront tout autrement. Grâce à eux, la thoracocentèse peut devenir une opération courante et qui tendra, nous l'espérons, à se substituer aux autres procédés de traitement dans les collections liquides de la plèvre. Grâce à l'aspiration tous les épanchements peuvent être évacués de cette manière. Le pus ou plutôt le séro-pus qui constitue les épanchements purulents traverse sans difficulté les plus fins trocarts. Quant aux épanchements sanguins non traumatiques, et qu'on observe si habituellement dans les lésions cancéreuses de la plèvre ou du poumon, on peut les évacuer de la même façon, quoique plus difficilement. En pareil cas, d'ailleurs, et une fois la nature de l'épanchement reconnue, la question de la thoracocentèse perd beaucoup de son importance.

En cas d'erreur de diagnostic, la ponction capillaire est inoffensive. Nul n'oserait soutenir qu'il est indifférent de plonger un trocart ordinaire dans un foie hypertrophié ou dans un poumon solidifié; la blessure du cœur, en pareil cas, serait probablement mortelle; avec le trocart capillaire on opère sans crainte; et qui ne voit l'avantage de ces procédés en cas d'épanchement péricardique, et quelle sécurité ils donnent aux praticiens!

Tous les médecins qui ont pratiqué la thoracocentèse par aspiration ont remarqué que les quintes de toux étaient habituellement beaucoup moins violentes; dans beaucoup de cas elles sont nulles et la poitrine se vide, en quelque sorte, à l'insu du malade. Avant l'intervention de l'aspiration, on pouvait attribuer ce résultat à la lenteur de l'écoulement; mais aujourd'hui, avec les appareils aspirateurs, on vide la poitrine en dix ou quinze minutes, et cependant on remarque également la rareté relative des quintes de toux. Cet avantage tient-il à une plus grande régularité dans l'écoulement du liquide? Avec le trocart ordinaire, la veine liquide a plus de vitesse dans les premières minutes qui suivent la ponction; l'obstacle apporté à la dilatation du poumon diminue plus brusquement. Avec le trocart fin, le poumon n'est pas surpris au même degré; il se dilate plus doucement. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait clinique est constant.

Remarquons enfin qu'on pourrait se contenter d'opposer aux partisans de la thoracocentèse ancienne ce simple argument. Quel avantage trouvez-vous à ce procédé opératoire sur celui qu'on veut lui substituer? Quel inconvénient voyez-vous à ce dernier? N'est-il pas évident qu'il est moins douloureux; que, grâce à lui, on fait accepter plus facilement une opération dont tout le monde reconnaît avec vous les excellents effets, et que nous voulons vulgariser encore davantage? Le procédé nouveau est-il inférieur à l'ancien, et peut-on nier qu'il soit plus pratique et moins dangereux?

Ici se place une observation assez inattendue. On nous signale un écueil : « N'est-il pas à craindre que la thoracocentèse ainsi simplifiée, dégagée de tout danger, se vulgarise outre mesure? Les ponctions tout à fait inoffensives que vous proposez vont se multiplier sans indications réelles et peut-être contre toute indication, souvent à titre de simple contrôle, de vérification de diagnostic. » Les partisans de la thoracocentèse aspiratoire ne sauraient, croyons-nous, s'arrêter devant des considérations de ce genre. L'opération répond à des indications bien déterminées qu'un médecin instruit pourra toujours reconnaître, et dans les cas douteux il y a peut-être pour le malade plus de danger dans l'abstention que dans une intervention un peu hasardée mais inoffensive.

Une question plus grave a été soulevée par M. le professeur Chauffard relativement aux épanchements qui surviennent chez les tuberculeux. M. Chauffard voit un danger, chez ces malades, dans la suppression du traitement médical puissamment révulsif de l'épanchement. Il peut retarder ou ralentir l'évolution des tubercules; en vidant rapidement la poitrine, on prive le malade du bénéfice de ce traitement, et peut-être hâte-t-on la marche de la tuberculose. La thoracocentèse ne provoquera pas l'explosion de la phthisie, mais elle supprime un traitement qui pourrait en enrayer la marche.

Nous comprenons jusqu'à un certain point la valeur de cette objection toute pratique et fondée sur la connaissance des faits assez nombreux dans lesquels il semble que la tuberculose pulmonaire sommeille en quelque sorte sous l'épanchement qui la masque; la résolution de l'épanchement coïncide alors avec une recrudescence de la poussée pulmonaire. Mais, dans ces cas, dès que le médecin aura constaté ou simplement soupçonné la spécificité de la pleurésie, rien ne s'oppose à l'institution d'un traitement révulsif qui atteindrait alors plus directement son but. C'est ainsi qu'agissent beaucoup de cliniciens dans les cas suspects; c'est la pratique habituelle de M. le professeur Béhier, qui pense, en tout cas, qu'il y a tout avantage à débarrasser le tuberculeux d'une complication aussi sérieuse.

Cette discussion sur la thoracocentèse capillaire n'est pas épuisée; elle est, comme nous l'avons dit, à l'ordre du jour de la Société médicale des hôpitaux, et nous la suivrons avec tout le soin que comporte ce point important de thérapeutique. La Gazette hebdomadaire, de son côté, apporte aujourd'hui même son contingent à l'étude de cette question, en publiant, outre la note de M. Regnard, un très-intéressant travail de M. le docteur Lereboullet (voy. p. 274 et 276).

Dr Blachez.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

Thoracocentèse capillaire. — Nouvel aspirateur, par M. Paul Regnard.

En 1868, M. Blachez, dans une communication à la *Société des hôpitaux*, faisait connaître les résultats de plusieurs ponctions pratiquées à l'aide des trocarts de fin calibre avec anesthésie préalable du point choisi pour la ponction.

Ce procédé opératoire, alors nouveau, présentait quelques

avantages qui furent généralement reconnus. Il rendait l'opération beaucoup moins pénible pour le malade, et inoffensive en cas d'erreur de diagnostic, dans le cas où l'instrument atteindrait un organe au lieu de plonger dans une cavité. La lenteur même de l'écoulement permettait au poumon, dans les cas d'épanchement récent, de se développer avec ménagement et l'on évitait le plus souvent ces violents accès de toux, qui ont plus d'une fois, dans la thoracocentèse, obligé le médecin de retirer son trocart avant l'évacuation complète du liquide.

Bien qu'on eût proposé pour ce procédé la dénomination de thoracocentèse capillaire, le calibre du trocart employé (1 millim. 1/2) ne permettait pas de maintenir rigoureusement l'épithète. Grâce à l'application des appareils aspirateurs, on put employer des trocarts véritablement capillaires. On reconnut rapidement les avantages que présentait ce mode opératoire. — Douleur presque nulle, innocuité absolue, facilité de revenir autant de fois qu'on le désirait, à la thoracocentèse; exploration inoffensive dans les cas douteux. Il n'en fallait pas tant pour vulgariser la thoracocentèse capillaire. Les ingénieux appareils de M. le docteur Dieulafoy furent universellement adoptés, et de nombreuses opérations vinrent prouver tous les services qu'on pouvait attendre de la ponction capillaire aspiratrice. Toutefois, le prix élevé de ces appareils construits avec beaucoup de soin, la facilité avec laquelle les garnitures du piston s'altèrent, surtout quand on pratique des injections iodées; les manœuvres répétées qu'ils nécessitent, la durée de l'opération, faisaient désirer une plus grande simplicité dans les procédés d'aspiration.

M. le docteur Potain eut l'idée d'appliquer la pompe aspirante à la production du vide dans un vase d'une capacité donnée. C'était déjà un progrès notable.

Un de ses élèves, M. Paul Regnard, présentait dernièrement à la Société de biologie (24 février 1872) un nouvel instrument qui, par sa simplicité, la facilité de son maniement, la perfection de son jeu, et enfin son extrême bon marché, nous paraît destiné à une rapide vulgarisation.

Sous un petit volume et sans travail musculaire, il permet d'aspirer des quantités indéfinies de liquide; il sert du même coup et sans rien déranger à faire des injections et des lavages dans les cavités évacuées.

Il se compose d'un ballon A de verre d'épaisseur moyenne, ballon que les praticiens de province trouveront chez tous les pharmaciens. Ce récipient est fermé par un robinet à trois voies C. Ce robinet est la pièce essentielle de l'appareil, et chacun de ses ajutages est continué par un tube de caoutchouc, dont l'un D est terminé par un trocart capillaire, tandis que l'autre E conduit à un vase quelconque placé par terre. Au fond du ballon se trouvent quelques grammes d'eau que l'on porte à l'ébullition. De la vapeur se produit et remplit le récipient. Cet effet obtenu, il suffit de fermer le robinet; la vapeur se condense et le vide est produit.

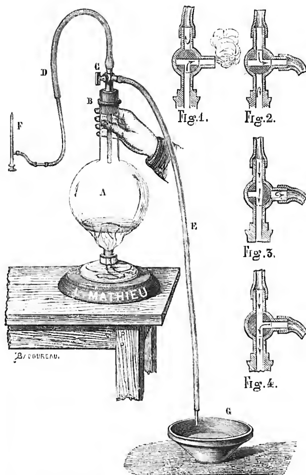
Pendant la chauffe, le robinet doit être dans la position fig. 1, et même, dans la pratique, il vaut mieux chauffer le ballon non couvert de son bouchon. On y ajoute ce dernier dès que l'eau est en ébullition et après avoir éloigné la source de chaleur.

Quand on veut obtenir la condensation, on tourne le robinet de la manière que représente la fig. 2. Quand on veut provoquer l'aspiration, on l'amène à la position S, et, si l'on pense que le volume de la collection liquide ne dépasse pas la capacité du récipient, on laisse celui-ci se remplir.

Si l'on croit, au contraire, que l'épanchement est très-considérable, on réserve l'aspiration directe pour les dernières portions de la sérosité, et l'on procède de la manière suivante :

Le trocart capillaire étant enfoncé dans la cavité à évacuer, on pince entre ses doigts l'extrémité inférieure du tube E, tandis que de l'autre main on tourne le robinet en la position 4. Les tubes D et E, se trouvant en communication avec le ballon, se vident d'air. Sans cesser de pincer l'extrémité du tube E, on ramène le robinet à la position 2. Le liquide remplit immédiatement le tube E qu'on laisse retomber; un siphon est dès lors établi, qui donne écoulement au liquide jusqu'à épuisement complet de l'épanchement.

Rien n'est plus simple que d'effectuer ces différentes manœuvres : un cadran muni d'une aiguille est adapté au robinet, il suffit de tourner l'aiguille vers le nom de la manœuvre du temps qu'on veut accomplir, et l'on est sûr de ne point commettre d'erreur.



Dès le commencement du mois de janvier, l'auteur a pu appliquer son appareil à des expériences cliniques. Nous ne donnerons pas ici le détail des observations, nous en ferons seulement connaître les résultats.

Hôpital de la Pitié (service de M. Lorain).

	Grammes.	Minutes.
1. Thoracocentèse.........	900	10
2. Paracentèse...........	4500	40
3. Paracentèse............	6000	19
4. Paracentèse............	6500	22
5. Paracentèse............	7000	21
6. Paracentèse............	7500	20
7. Paracentèse exploratrice...	1000	14
8. Paracentèse............	12000	50
9. Paracentèse............	2000	8
10. Paracentèse............	7000	20
11. Paracentèse............	7500	22
12. Paracentèse............	7000	20
13. Thoracocent. exploratrice..	300	5
14. Paracentèse............	12000	40
15. Paracentèse............	8000	40

Hôpital de la Pitié (service de M. Labbé).

16. Hydarthrose............	300	4

Hôpital Necker (service de M. Potain).

17. Thoracocent. exploratrice.	quelq. gr.	
18. Paracentèse..........	3500	12
19. Paracentèse..........	6000	40
20. Paracentèse..........	4000	20
21. Paracentèse..........	5500	30
22. Paracentèse..........	7000	35
23. Thoracocentèse.........	2000	20
24. Thoracocentèse.......	1000	10
25. Thoracocentèse.......	2000	15

Hôpital Necker (service de M. Delpech).

26. Thoracocentèse.........	3000	12
27. Paracentèse............	1200	40
28. Paracentèse............	8000	35

Hôpital Lariboisière (service de M. Guyot).

29. Thoracocentèse.........	60	2
30. Paracentèse............	8000	45
31. Pleurésie purulente......	300	5

Hôpital Saint-Antoine (service de M. Raynaud).

32. Hydarthrose............	60	4
33. Thoracocentèse.........	300	5

On voit que la rapidité de l'écoulement est très-variable; elle dépend, en effet, à la fois du diamètre de la canule et de la nature du liquide; elle est donc difficile à calculer *à priori*, mais les expériences prouvent qu'elle n'oscille guère qu'entre deux minutes et cinq minutes par litre. Or, c'est là une condition de durée qui nous paraît acceptable pour la ponction capillaire.

Nous avons dit qu'avec l'appareil de M. Paul Regnard il était possible d'exécuter des lavages dans les cavités évacuées. Souvent il est utile d'injecter des liquides alcoolisés ou iodés dans la plèvre ou dans les kystes qu'on a vidés. Ici encore, c'est au mécanisme du siphon qu'on a recours. — Le vase contenant la substance irritante étant placé plus haut que le malade, il suffit d'élever la branche E, de la plonger dans le liquide à injecter et d'amorcer le siphon comme nous avons dit plus haut. Dans ces conditions, le courant s'établit non plus du malade au vase, mais du vase au malade. D'ailleurs en rendant au robinet la position 3, on peut réaspirer le liquide injecté. — En tournant successivement le robinet en 2 et en 3, on pourra indéfiniment envoyer le liquide laveur et le reprendre sans qu'une bulle d'air pénètre dans l'appareil.

On peut employer pour la ponction les aiguilles capillaires de Pravaz ou le trocart à double voie de M. Potain. Pour ses essais, M. Paul Regnard s'est servi de ce dernier, qu'il a légèrement modifié pour en diminuer beaucoup le prix de revient. Les canules avaient un rayon de 1 millimètre pour la paracentèse, de 5/10 de millimètre pour la thoracocentèse, de 2/10 pour les explorations. Avec cette dernière canule il convient de ne pas se servir du siphon, l'écoulement est trop lent, d'ailleurs le condenseur suffit toujours dans des ponctions aussi délicates.

On conçoit combien le prix de cet aspirateur est minime : le bouchon en est la seule partie essentielle.

Son but, en somme, est de mettre à la portée de tous les praticiens une méthode opératoire d'une valeur incontestable : la ponction capillaire et l'aspiration.

REVUE CLINIQUE.

Médecine pratique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA THORACOCENTÈSE DANS LA PLEURÉSIE PURULENTE, par le docteur LEREBOULLET, médecin répétiteur à l'École du service de santé militaire.

La pleurésie purulente nécessite, dans l'immense majorité des cas, une intervention chirurgicale.

Les guérisons spontanées ne s'opérant que par l'évacuation au dehors du liquide purulent (fistule bronchique ou empyème naturel), on a été conduit à imiter l'œuvre de la nature et à pratiquer la paracentèse. Les divers procédés conseillés pour obtenir la guérison ont été cités trop souvent pour qu'il faille insister sur leur valeur relative.

La thèse de M. Damaschino (thèse d'agrégation, Paris, 1869), celle de M. Attimont (thèse de Paris, 1869), résument presque toutes les observations les plus concluantes. Le travail de M. Bouchut (*Gazette des hôpitaux*, 26 octobre 1871), enfin et surtout le livre de M. Woillez (*Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires*, Paris, 1872) établissent avec netteté l'état actuel de la question. Toutefois, il est un fait sur lequel il me semble permis d'insister encore. Je lis, en effet, dans l'ouvrage le plus récent et le plus complet, celui de M. Woillez (page 503) : « Dans son procédé opératoire, le praticien doit s'attacher à imiter la nature. Lors donc qu'il sera certain d'avoir affaire à un épanchement purulent, à la suite d'une ponction capillaire, par exemple, la thoracocentèse sera le plus souvent indiquée. Il devra s'en dispenser seulement dans le cas où le pus de l'épanchement se faisant jour au dehors par les bronches, sera largement expulsé par l'expectoration. Mais pour que la thoracocentèse soit efficace dans les pleurésies purulentes et qu'on ne se voie pas forcé de la répéter plus ou moins fréquemment comme on l'a fait, il faut d'emblée rendre la plaie *fistuleuse*, soit à l'aide d'une sonde à demeure simple ou à drainage, qu'on fait pénétrer à travers la canule, soit à l'aide d'un procédé analogue à celui que j'ai imaginé et décrit précédemment. » Le procédé consistait dans l'emploi d'un petit trocart courbe qui, laissé en place pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, permettait l'établissement d'une fistule pleuro-cutanée, avec la peau pour soupape. Plus loin (page 529), M. Woillez ajoute : Avant de s'exposer à la nécessité de faire ces ponctions répétées, il me semble plus rationnel de pratiquer l'opération de l'empyème dès que l'on a constaté la purulence de l'épanchement par une première ponction. »

Ces dernières conclusions de M. Woillez se rapprochent de celles que formulait M. Attimont : « Les partisans des ponctions successives, dit-il (*Résultats de la paracentèse dans la pleurésie purulente*, Paris, 1869), pensaient arriver à établir une ouverture sinueuse permettant au liquide de passer sans que l'air puisse pénétrer; mais cette idée, difficile à comprendre théoriquement, n'a pas un seul fait qui lui soit favorable. »

Dans un travail que j'avais communiqué à la Société de médecine de Strasbourg (1), je m'étais efforcé de combattre cette assertion. Je n'y reviendrai qu'en peu de mots : Les guérisons d'un épanchement purulent par une seule ponction, tout en étant exceptionnelles, ont été observées (Aran, Marcowitz, Hamilton, Roë, Marotte, etc. — Voyez Woillez, *loc. cit.*, p. 502). En présence des accidents que détermine l'introduction de l'air dans la cavité pleurale, il sera donc toujours bon de commencer par faire la thoracocentèse, comme s'il s'agissait d'un épanchement séreux.

Le diagnostic de la purulence, toujours difficile, souvent impossible, se trouvera posé au moment de l'écoulement du liquide. Si l'écoulement est franchement purulent, on pourra tenter une injection iodée; mais si, comme il arrive le plus souvent, l'épanchement est séro-purulent; si, après la ponction, le poumon se dilate facilement, on pourra, *tout le liquide ayant été évacué*, refermer la plaie et attendre. Sans doute il arrivera souvent que l'épanchement se reproduira; mais tant que les forces du malade le permettront, on pourra répéter la ponction si l'on constate (ce qui, du reste, arrive assez fréquemment) que l'épanchement se reproduit, moins abondant, après chaque ponction. L'établissement d'une canule à demeure ne devra être tenté que dans les cas où la cavité purulente est limitée par des néomembranes, dans les cas où le poumon est adhérent et ne peut plus occuper en se dilatant toute l'étendue de la cage thoracique. L'introduction de l'air n'aura

(1) Les conclusions de ce travail, qui sera incessamment publié, se trouvent dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, 1870, p. 105.

plus dans ce cas qu'un inconvénient beaucoup moins sérieux, et l'abcès pleural, largement ouvert ou traité par le drainage, pourra plus facilement être guéri. Il ne faut pas l'oublier, toutes les fois que l'opération de l'empyème a pour résultat de rétrécir le champ respiratoire en affaissant le poumon, la guérison ne peut être obtenue qu'après l'affaissement des côtes, c'est-à-dire au bout d'un temps très-long et au prix d'une infirmité dangereuse. N'est-ce point une raison suffisante pour essayer par tous les moyens possibles d'arriver à une guérison plus rapide par les ponctions répétées? L'observation suivante est un exemple de guérison obtenue après deux ponctions et fistule consécutive :

OBS. I. *Pleurésie purulente. Deux thoracocentèses. Fistule consécutive. Guérison.* — Chizel, vingt-quatre ans, entré à l'hôpital militaire de Strasbourg (service de M. Lereboullet), le 29 décembre 1869, salle 75, lit 21.

Ce malade ne présente, au moment de son entrée, que des symptômes de bronchite subaiguë généralisée. Il reste dans un état satisfaisant jusqu'au 10 janvier.

Le 11, dans la nuit : point de côté très-violent ayant son maximum d'intensité au-dessous du mamelon gauche (un vésicatoire large comme la main avait été appliqué le 8). En même temps, la fièvre s'allume et le thermomètre s'élève le 12 au matin à 40°,6. Le pouls est petit (130 puls.), la dyspnée est extrême (40° R.). La douleur augmente bientôt, occupant tout le côté gauche et s'irradiant dans l'aine ; la percussion est à peine possible ; on peut cependant constater une sonorité exagérée sous la clavicule et une matité assez marquée à la base, en arrière. A l'auscultation, les bruits laryngés masquent complétement le bruit respiratoire (ventouses scarifiées, potions éthérée et opiacée). Le soir, température, 41°,2; pouls, 140 pulsations. Dyspnée extrême (vingt-cinq sangsues ; potion opiacée, 0,2).

Le 13, la nuit a été plus calme après l'application des sangsues ; ce matin toutefois la douleur thoracique reparaît, et, avec elle, la dyspnée et l'accélération du pouls (température, 39°,9 ; pouls, 120) ; sonorité exagérée en avant ; en arrière, souffle amphorique à timbre métallique (saignée, 300 grammes); le soir, le point de côté disparaît (température, 39°,8 ; pouls, 110). Les signes stéthoscopiques sont plus faciles à percevoir. On constate en avant, jusqu'au niveau de la quatrième côte, un bruit skodique très-net, très-grêle. Au-dessous de ce point, matité ; en arrière, matité complète, excepté dans la fosse sus-épineuse. Souffle amphorique. Le cœur est dévié ; les bruits se perçoivent sous le sternum, au-dessus de l'appendice xiphoïde (vésicatoire; extrait d'opium, 0,2).

Du 13 au 16, l'état général s'améliore, la dyspnée diminue, la température fébrile oscille entre 38 et 39 degrés; mais les signes stéthoscopiques s'accentuent de plus en plus. La matité remonte en avant jusqu'à la clavicule, et, en dedans, jusqu'au bord droit du sternum. Dans toute la région mate, les vibrations thoraciques disparaissent ; le bruit respiratoire est remplacé au sommet par un souffle amphorique très-intense, surtout en arrière.

Le 16, la ponction du thorax évacue 2250^{cc} de sérosité purulente ne se prenant pas en masse ; ni toux, ni écoulement de pus après l'opération. Après la ponction, sonorité exagérée en avant ; submatité en arrière et souffle tubaire dans les fosses sus- et sous-épineuse. Le soir, la température tombe à 38°,4, et le pouls, qui s'était jusque-là maintenu vers 110 pulsations, n'en présente plus que 80. La dyspnée est moindre, la toux a augmenté, l'expectoration est spumeuse, très-abondante.

Le 17 et les jours suivants, l'état général s'améliore, l'appétit revient, les forces se relèvent, la température oscille entre 37°,2 et 38°,4 ; le pouls entre 80 et 84 pulsations. Cependant, la dyspnée, la toux et l'expectoration persistent. A la percussion, on constate toujours un son grêle, tympanique en avant, une matité assez compacte en arrière. A l'auscultation, le souffle amphorique persiste au sommet. Le malade se lève toute la journée.

Le 28, point de côté nouveau, dyspnée plus marquée, fièvre (39°); les jours suivants, les signes stéthoscopiques s'accentuent. En avant, depuis la clavicule jusqu'au niveau du mamelon, bruit skodique ; plus bas, matité compacte s'étendant dans l'aisselle, suivant une courbe parabolique très-nette ; en arrière, matité fémorale jusqu'à l'épine de l'omoplate. Si l'on fait asseoir le malade, le liquide se déplace facilement, et à trois travers de doigt au-dessus du mamelon le bruit skodique est remplacé par une matité absolue ; température, 38°,8 le soir ; 38°,4 le matin. Le malade réclame énergiquement une deuxième opération qui est pratiquée le 1er février. Il s'écoule environ 1650^{cc} de pus mal lié, ne répandant aucune odeur fétide ; l'écoulement assez long dure environ une demi-heure. Quelques quintes de toux après l'opération. Soulagement notable dans la journée. Température, 38°,4 le soir ; 36°,9 le lendemain matin de l'opération. A partir de ce moment, l'apyrexie persiste et l'état général s'améliore. Cependant le souffle amphorique que l'on perçoit en arrière, au niveau du bord spinal de l'omoplate, persiste toujours. Peu à peu la matité diminue en avant et en arrière et ne persiste plus que dans l'aisselle.

Le 25 février, la cicatrice de la deuxième ponction s'ouvre et une fistule s'établit. Un stylet introduit par l'ouverture thoracique pénètre obliquement en haut et s'arrête à une profondeur de 2 centimètres et demi.

Difficile les premiers jours, l'écoulement du pus s'établit bientôt ; les premières portions qui s'écoulent répandent une odeur assez fétide ; mais au bout de cinq ou six jours le pus est inodore. L'abondance de l'écoulement est excessivement variable ; il paraît cependant diminuer de jour en jour.

Le 20 mars, il n'existe plus qu'une légère submatité en arrière, avec respiration rude au sommet ; matité axillaire moins marquée, sonorité normale en avant. L'état général est de plus en plus satisfaisant ; le malade se lève toute la journée ; l'appétit est revenu ; l'apyrexie persiste.

Le 13 avril, on ne constate plus de matité que dans un rayon de 5 à 6 centimètres autour de l'ouverture thoracique. L'écoulement purulent est insignifiant ; une ou deux gouttes de pus viennent salir, chaque matin, le linge à pansement. L'examen cyrtométrique n'a pu être fait. Au ruban métrique on constate une diminution de 2 centimètres du côté gauche. L'affaissement des côtes n'est pas très-marqué. Le malade sort le 14 avril.

On le voit, chez ce malade le poumon étant encore dilatable, l'épanchement purulent étant peu abondant après la deuxième ponction, l'établissement d'une canule à demeure n'a point été nécessaire ; grâce à la thoracocentèse hâtive, le poumon s'est dilaté au fur et à mesure de l'écoulement du pus; la déformation du thorax n'a pas été sensible. La guérison de la pleurésie a été obtenue sans injections irritantes, sans accidents graves, deux mois après l'ouverture de l'abcès pleural ; on pouvait même dès le 20 mars considérer le malade comme guéri, en raison de la diminution graduelle et notable de la matité axillaire, en raison de la diminution de l'écoulement du pus. Sans doute ces fistules thoraciques sont souvent longues à se cicatriser. Qu'importe si le poumon fonctionne normalement et si des adhérences solides et organisées convertissent l'abcès pleural en une cavité indépendante?

La guérison spontanée par fistule bronchique est assez rare pour que je croie devoir résumer en quelques mots l'observation d'un malade traité à l'hôpital du Gros-Caillou pendant que j'y étais aide-major dans le service de M. le médecin principal Perrier.

OBS. II. *Pleurésie purulente; fistule bronchique. Guérison.* — Moussa-ben-Ali, trente-quatre ans, 1er tirailleurs indigènes, entré à l'hôpital du Gros-Caillou, le 25 mai 1868, salle 3, lit 1, service de M. Perrier. Constitution très-robuste, très-fortement musclé, malade depuis plusieurs jours (il est impossible d'obtenir de ce malade des renseignements précis). Dyspnée, toux fréquente, expectoration rare, visqueuse, adhérente aux parois du vase. A l'examen de la poitrine, on constate : du côté droit, sonorité tympanique au sommet depuis la clavicule jusqu'à la troisième côte. A partir de ce point, matité absolue qui s'étend en arrière dans toute l'étendue de la poitrine. Dans les régions mates, absence du bruit vésiculaire et des vibrations thoraciques ; râles crépitants fins à la base; partout ailleurs, râles sous-crépitants à bulles moyennes. A droite, respiration supplémentaire (potion, ox. blanc, 4 grammes ; tartre stibié, 0,025, café, lait sucré). Cet état dure jusqu'au 1er juin. A ce moment, la matité remonte en avant jusqu'à la clavicule. Le silence respiratoire est complet ; les vibrations thoraciques n'existent plus ni en avant ni en arrière. Les râles crépitants et sous-crépitants ont fait place à un souffle amphorique des plus intenses (café, sulf. de quinine, 0,5 *bis*). La fièvre est très-marquée; la prostration et la dyspnée augmentent.

Le 8 juin, dans la nuit, toux très-fréquente ; expectoration purulente d'une abondance extrême. Le malade crache environ un demi-litre (trois crachoirs) de pus non fétide.

Le 9, l'état général s'était amélioré ; la fièvre est moindre ; l'expectoration moins abondante ; à droite et en avant, depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte, son tympanique (bruit skodique), respiration puérile ; matité persistante en arrière.

Les jours suivants, l'expectoration diminue, la fièvre tombe ; la ma-

tité qui existait en arrière fait place à une submatité avec retour des vibrations thoraciques, râles humides très-nombreux. Le thorax s'affaisse surtout à la partie antérieure (térébenthine, vin, café, pot. alcoolisée).

Le 26, le malade est convalescent.

Enfin, le 7 mars 1870, j'eus l'occasion de faire l'autopsie d'un malade opéré d'empyème le 3 février 1869 par M. le médecin-major Aron.

L'observation de ce malade a été recueillie par M. Belisme, aide de clinique.

Obs. III. *Pleurésie purulente; empyème. Mort.* — Navau, 96e régiment de ligne, était entré à l'hôpital le 21 janvier 1869 pour une pleurésie du côté gauche. L'épanchement, très-abondant au moment de l'entrée à l'hôpital, avait résisté à un traitement par les diurétiques, les purgatifs, les applications de vésicatoires. La fièvre avait pris les caractères de l'hecticité; le malade était dans un état des plus graves. M. Aron pratiqua l'opération de l'empyème. L'écoulement purulent fut très-abondant; un tube de caoutchouc fut laissé dans la plaie, et des injections iodées, puis des injections d'eau phéniquée, furent pratiquées journellement. Cependant, le poumon se trouvant refoulé contre la colonne vertébrale, le thorax s'affaissa lentement : la fièvre persistant, la cachexie survint. Une phlegmasie blanche, des abcès multiples, des eschares au sacrum, un érysipèle ambulant, se déclarèrent successivement. Traité par M. le docteur Aron, puis par M. le docteur Kelsch, le malade résista à toutes ces complications. Il était à l'hôpital depuis près d'un an quand je pris le service. La fistule thoracique, toujours maintenue béante, ne donnait plus issue qu'à un écoulement purulent de 50 à 100 grammes par jour. Mais bientôt survinrent de nouveaux accidents; bien que les injections phéniquées fussent pratiquées chaque jour, plusieurs frissons se déclarèrent, un nouvel érysipèle envahit le thorax et s'étendit à la cuisse droite; une diarrhée incoercible, accompagnée de vomissements, épuisa le malade, qui, après une longue agonie, finit par succomber le 7 mars. A l'autopsie, je trouvai le poumon gauche complétement rétracté, carnifié, imperméable, maintenu contre le médiastin par des fausses membranes très-résistantes; le poumon droit légèrement congestionné, crépitant dans toute son étendue; la cavité thoracique du côté gauche était réduite de moitié par l'affaissement des côtes; la fistule, très-étroite à sa partie inférieure, permettant à peine le passage du doigt, remontait vers le sommet en suivant un trajet sinueux. Entre la clavicule et l'omoplate, elle aboutissait à un foyer purulent du volume d'un poing d'adulte.

Cette observation me semble prouver combien il est urgent, dans certains cas, d'éviter l'affaissement des poumons qui succède à une large introduction de l'air dans la cavité pleurale. Chez ce malade, en effet, la cavité purulente occupait tout le côté externe de la cage thoracique, refoulant le poumon contre le médiastin. Cette cavité communiquant librement par un tube de drainage avec l'air extérieur, chaque mouvement d'inspiration faisait pénétrer l'air par la fistule et empêchait ainsi la dilatation complète ou graduelle du poumon. Bientôt, toujours comprimé contre le médiastin et la colonne vertébrale, le poumon s'y trouva maintenu par de solides adhérences. Dès lors, les côtes s'affaissant, la cage thoracique se rétrécissant incessamment, la guérison ne put être obtenue parce que, au sommet, dans un point où la paroi ne peut plus s'affaisser aussi complétement, le poumon n'était plus capable de comprimer la poche purulente, et, peu à peu, d'en effacer la cavité. En pratiquant l'opération de l'empyème, M. Aron a certainement prolongé d'une année la vie de son malade. Eût-il été guéri par la thoracocentèse? L'opération pratiquée de manière à empêcher la pénétration de l'air n'aurait-elle pas eu un résultat aussi favorable que chez notre premier malade? Il est permis de poser ces questions. Sans doute, j'ai hâte de l'ajouter, l'introduction de l'air dans la cage thoracique est loin d'avoir tous les dangers qu'on lui attribuait jadis. Il m'est arrivé deux ou trois fois de voir, dans des pleurésies séreuses, quelques bulles d'air pénétrer au moment où je pratiquais la thoracocentèse : l'air introduit a bientôt été absorbé et les malades n'en ont pas moins guéri. Les expériences pratiquées sur les animaux et les observations de plaie de poitrine prouvent de même l'innocuité de cet accident. Mais bien autrement graves sont les dangers d'une ouverture permettant, à chaque inspiration, l'introduction de l'air dans la cavité pleurale, contribuant ainsi à diminuer encore l'appel qui doit se faire par le poumon. L'opération de l'empyème, avec tube de drainage, ne devra donc être faite que dans les cas où les néomembranes sont déjà organisées. Il sera permis de supposer qu'il n'en est point ainsi lorsque, après la ponction, le liquide s'écoule abondamment à chaque expiration; lorsque, l'effet produit par l'affaissement des parois et le soulèvement du diaphragme ayant été constaté, l'écoulement persiste encore; lorsque les dernières traces de liquide sont teintées de sang; lorsque surviennent ces quintes de toux qui annoncent l'évacuation complète ou presque complète du liquide; lorsque la maladie est de date récente; lorsque, enfin, la ponction ayant été pratiquée, l'examen cyrtométrique ne signale plus qu'une dilatation insignifiante du côté malade. D'ailleurs, puisqu'il est démontré qu'une ou même deux ou trois thoracocentèses simples n'aggravent point la maladie, qu'elles peuvent amener la guérison, soit immédiatement, soit par l'établissement d'une fistule consécutive, il sera toujours temps de recourir à l'écoulement continu (en adoptant le procédé de M. Woillez, *loc. cit.*, p. 462) si, après la deuxième ou la troisième ponction, l'épanchement se reproduit aussi abondant qu'au début de la maladie.

Conclusions. — Il est démontré qu'une pleurésie purulente ne peut guérir qu'après l'évacuation au dehors du liquide épanché; mais tandis qu'un petit nombre de praticiens (Aran, etc.), sont partisans des ponctions successives, presque tous, avec Sédillot, Chassaignac, Marotte (*Soc. médic. des hôpitaux*, nov. 1853, p. 165), Woillez (*ouvr. cité*, p. 529), recommandent de pratiquer l'opération de l'empyème dès que la purulence aura été constatée. Les uns ne craignent pas d'ouvrir largement la cavité pleurale; d'autres (Woillez) recommandent d'éviter *autant qu'il est possible* une trop large pénétration de l'air. Il nous semble que, dans les cas de pleurésie purulente surtout, les indications doivent être tirées de l'état anatomique du poumon, et cet état dépend en grande partie de l'ancienneté de l'affection. Il est de toute évidence que si l'on attend pour opérer un malade le moment où le poumon est rendu imperméable par une longue compression, le moment où les néomembranes organisées empêchent sa dilatation, il sera nécessaire de recourir à l'opération de l'empyème, d'ouvrir largement un espace intercostal, ou de pratiquer le drainage de manière à permettre au liquide injecté de baigner toutes les parties malades, de manière surtout à s'opposer à cette tendance à la cicatrisation, si fréquente dans les opérations d'empyème.

Si, au contraire, après la première ponction qui, dans les cas de pleurésie purulente devra toujours être faite de telle sorte que presque tout le liquide puisse être évacué, on constate que le poumon se dilate bien, s'il n'est pas bridé par des adhérences, on pourra refermer la plaie et agir comme s'il ne s'agissait que d'une pleurésie à épanchement séreux.

L'épanchement s'étant reproduit, une ou même plusieurs ponctions pourront être tentées (1) si, après chaque ponction, le poumon se dilate encore facilement, si l'épanchement se reproduit moins abondant. Il faudra toujours veiller, par le refoulement de la peau, à ce que le défaut de parallélisme des lèvres de la plaie s'oppose à l'entrée de l'air.

Enfin, si les néomembranes s'organisent ou si l'épanchement se reproduit aussi abondant dix à douze jours après les deux ou trois premières ponctions, il faudra laisser une canule à demeure, en employant, pour éviter autant qu'il est possible la pénétration de l'air, le procédé indiqué par M. Woillez.

(1) Legroux en a pratiqué jusqu'à 24, et son malade a guéri. (*Soc. des hôpit.* 1854, p. 307.)

COURS PUBLICS

Thérapeutique.

Du traitement de la syphilis. — Méthode des traitements successifs. Leçon professée à l'hôpital de Lourcine par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté.

(Fin. — Voyez les numéros 7, 9, 11, 12 et 16.)

La seconde intention de la méthode thérapeutique que nous étudions actuellement, est de conférer aux malades les avantages d'une médication *longtemps prolongée*. Or, la méthode des traitements interrompus se prête mieux que toute autre à cette indication essentielle. Mieux que toute autre, en effet, elle permet de traiter longtemps les malades sans les fatiguer, de leur faire accepter pour longtemps, aussi longtemps que cela peut être nécessaire, un remède qui, administré d'une façon continue, ne tarderait guère, soit à ne plus être toléré, soit à perdre une partie de son action curative.

Longue en effet, très-longue doit être la médication mercurielle, *si l'on ne se contente pas de lui demander un effet actuel*, si l'on veut en obtenir une *action d'ensemble et d'avenir* sur la diathèse.

Sa durée totale, certes, ne saurait être déterminée d'une façon fixe et invariable. Elle reste soumise aux indications spéciales de chaque cas particulier, aux incidents divers qui peuvent se produire, à l'intensité de la maladie, à ses formes, à sa résistance, à la fréquence et au caractère des poussées successives, à l'évolution générale de la diathèse, etc. Ici donc encore, rien d'absolu. Chez tel malade, il y aura nécessité urgente à insister sur le traitement pendant un temps fort long; chez tel autre, la bénignité de l'affection ou l'absence prolongée d'accidents pourra inviter à cesser plus tôt l'intervention thérapeutique.

Mais ce que je puis vous dire, c'est qu'*en moyenne* il y aura presque toujours lieu de laisser les malades soumis à l'action du mercure pendant *deux ans*. Deux ans! vous allez vous récrier. Entendons-nous bien toutefois. Ce ne sont pas deux années de traitement mercuriel continu que je vous propose; ce sont deux années réparties en dix mois environ de traitement contre quatorze mois de repos, deux années inégalement divisées en stades alternants de *thérapeutique active* et de *desaccoutumance*.

Deux ans, oui, et je ne crois par exagérer. Je ne crois pas exagérer, car, d'une part, il est certains cas rebelles dans lesquels on est amené par la force des choses, dans lesquels tout le monde est amené à prescrire le mercure bien au delà de la deuxième année. Et, d'autre part, si nous nous inspirons de la pathologie générale, nous voyons que, pour s'éteindre, pour guérir, la plupart des affections constitutionnelles, diathésiques, exigent des médications démesurément longues, plus longues même que celle dont a besoin la vérole pour imposer silence à ses manifestations. A maladie chronique, il faut traitement chronique, c'est la loi. Croyez-vous donc, par exemple, qu'on guérisse la goutte par une station de quelques semaines à Vichy, ou par une médication de quelques mois? Non sans doute, et tous les praticiens sont d'accord pour ne promettre au goutteux, je ne dirai même pas la guérison, mais l'apaisement de ses souffrances, qu'au prix de plusieurs saisons de Vichy, qu'au prix d'un traitement fort long et d'une hygiène indéfinie. Croyez-vous de même qu'on vienne à bout de la scrofule par une saison de quelques semaines au bord de la mer, ou par une médication de quelques mois par l'huile de foie de morue et les iodiques? Non encore, et, de l'aveu général, plusieurs années sont nécessaires pour modifier le tempérament scrofuleux. Eh bien, il en est de même du *tempérament syphilitique*, si je puis ainsi dire. Celui-ci ne se modifie, ne se corrige, ne s'amende, ne s'efface qu'au prix d'une médication longue, d'une dépuration longtemps entretenue, d'un véritable traitement *chronique*. Et, comme en pratique, force est bien d'aboutir à un chiffre (quitte à modifier ce chiffre suivant les exigences inattendues des cas particuliers), je ne crois pas, je vous le répète, être coupable d'exagération en fixant à deux années en moyenne la durée pendant laquelle les malades syphilitiques devront rester soumis à l'influence mercurielle, de la façon précédemment indiquée.

Encore n'est-ce pas tout. Car je suis de ceux qui sont d'avis qu'au traitement mercuriel doit être ajouté plus tard le traitement ioduré. Je suis de ceux qui considèrent l'iodure de potassium comme essentiellement favorable aux malades à une certaine époque de la diathèse. Par expérience, je crois l'iodure déjà indiqué vers la fin de la première année de la maladie; je le crois très-utile dans le cours de la seconde; je le juge indispensable dans la troisième, non plus associé au mercure ou alternant avec lui, mais administré seul, à titre de succédané du mercure, à titre de curatif ou de préservatif des manifestations tertiaires, à titre, en un mot, d'agent antidiathésique, antisyphilitique par essence. — De l'iodure, toutefois, je ne vous parlerai pas actuellement, ne voulant pas empiéter ici sur le traitement de la période tertiaire que je me réserve de vous exposer dans nos conférences de l'année prochaine. Qu'il me suffise de vous mentionner seulement pour aujourd'hui les avantages de la médication iodique administrée consécutivement au mercure.

Ainsi doit être comprise, à mon sens, la médication antisyphilitique; ainsi doit être institué et dirigé, d'après moi, le traitement mercuriel de la vérole.

Cette méthode, veuillez le remarquer, messieurs, je n'y ai pas été conduit par des conceptions théoriques; j'y ai abouti par la force des choses, par tâtonnement, par empirisme, et aussi — pourquoi ne le dirai-je pas, bien que cela me coûte à dire? — par insuffisance manifeste des traitements que, sur la foi de mes devanciers, j'ai tout d'abord mis en usage, au début de ma pratique.

Susceptible, sans aucun doute, de perfectionnements multiples, cette méthode offre déjà des avantages sérieux qui ne sauraient, me semble-t-il, lui être contestés. Mieux que les traitements continus, elle est agréée des malades; elle est facilement tolérée par l'organisme; elle conserve au mercure l'intégrité de son action pendant toute la durée de son emploi; elle permet de prolonger sans inconvénients l'usage du remède pendant un temps fort long, pendant tout le temps nécessaire à la cure; elle met à profit tous les effets utiles de la médication.

Sans doute cette méthode n'est pas infaillible; sans doute elle a ses cas rebelles, je ne le sais que trop. Je puis dire cependant que j'en ai retiré des effets satisfaisants, satisfaisants en général sur la grande majorité des malades, très-satisfaisants surtout d'une façon relative, quand on les met en parallèle avec les résultats fournis par d'autres modes de traitement.

J'ai traité de la sorte, depuis une douzaine d'années, des milliers de malades; et, à quelques exceptions près, tous ceux en grand nombre que j'ai pu revoir, dont j'ai pu suivre l'état de santé ultérieure, n'ont plus éprouvé aucun accident diathésique; beaucoup se sont mariés et ont eu des enfants sains. Sont-ils guéris, absolument guéris, je ne le sais et ne voudrais le dire; toujours est-il que le traitement leur a rendu la syphilis légère dans le passé, muette pour le présent, et peu redoutable vraisemblablement pour l'avenir.

J'en ai fini, Messieurs, avec ce qui constitue le traitement *spécifique*, mais je n'en ai pas fini pour cela avec le traitement général de la vérole.

Il ne suffit pas, en effet, pour traiter un syphilitique, de lui administrer du mercure ou de l'iodure de potassium. Il faut encore observer la *santé* de ce malade, surveiller son

tempérament, sa constitution, l'état de ses forces, les incidents divers qui peuvent se produire, et satisfaire à toutes ces indications. De là, dans bon nombre de cas, des médications auxiliaires (je ne dis pas accessoires), à formuler et à combiner avec le traitement spécifique.

Chez la femme surtout ces médications auxiliaires prennent souvent une grande importance, au point de devenir *principales*, au point de reléguer au second plan le traitement spécifique. C'est qu'en effet, ainsi que je vous l'ai déjà répété bien des fois, la syphilis de la femme diffère surtout de celle de l'homme en ce qu'elle retentit davantage sur l'organisme, en ce qu'elle l'influence plus intimement et plus profondément, si je puis ainsi parler. Bien plus souvent que chez l'homme la syphilis trouble chez la femme les fonctions de digestion, de circulation, d'assimilation, de nutrition, d'innervation, etc. Bien plus souvent que l'homme la femme syphilitique est exposée à ces troubles viscéraux secondaires que je vous ai décrits précédemment. C'est sur elle surtout que nous voyons la vérole aboutir à l'anémie, à l'asthénie, à la perte des forces, à l'amaigrissement, à la langueur, à la détérioration de tout l'être, voire même parfois à des troubles généraux assez graves pour compromettre l'existence. Sans doute la syphilis ne revêt pas ces formes alarmantes chez toutes les femmes; mais elle les revêt dans le sexe féminin plus souvent que dans le nôtre. Donc, la *santé* de la femme syphilitique demande à être surveillée par le médecin avec une attention spéciale, et donne lieu souvent, en dehors de la médication antidiathésique, à des indications diverses auxquelles il est urgent de satisfaire.

Je ne saurais assez insister près de vous sur ce conseil : donnant vos soins à une femme syphilitique, ne vous bornez pas à la traiter en tant que syphilitique; *ne croyez pas avoir tout fait quand vous lui aurez prescrit du mercure*, car il y a pour vous autre chose à faire. Observez cette femme comme une malade; interrogez toutes ses fonctions; ayez l'œil sur son état général, en un mot veillez *à sa santé*. Cela, croyez-moi, est tout aussi important, tout aussi médical, que de limiter son horizon aux symptômes purement extérieurs de la diathèse.

C'est dans ce but, Messieurs, qu'il vous faudra d'abord donner toute votre attention à l'*hygiène* de vos clientes, vous informer des détails de leur vie habituelle, de leur régime, de leurs occupations, du temps qu'elles consacrent à la marche, au sommeil, etc...; c'est dans ce but qu'il vous faudra insister près d'elles sur la nécessité d'une vie calme et régulière, leur recommander une alimentation tonique, où la viande et le vin entrent pour une large part, un exercice quotidien, un sommeil suffisant et réparateur, etc.

C'est dans ce but aussi que vous aurez souvent à leur prescrire les divers agents de la médication tonique et reconstituante : le *fer*, en premier lieu, le fer qui nous est éminemment précieux pour combattre la chloro-anémie, l'asthénie syphilitique, et tous ces phénomènes de langueur, de dépression générale, qui sont si communs chez la femme pendant la période secondaire; — le quinquina ; — les amers; — l'huile de foie de morue; — les bains stimulants, révulsifs de la circulation capillaire (bains salés, sulfureux, etc.); — les eaux minérales sulfureuses (Uriage, Luchon et autres); — les douches froides et l'hydrothérapie, qui m'ont souvent donné d'excellents résultats; — les bains de mer; — le séjour à la mer, à la campagne, etc., etc. Je vous le répète encore, Messieurs, tous ces agents reconstituants sont, dans bien des cas, les auxiliaires *indispensables* de la médication spécifique, et contribuent souvent autant qu'elle au succès définitif que poursuivent nos efforts.

Enfin, un dernier conseil.

Ce long programme thérapeutique ponctuellement suivi, religieusement observé, que vous restera-t-il à répondre au malade qui, après tant de traitements et d'épreuves, viendra vous rendre une dernière visite, et ne manquera jamais (soyez-en sûrs) de vous poser la question suivante : « Enfin, docteur, en suis-je quitte? Suis-je enfin délivré de ma maladie? Me croyez-vous *guéri*, radicalement guéri? »

Ce que vous devrez répondre en pareil cas, Messieurs, c'est ce que vous pensez, ce que la science vous donne le droit de croire ou d'espérer.

Or, ce que vous pensez, c'est que votre malade, traité suivant la rigoureuse méthode que nous venons de spécifier, a toute chance pour être délivré de son mal dans le présent et l'avenir, pour ne plus éprouver d'accidents, pour « en être quitte » avec la diathèse. — Cela, vous pouvez le dire, vous êtes moralement autorisé à le dire.

Mais ce que vous pensez aussi, c'est qu'en dépit de tous vos efforts, en dépit de votre long et actif traitement, il ne serait pas impossible que ce malade fût exposé quelque jour, dans un avenir plus ou moins éloigné, à un accident nouveau, à une manifestation ultérieure de la diathèse. Car, bien malheureusement, il n'est aucun signe qui nous permette, en syphilis, d'*affirmer la guérison;* car il n'est, ainsi que l'a écrit M. Ricord, « ni dose, ni forme pharmaceutique, ni durée de traitement, qui confère à coup sûr l'immunité, qui soit la garantie de l'extinction complète, absolue, radicale, de la vérole. » Or, cela aussi, Messieurs, il faut le dire, il faut le répondre à votre malade.

Qu'à un malade condamné, expirant, qu'à un phthisique ou un cancéreux qui a déjà un pied dans la tombe, nous promettions la santé, nous affirmions la guérison, soit. Cela est un mensonge pieux, cela est une consolation que, dans notre impuissance, nous devons au malheureux patient et qu'il serait cruel de refuser à sa facile crédulité. Mais à un sujet en pleine santé, à un sujet *compos sui*, qui jouit de toutes ses facultés, et que d'ailleurs nous avons presque le droit de croire à jamais débarrassé de sa maladie, nous ne devons que la vérité sur son état; et cette vérité, il faut la lui dire, la lui dire tout entière.

Il faut d'autant plus la lui dire — notez bien ceci — que, cette vérité, il a tout intérêt à la connaître et à s'en pénétrer. — Pourquoi? Le voici.

Advienne chez ce malade (contre notre attente et contre le but de nos efforts) un accident diathésique nouveau, à une époque plus ou moins tardive, dix, quinze, trente, quarante ans après le début de l'infection, il pourra se faire que cet accident n'éveille en rien dans l'esprit du malade le souvenir d'une affection depuis longtemps évanouie et presque oubliée. Il pourra se faire même que le médecin, non averti des antécédents spéciaux de son client, méconnaisse le caractère syphilitique de cet accident, et cela d'autant mieux, d'autant plus facilement, que les manifestations diathésiques d'une période éloignée sont loin, comme on l'a dit, d'avoir l'allure et la *physionomie* vénériennes. Cet accident pourra être une lésion viscérale, une tumeur crânienne, une hémiplégie, une paralysie, une sclérose de la moelle, une amaurose, une cirrhose, une néphrite albumineuse, etc., etc. Or, quel rapport, quelle liaison, aux yeux d'un homme du monde, de tels phénomènes peuvent-ils affecter avec un vieux péché de jeunesse, expié et périmé de longue date? Quel besoin, à leur propos, d'aller faire au médecin une confession complète, et de tirer de l'oubli de compromettants souvenirs? Conséquence : le malade taira ses antécédents spéciaux, et le médecin, non prévenu, courra risque de méconnaître la nature de la lésion. Auquel cas, la lésion méconnue, non traitée par la seule médication qui lui convienne, persistera, suivra son évolution normale, et pourra aboutir à une terminaison grave ou fatale, alors qu'elle aurait eu toute chance de guérir si elle eût été rattachée à sa véritable origine et soumise au traitement spécifique. Soyez sûrs en effet de ceci, Messieurs, c'est que nombre de syphilitiques tertiaires sont conduits à des infirmités incurables ou même à la mort par ce seul fait qu'une lésion tardive de leur maladie a été méconnue et non traitée comme elle aurait dû l'être.

Or, c'est contre cette éventualité possible qu'il vous faut tenir en garde vos clients. C'est en raison de la possibilité (même improbable) d'accidents tertiaires se manifestant à une époque reculée, qu'il y a intérêt majeur pour les malades à être édifiés, pleinement et sincèrement édifiés sur leur situation véritable, à l'époque où, jugeant leur traitement accompli et suffisant, vous les congédiez.

Ne négligez donc jamais, Messieurs, alors qu'un de vos malades viendra, lors de sa dernière visite, vous poser cette périlleuse question : Suis-je guéri? — ne négligez jamais de lui ouvrir votre pensée à découvert, et de lui donner comme adieu ce salutaire et très-essentiel avis :

« Oui, je vous crois guéri; je vous crois guéri, autant que scientifiquement j'ai droit de le croire. Mais, *quoi qu'il vous advienne dans l'avenir*, quel que soit le trouble qui puisse survenir dans votre santé, *souvenez-vous de votre ancienne maladie*. Accusez-la à votre médecin; ne négligez à aucun prix d'éclairer ce médecin sur vos antécédents spéciaux. Dites-lui bien, dites-lui dix fois plutôt qu'une, qu'autrefois vous avez eu la vérole. Il est très-probable certes que ce renseignement lui sera inutile; mais il se peut qu'il ait pour lui et pour vous surtout une utilité majeure, capitale; car de cet aveu peut dépendre votre guérison, votre vie. »

Telles sont, Messieurs, les considérations sommaires que je tenais à vous présenter à la fin de nos conférences de cette année, sur le traitement de la syphilis, considérations que je me propose de compléter l'année prochaine en vous faisant l'histoire de la syphilis tertiaire.

Je vous ai dit de quelle façon je comprenais ce traitement, et ce à quoi m'avaient conduit sur ce point mes observations personnelles. Il ne me reste qu'un regret en terminant ce rapide exposé, c'est de ne pouvoir l'étayer d'une autorité plus grande. Ce que j'ai vu, je suis sûr de l'avoir scrupuleusement et religieusement observé. Mais à vous et à l'avenir de juger en dernier ressort si j'ai bien vu ce que j'ai cru voir, et si j'en ai tiré de légitimes conclusions thérapeutiques.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE. — M. *Tripier* adresse, pour le concours des applications médicales de l'électricité, un mémoire, accompagné de divers autres documents, sur les questions posées pour ce concours. (Renvoi à la commission).

ARTS INSALUBRES. — M. *Tabourin* adresse une lettre relative aux pièces qu'il a présentées au concours des arts insalubres. (Renvoi à la commission.)

CANDIDATURES. — M. *Gosselin*, M. *Huguier*, prient l'Académie de vouloir bien les comprendre parmi les candidats à la place devenue vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. *Stan. Laugier*. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

PRINCIPES DE L'OPIUM. — M. *Rabuteau* communique une note qui est le résumé du travail en cours de publication dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

MÉTIS DES ESPÈCES DU LIÈVRE ET DU LAPIN. Note par M. *A. Sanson*. — « L'existence de ces métis, annoncée en 1858 sans preuves suffisantes, est aujourd'hui certaine. Leur production a été réalisée en avril 1868, à Brétigny-sur-Orge (Seine-et-Oise), par M. Eugène Gayot. Accouplés entre eux depuis lors, ils se sont montrés constamment féconds et leur fécondité ne paraît point s'affaiblir...

» L'observation des faits, dans leur état actuel, permet de résoudre la question importante de l'existence ou de la non-existence du type spécifique nouveau qui a reçu le nom de *Léporide*, comme résultant du croisement des espèces du Lièvre et du Lapin, et leur étant intermédiaire. Notre étude démontre que ce type n'existe point, et que les sujets nés de ce croisement sont purement et simplement des métis qui, à la façon de tous les autres, oscillent durant un certain temps entre leurs divers types naturels ascendants, pour faire en définitive retour à l'un ou à l'autre. Dans les expériences de M. Gayot, le plus grand nombre s'en est allé résolûment et sans arrêt vers le type du Lapin, tandis que quelques-uns seulement tendaient vers le Lièvre, auquel ils éprouvent quelques difficultés à retourner...

» Sur la question de savoir à quoi peut être attribuée la différence entre les produits de croisements radicalement incapables de se reproduire, et ceux qui jouissent notoirement d'une fécondité indéfinie, entre les hybrides et les métis, il y a une probabilité que je demande la permission d'énoncer en terminant; elle me paraît conforme aux faits connus. Les espèces, dans leur genre respectif, sont disposées en série régulière. Celles qui sont voisines dans leur série donnent par l'accouplement croisé des produits féconds. Il en est de même lorsqu'elles ne sont pas trop éloignées. S'il y a entre elles au delà d'un certain nombre de termes, le produit de leur accouplement est infécond. En tout cas, il serait intéressant que cette vue pût être vérifiée complétement par l'expérimentation. »

DÉVELOPPEMENT PROPORTIONNEL DE L'HUMÉRUS ET DU RADIUS CHEZ L'HOMME. Note de M. *E. T. Hamy*. — « Les embryogénistes ont depuis longtemps remarqué que quand l'avant-bras et le bras deviennent distincts l'un de l'autre, c'est-à-dire vers la fin de la cinquième semaine de la vie embryonnaire, le premier est sensiblement plus long que le second. Vers le cinquantième jour, l'égalité s'établit entre les deux segments, et presque aussitôt après le bras l'emporte sur l'avant-bras. Vers le milieu du troisième mois, le radius est à l'humérus comme 88,88 est à 100. Jusqu'à l'âge adulte, le rapport centésimal diminuera graduellement, de façon que, comme l'a dit M. Humphry, « les relations définitives entre les segments ne » s'établissent qu'après la puberté ».

» Mais on observe certaines variations d'intensité dans le développement des deux os. Ainsi, de trois à quatre mois, l'humérus, qui n'a pas encore atteint son rapport normal à la taille du sujet, augmente avec une rapidité beaucoup plus grande que celle du radius, qui dès la fin du troisième mois est déjà en proportion régulière avec la taille, et le rapport centésimal diminue d'une manière très-sensible. Cette décroissance du rapport de l'avant-bras au bras est encore très accusée de quatre à cinq mois, mais elle est déjà un peu moindre. La différence de l'intensité du développement des deux os diminue de plus en plus, à partir du moment où les deux segments ont atteint leur longueur proportionnelle à la taille du jeune être, et, sauf une légère prédominance assez brusque, mais de courte durée, dans l'intensité du développement du bras, entre le onzième et le vingtième jour après la naissance, le chiffre proportionnel, qui subit à ce moment une descente rapide, ne se modifie plus que lentement et dans des limites resserrées.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BAUTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Prévost* (d'Hazebrouck), *Routhier* (de Baume-les-Dames), et *Dagand* (d'Alby). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département du Doubs, et en 1871 dans la Haute-Savoie. (*Commission des épidémies*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Ticier* sur le service médical des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées) en 1870. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Masse*, présenté par M. *Larrey*, et relatif à l'emploi de l'acide quino-picrique dans les fièvres intermittentes et rémittentes. (*Comm. :* MM. Poggiale, Gubler et Hérard.) — *b*. Une note de M. le

docteur *Pigeon* (de la Nièvre), renfermant une théorie anatomo-physiologique du cas de morve relaté par M. *Trélat* dans la séance du 21 février dernier de la Société de chirurgie. (*Comm.* : MM. Gosselin, Dolbeau et Vulpian.) — c. Une lettre de remercîments de M. le docteur *Maurin* (d'Alger), lauréat de l'Académie.

M. le *Secrétaire* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Jaubert*, qui rappelle, à l'occasion de la lecture faite par M. Verneuil dans la dernière séance, que M. le docteur Amussat a pratiqué, le 13 avril 1870, avec l'assistance de M. le docteur Augenard fils et la sienne, une opération de trachéotomie au moyen de la galvanocaustique thermique, sur un enfant de treize ans ayant depuis plus d'un mois un petit caillou dans la trachée-artère.

M. *Daremberg* présente, de la part de M. le docteur *Corlieu* une ÉTUDE MÉDICALE SUR LA DYNASTIE DES VALOIS.

M. *Bouchardat* présente, de la part de M. le docteur *Debout*, une brochure sur les gravelles rares.

M. *Tardieu* présente : 1° de la part de M. le docteur *Fournier*, un volume intitulé : JEAN DE VIGO ; LE MAL FRANÇAIS (traduction et commentaires); 2° un pli cacheté de la part de M. le docteur *Rouyer*.

M. *Larrey* présente : 1° de la part de M. le docteur *Amussat* fils, une brochure sur le traitement du cancer du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique ; 2° de la part de M. le docteur *Fort*, la première partie (2e édition) d'un TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'HISTOLOGIE.

M. *J. Guérin* dépose sur le bureau un travail de M. le docteur *Carcassonne* sur la taille hypogastrique.

M. *Depaul* présente : 1° une brochure sur les Microzymas, par M. le docteur *Caizergues;* 2° le compte rendu d'une discussion sur la variole et la vaccine, par MM. les docteurs *Caffe*, *Dally*, *Gallard*, *Marchal* (de Calvi), *Lanoix*, *Tardieu*, *Révillout*, etc.

M. *Pidoux* présente une brochure de M. le docteur *Champagnat*, relative à l'action des eaux de Vichy sur le tube intestinal.

M. *Gosselin* présente une brochure de M. le docteur *Nicolas Duranty* sur le diagnostic des paralysies motrices des muscles du larynx.

M. *Chassaignac* offre en hommage un exemplaire de ses LEÇONS SUR LA TRACHÉOTOMIE, professées à l'hôpital de Lariboisière.

DE LA THORACOCENTÈSE. — M. *Béhier* met sous les yeux de l'Académie divers appareils aspirateurs imaginés par M. Caltiaux, Regnard et Thénot, et destinés à l'évacuation des liquides épanchés dans les cavités séreuses et particulièrement dans la plèvre. Ces appareils ne sont que des modifications perfectionnées de la seringue aspiratrice de M. Jules Guérin. Ils se recommandent par la simplicité de leur mécanisme, la facilité de leur emploi et la modicité de leur prix.

M. Béhier a pratiqué, avec ces appareils, cinq thoracocentèses toutes suivies d'un heureux résultat. Les instruments aspirateurs permettent d'évacuer jusqu'à la dernière goutte de sang, de pus ou de sérosité, d'opérer en toute sécurité, à l'abri de la pénétration de l'air dans la cavité thoracique, et avec des trocarts capillaires qui ne font plus redouter la lésion du poumon. Aussi l'honorable professeur croit-il que la thoracocentèse, timidement pratiquée autrefois, et exclusivement réservée aux grandes collections pleurétiques, doit devenir désormais le mode de traitement usuel de la pleurésie avec épanchement. Grâce à cette ponction inoffensive, mise à la portée de tous les praticiens, on abrége singulièrement la durée des pleurésies sécrétoires, et l'on épargne aux malades la torture souvent insuffisante et parfois inutile de ces applications réitérées de vésicatoires ou de cautères, qui forment la base de la médication ordinaire.

M. Béhier fait fonctionner devant ses collègues les appareils de MM. Caltiaux, Regnard et Thénot, et montre qu'ils peuvent servir non-seulement à l'évacuation complète des liquides épanchés, mais encore à des injections médicamenteuses et à des lavages dans les cavités closes.

Cette intéressante communication donne lieu à une discussion d'un grand intérêt pratique, dans laquelle sont examinées tour à tour l'opportunité de la généralisation de la thoracocentèse et l'utilité de l'emploi des appareils aspirateurs.

Sur le premier point, M. *Chauffard* exprime la crainte que l'abus de la thoracocentèse ne conduise à une négligence regrettable et même à un oubli complet du traitement médical de la pleurésie. Il se demande aussi si l'évacuation trop rapide d'un épanchement pleurétique n'expose pas au danger de favoriser l'évolution de la phthisie pulmonaire chez les sujets prédisposés ou en puissance de tuberculose. La médication révulsive habituellement employée, loin d'exposer à ce péril, est essentiellement propre à le conjurer, en prévenant ou en enrayant le molimen inflammatoire qui précède ou qui accompagne si souvent le processus tuberculeux.

M. *Pidoux* a observé, comme M. Chauffard, que dans les pleurésies tuberculeuses, l'épanchement semble retarder la propagation et le développement des tubercules dans le tissu pulmonaire.

La même remarque a été faite par M. *Hérand*, qui attribue à la compression exercée sur le poumon par l'épanchement pleurétique une action favorable, à la fois préventive et modératrice, sur la marche des processus inflammatoires associés à l'évolution de la tuberculose. Néanmoins, M. Hérard est d'avis qu'il y a tout avantage à évacuer prématurément un épanchement pleural, qui pourrait, à la longue, devenir purulent. Mais, suivant lui, la thoracocentèse ne doit pas dispenser de recourir à l'emploi des révulsifs et de tous les autres moyens généraux ou locaux, propres à détruire les derniers vestiges de l'inflammation de la plèvre.

M. *Colin* cite des faits empruntés à la pathologie vétérinaire, qui paraîtraient établir un certain antagonisme entre la tuberculisation des membranes séreuses et la phthisie pulmonaire. D'où il résulterait que la pleurésie tuberculeuse peut exister indépendamment de la tuberculose du poumon, et qu'au point de vue de l'évolution de cette dernière, il y a avantage à ne pas chercher à guérir trop vite les tubercules de la plèvre.

Quant au second point relatif au procédé opératoire, M. *Chauffard* ne voit pas que les appareils aspirateurs préconisés par M. Béhier offrent des avantages bien marqués sur l'appareil de Reybard, généralement usité, ni sur le petit trocart employé depuis quelque temps par M. Blachez.

M. *Colin* trouve les appareils proposés par M. Béhier trop compliqués. Ne serait-il pas plus simple de se servir, comme en vétérinaire, d'un trocart muni d'un ballon de caoutchouc?

M. *Jules Guérin* indique un procédé emprunté à la méthode sous-cutanée et qui, en évitant le parallélisme de l'ouverture de la peau et de la plaie profonde, prévient sûrement la pénétration de l'air dans la poitrine. M. J. Guérin se sert aussi d'une canule courbe, dont l'extrémité interne peut plonger dans les points les plus déclives de la cavité pleurale, ce qui rend possible l'épuisement complet du liquide épanché.

Malgré toutes ces objections, M. *Béhier* tient bon pour la généralisation de la thoracocentèse et pour l'utilité absolue de cette opération, même dans les épanchements pleurétiques faibles et récents. Cependant, le savant professeur de clinique est trop bon clinicien pour ne pas reconnaître, en même temps, avec MM. Hérard et Chauffard, la nécessité d'employer la médication révulsive concurremment avec la thoracocentèse, toutes les fois que l'évacuation de l'épanchement laisse derrière elle quelque trace de phlegmasie menaçante pour le tissu pulmonaire.

DES FRACTURES MALLÉOLAIRES. — Les fractures du péroné ont été l'objet de nombreux et importants travaux; et, après les belles recherches de Dupuytren, de Maisonneuve et de Malgaigne, on pouvait considérer la question comme résolue, sans appel. Mais c'était compter sans M. le docteur *Tillaux*, qui a lu devant l'Académie le résultat d'investigations nouvelles sur ce point de la pathologie chirurgicale, embrassant dans une étude commune toutes les fractures malléolaires.

Les fractures malléolaires se produisent presque toujours dans un mouvement d'adduction ou d'abduction du pied. Le mouvement d'adduction forcée du pied peut amener : 1° l'arrachement de la malléole externe seule; 2° cet arrachement avec éclatement de la malléole interne; 3° ce même arrachement avec fracture sus-malléolaire transversale du tibia. La luxation de la tête du péroné peut se substituer à l'arrachement, de la malléole externe pour occasionner cette fracture transversale. Le mouvement d'abduction détermine : 1° l'arrachement, soit des ligaments latéraux internes, soit de la malléole elle-même; 2° consécutivement, la fracture du péroné avec plus ou moins d'intégrité des ligaments péronéotibiaux inférieurs. De l'intégrité de ces ligaments ou de leur

arrachement du tibia résulte le degré de luxation du pied en dehors.

Le péroné ne peut céder dans les fractures par abduction que si les ligaments internes ou la malléole interne ont été préalablement brisés.

Ces propositions sont déduites d'études cliniques et d'expériences sur le cadavre.

A. LINAS.

Société de chirurgie

SÉANCE DU 20 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

ANÉVRYSME CIRSOÏDE DE LA RÉGION AURICULO-MASTOÏDIENNE GAUCHE. — DE LA SUBSTITUTION DES COURANTS CONTINUS FAIBLES, MAIS PERMANENTS, AUX COURANTS CONTINUS ÉNERGIQUES ET TEMPORAIRES DANS LES PARALYSIES, LES CONTRACTURES MUSCULAIRES ET LES LÉSIONS DE NUTRITION.

M. *Labbé* demande l'avis de ses collègues à propos de l'anévrysme cirsoïde présenté dans l'avant-dernière séance.

Selon M. *Chassaignac*, la malade peut vivre longtemps avec sa tumeur. Il conseille l'abstention, car les injections de perchlorure de fer n'ont pas toujours donné de bons résultats et ont parfois déterminé la mort.

M. *Verneuil* fait remarquer qu'à la moindre plaie la malade est exposée à des hémorrhagies peut-être mortelles; il est donc pour l'opération. Les anévrysmes cirsoïdes se composent de deux parties : une tumeur érectile qui existe depuis la naissance et des artères qui se dilatent alentour; lorsqu'on enlève la tumeur, les artères dilatées tendent à reprendre leur calibre normal. Chez la malade de M. Labbé, c'est l'oreille, siége primitif du mal, qu'il faudrait enlever ; c'est sur ce point que doivent porter d'abord les injections coagulantes. Je donnerais la préférence à ce dernier mode de traitement.

M. *Labbé* se décide à tenter les injections. La crainte des hémorrhagies chez sa malade est telle, qu'elle a une terreur invincible quand elle est seule. Il sera facile de comprimer avec un anneau de plomb et de circonscrire, ainsi que l'a fait M. Broca, l'îlot où une injection coagulante sera pratiquée.

— M. *Le Fort* lit un travail sur la substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants continus énergiques et temporaires dans les paralysies, les contractures musculaires et les lésions de nutrition (voy. *Gaz. hebd.*, 1872, p. 261).

A propos de la communication de M. Le Fort, M. *Giraud-Teulon* a réuni 42 observations d'application de courants *continus* et *constants* : la *continuité* se rapportant à la suppression dans la mesure du possible des intermittences, la *constance* se rapportant à la non-oscillation, toujours dans la mesure du possible, des intensités et quantités de courants employés pendant les cinq minutes de leur application. Le nombre des éléments employés était de 8 : 16, pile de Remak, larges éléments.

Ces observations comprennent : Paralysies musculaires des yeux, sur 32 cas 15 succès concluants, 9 demi-succès, 8 insuccès complets; contractures, 5 cas, 5 succès ; opacités vitrées, 5 cas, 4 succès. M. Giraud-Teulon cite un fait où il a été possible de distinguer le fond de l'œil après huit séances, ce qui était impossible au moment où le traitement a été entrepris. Dans les cas de paralysie, M. Giraud-Teulon a employé le courant *ascendant* ou *inverse*, celui que Cl. Bernard considère de même sens que l'*électrotonus physiologique*. Dans les cas de contracture, c'est le sens opposé qu'il a suivi; mais il ne saurait se prononcer sur la supériorité ou l'infériorité de la durée très-longue de l'application des courants constants sur laquelle insiste M. Le Fort.

M. *Dubreuil* a traité avec succès par les courants continus un malade de M. Verneuil atteint de contracture de la main, que M. Duchenne (de Boulogne) considérait comme une contracture réflexe, et que M. Verneuil considérait comme un effet d'une plaie du nerf cubital.

Ce que M. *Le Fort* a dit de nouveau, de personnel, c'est que l'on doit employer un courant continu faible pendant vingt-quatre heures, et remplacer la surface de production de l'électricité par le temps de son application sur les tissus.

SÉANCE DU 27 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

ACTION DES COURANTS CONTINUS ET DES COURANTS INDUITS SUR LES PARALYSIES MUSCULAIRES.

Prenant la parole au sujet de la communication faite par M. Le Fort dans la dernière séance, M. *Bouvier* dit que ce chirurgien a attribué plus de puissance aux courants continus qu'aux courants induits sur la nutrition, ce qui, selon M. Bouvier, ne peut être accepté. En effet, il y a bien longtemps que l'on sait que dans les paralysies susceptibles d'être modifiées par l'électricité les courants induits augmentent notablement le volume du membre; on en trouvera de nombreux exemples dans le livre de M. Duchenne (de Boulogne). Y a-t-il une différence d'action entre les deux sortes de courants au point de vue de la nutrition? Les observations de M. Le Fort ne tranchent pas cette question. Il faudrait des observations comparatives et jusqu'à présent elles n'ont pas été faites. Les deux courants semblent agir de la même façon; mais quel est le plus fort? Lequel vaut-il mieux employer? Chez les femmes et les enfants on donnera la préférence aux courants continus, qui sont indolores.

M. *Le Fort* n'a point parlé de M. Duchenne (de Boulogne), parce qu'il n'avait pas à comparer les deux sortes de courants; nous sommes assez avancés pour savoir que dans certains cas on a chance de réussir avec un courant constant, et non avec un courant induit. Quand on applique le courant induit sur la surface d'un membre au niveau d'un muscle paralysé, tantôt le muscle se contracte à l'état tétanique, tantôt on ne remarque aucune contraction : il y a des paralysies musculaires dans lesquelles le courant induit ne produit rien, et dans ce cas le courant constant peut agir. Lorsque les muscles subissent la dégénérescence graisseuse, les courants induits n'ont aucune action, et alors les courants constants auront chance d'agir pour faire rétrograder ou arrêter la dégénérescence.

D'après M. *Dolbeau*, les faits signalés par M. Giraud-Teulon doivent être séparés des paralysies d'origine traumatique. Quand on guérit des paralysies traumatiques, on n'est pas sûr que l'électricité a guéri, car il y a de ces paralysies qui guérissent seules quand la cicatrisation du nerf s'est effectuée ou quand l'inflammation consécutive au traumatisme a disparu. La guérison est l'exception, et M. Dolbeau se demande si l'électricité y est pour quelque chose. Il a vu beaucoup de paralysies du deltoïde guérir par l'électricité peu soigneusement appliquée; c'étaient peut-être des guérisons spontanées. Il n'est pas démontré scientifiquement que les courants continus ou intermittents aient amené la guérison dans les paralysies traumatiques.

M. *Perrin* parle dans le même sens que M. Dolbeau. Il n'a jamais vu une paralysie traumatique influencée d'une manière évidente par l'électricité. Quant aux paralysies des muscles moteurs de l'œil, il y en a qui guérissent seules : celles dues à un refroidissement. Celles qui se rattachent à une lésion de l'encéphale ne guérissent pas par l'électricité. M. Perrin a employé les courants intermittents dans les paralysies des muscles de l'œil, sans danger; mais il n'a rien obtenu quand la paralysie était d'origine cérébrale.

M. *Le Fort* comprend que M. Perrin n'ait rien obtenu avec la faradisation dans les paralysies des muscles de l'œil : pour

avoir un résultat, il faut employer des piles très-fortes, et M. Duchenne (de Boulogne) a rapporté un accident grave dû à la faradisation de l'œil. Les courants constants n'ont pas cet inconvénient. Dans les paralysies *à frigore* et traumatiques, M. Le Fort a vu réussir l'électricité : il y en a beaucoup d'exemples dans la science; mais quand il n'y a plus de fibres musculaires il n'y a plus rien à obtenir.

Il n'est pas possible, dit M. *Trélat*, de déclarer que telle paralysie est de tel ordre et une autre paralysie de tel autre ordre; le diagnostic complet est impossible et le pronostic ne peut être indiqué dès l'abord. Entre la paralysie musculaire par refroidissement et les paralysies causées par une altération des centres nerveux, il y a toute une série de paralysies d'un pronostic variable et très-différemment susceptibles de guérison.

M. *Verneuil* est étonné d'entendre dire que les paralysies traumatiques ne sont nullement influencées par l'électricité. Il faut tenir compte de l'état anatomique du muscle et de la durée de l'accident. La guérison spontanée peut survenir, mais après quatre ou cinq mois il ne faut plus compter sur la nature. L'électricité rend de sérieux services pour les paralysies du deltoïde et pour celles du nerf radial suite de l'usage des béquilles; dans tous ces cas l'électricité accélère la guérison.

M. *Giraud-Teulon* insiste sur les bons effets des courants continus sur les contractures des muscles de l'œil. Ces courants sont sans danger pour l'œil, et il n'en est pas de même pour les courants induits.

Selon M. *Perrin*, il faut classer les faits avant de porter un jugement favorable. Il faut connaître la nature de la paralysie, son mode de production, le genre d'électricité employée, le mode d'emploi, la force des piles, le nombre des couples, l'effet obtenu et au bout de combien de temps.

REVUE DES JOURNAUX.

Thérapeutique des maladies du cœur, par PIAGE.

La digitale n'est pas toujours sans inconvénient; la glace, appliquée localement sur le cœur a, au contraire, tous les avantages de la digitale et aucun de ses inconvénients. Harvey, Humbolts, Pickford, ont prouvé que le contact du froid ralentissait l'action du cœur. Or, le froid a sur ce dernier la même influence favorable dans la péricardite, et dans l'endocardite; l'enveloppement dans le drap mouillé fait baisser le pouls des fébricitants de 10 à 15 battements. En conséquence, chez les cardiopathes, l'auteur place sur la région cardiaque une bouteille remplie d'eau glacée, renouvelée trois ou quatre fois du matin au soir, en même temps qu'il leur donne 15 à 20 gouttes de teinture de digitale. En quatorze jours environ disparaissent tous les phénomènes curables de la lésion cardiaque. Dans les affections chroniques des orifices et des valvules, il faut quelquefois s'en tenir à l'application du froid; ce dernier peut aussi, à lui seul, guérir radicalement les palpitations purement nerveuses. Dans les dilatations considérables, avec amincissement des parois, soit générales, soit partielles, la glace, aussi bien que la digitale, est dangereuse, et c'est le fer qu'il faut employer. (*Journal de médecine de Bruxelles*, et *Archives médicales belges*, décembre 1871.)

Des kystes hydatiques de la paroi abdominale antérieure, par M. MOUTET.

L'étude que nous signalons est une monographie très-complète qui doit concourir à éclairer l'histoire de cette affection vaguement définie, qui, depuis Tulpius, a été désignée sous le nom d'hydropisie enkystée du péritoine. M. Moutet, sous le nom de kystes hydatiques de la paroi abdominale antérieure, décrit l'une des variétés de l'hydropisie enkystée; il la sépare des kystes qui, nés dans la cavité péritonéale à l'intérieur d'un viscère, viennent faire saillie à l'extérieur en soulevant la paroi abdominale antérieure, et il réserve le nom de kystes hydatiques prépéritonéaux à ceux qui, nés en avant du feuillet pariétal du péritoine, ne coexistent pas avec d'autres tumeurs de même nature développées en d'autres points de la cavité sous-jacente.

Le professeur a pu réunir huit observations de ces kystes, dues à Boudet, Roux, Leidy, Degner, Courty, Anhorn, Décieux, et enfin une observation personnelle qui est remarquable à divers titres. C'est avec ces données qu'il a pu tracer un exposé clinique dont nous signalerons les parties les plus intéressantes.

Les kystes hydatiques siégent de préférence à la région ombilicale et ses environs; le lieu originel de leur point de départ n'a pas toujours été facile à déterminer, cependant il est probable que deux variétés doivent être admises, l'une dans laquelle le kyste se développe dans les muscles, l'autre dans laquelle le kyste a pour siége initial le tissu cellulaire prépéritonéal. Les kystes sont ordinairement isolés, rarement multiloculaires : ils prennent un développement énorme. C'est par milliers qu'on a supputé le nombre de vésicules contenues à leur intérieur; la quantité du liquide a été de plusieurs litres, jusqu'à 12 ou 15. Les hydatides rentrent dans la catégorie de celles qui sont souvent dépourvues d'échinocoques. Au point de vue de la composition chimique, M. Moutet a constaté la faible proportion d'albumine (2 pour 100), l'absence de coagulation par la chaleur.

La symptomatologie est étudiée avec de grands détails; elle est résumée par l'auteur dans le tableau suivant :

Une tumeur apparaissant à la région abdominale antérieure, sans y être annoncée par une cause générale ou une modification locale préalable, et suivie de douleurs tardives affectant une étendue circonscrite à un point de l'abdomen ou occupant toute la superficie; plus ou moins bosselée dans le premier cas, régulièrement arrondie, mais plus saillante sur la ligne médiane dans le second; déterminant un amincissement extrême de la peau, mais sans œdème du tissu cellulaire, ni dilatation variqueuse des veines sous-cutanées; élastique; plus ou moins facile à délimiter par la palpation, mais susceptible de l'être au moins dans une de ses parties, même dans le cas de distension excessive; donnant à la percussion un son mat, dont le siége n'éprouve aucune modification à la suite des changements de position, et reste fixe comme la forme elle-même que son développement a imprimée au ventre; fluctuante et transmettant au doigt une sensation particulière de frémissement; ne provoquant ni troubles respiratoires, ni troubles digestifs profonds, mais un malaise général; laissant subsister l'appétit, la soif, la sécrétion urinaire; n'entraînant aucun arrêt dans la circulation veineuse, et, par suite, aucune infiltration des membres inférieurs; n'excitant aucune perturbation dans la circulation générale, sauf à une période avancée; coexistant avec toutes les apparences de la santé; d'une extrême lenteur dans sa marche et résistant à l'action de tous les agents résolutifs : tel est l'ensemble des caractères à l'aide desquels on peut espérer la reconnaître avec quelque certitude.

De tous ces signes, un seul a une valeur spéciale, nous l'avons déjà établi : c'est le frémissement hydatique; mais son absence est trop fréquente pour qu'on en tire un grand parti. Nous devons en outre ajouter que s'il éclaire la nature de certaines tumeurs abdominales, il n'a aucune autorité quand il s'agit de préciser leur siége. A ce point de vue même, il pourrait devenir la source d'une véritable confusion, attendu que les kystes intra-abdominaux à vers vésiculaires en sont également pourvus. Par suite il devient souvent nécessaire d'avoir recours à une autre épreuve plus expressément démonstrative. Quelquefois on peut examiner directement le

contenu, à la suite d'une rupture, ou en pratiquant une ponction explorative. Mais celle-ci, dans un cas, a été suivie d'accidents graves, et ne doit être tentée qu'après réflexion. Le diagnostic présente des difficultés nombreuses ; ce n'est qu'après un examen très-sérieux qu'on peut différencier ces kystes des collections liquides de l'abdomen, et en particulier des kystes de l'ovaire et de l'ascite, et des kystes hydatiques intra-abdominaux. C'est principalement dans le toucher vaginal et rectal qu'on trouve les signes différentiels les plus positifs.

Le traitement est nécessairement chirurgical ; trois fois sur quatre l'incision du kyste a donné les résultats les plus favorables. La ponction simple serait tout à fait insuffisante. M. Moutet conclut en faveur de l'incision de la poche avec le bistouri, l'évacuation complète, les lavages détersifs ou désinfectants, et plus tard les injections iodées. (*Montpellier médical*, octobre, novembre, décembre 1871.)

Travaux à consulter.

La perspiration cutanée dans les fièvres, par A. Pudzinowitsch. — L'auteur, employant un procédé d'observation dont il publiera ultérieurement les détails techniques, a fait des mensurations répétées le matin et le soir sur douze malades, et il a constaté les résultats suivants : La perspiration cutanée, dans certains cas, n'a offert aucun rapport avec les changements de la température ; elle a paru diminuer dans le cas de température élevée, ou bien augmenter dans le cas de température abaissée, comme l'a observé l'auteur dans deux cas de rhumatisme aigu, et un cas de pleuropneumonie. La perspiration a été diminuée dans deux cas de *febris recurrens* avec une température de 39 à 41 degrés centigrades, augmentée dans deux cas de typhus pétéchial avec 39 à 41 degrés centigrades. La perspiration, dans d'autres circonstances, a marché parallèlement à la température, augmentant ou diminuant suivant que celle-ci s'élève ou descend, ce qui a été constaté dans deux cas de typhus abdominal. (*Centralblatt*, n° 14, 1871.)

Calcul salivaire du canal de Wharton, par le docteur Ramskill. — Il s'agit d'un calcul de la grosseur d'un grain d'orge qui a été éliminé spontanément sous l'influence ulcérative. (*Medical Times and Gazette*, 1871, n° 1090.)

Conception dans des conditions inaccoutumées, par R. Olshausen. — Il s'agit de deux cas dans lesquels la conception s'est produite pendant que les malades portaient un pessaire intra-utérin, avec tige renflée. La conception s'établit et la grossesse n'a été nullement troublée par la présence de l'instrument. Dans un cas l'instrument est resté vingt-sept jours à côté de l'uvule dans la cavité utérine sans produire d'accidents. Les deux enfants étaient bien développés. (*Archiv f. Gynæcologie*, Bd. 2, Heft 2, 1871.)

Sur le calibre des artères, leurs variations et leur importance pour le développement des maladies, par F. W. Beneke. — L'auteur, se basant sur l'examen de 70 cas, donne les proportions suivantes : circonférence interne de l'aorte à 1 centimètre au-dessus des valvules, maximum, 58mm,8 ; minimum, 31mm,0. Circonférence interne de l'aorte thoracique descendante à 12 centimètres au-dessous de l'origine de la sous-clavière gauche, de 40mm,7 à 13mm,2. Aorte abdominale à 3 centimètres au-dessus de la bifurcation, maximum, 33mm,3 ; minimum, 13mm,2. La circonférence de l'artère pulmonaire à 2 centimètres au-dessus des valvules a pour maximum 58 millimètres, et minimum 30mm,7. L'auteur accompagne ces données de considérations appliquées à la pathologie. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, IV Heft, 1871.)

Sur les polypes du rectum chez les enfants, par J. Bókai. — Vingt-cinq observations. Monographie intéressante. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, IV Heft, 1871.)

Déformation particulière du poignet, suite de la paralysie du nerf musculo-spiral dans les fractures du radius, par Erichsen. — Trois observations de paralysie plus ou moins complète du radial et de l'interosseux postérieur, ou de paralysie étendue au court extenseur du carpe et au court supinateur. (*The Lancet*, t. II, n° 1, 1871.)

Traitement du catarrhe purulent chronique de l'oreille, par le docteur Inslee Pardee. — L'auteur recommande plus particulièrement les instillations dans l'oreille externe d'une solution composée de 2gr,5 de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Il est quelquefois nécessaire de doubler la proportion de nitrate d'argent. L'auteur rapporte un cas de guérison d'une fissure du tympan obtenue par ce moyen. (*The medical Record*, 15 décembre 1871.)

Observations sur l'ulcération des veines jugulaires communiquant avec un abcès ou une plaie, par le docteur S. W. Gross. — L'auteur donne le résumé de douze cas d'ulcération des veines jugulaires avec hémorrhagie à l'intérieur d'abcès, ou dans des abcès dont le contenu avait été évacué depuis plusieurs jours, ou dans des ulcères aigus ou chroniques. La majorité de ces cas a été observée chez des enfants à la suite de scarlatine ou d'abcès et d'ulcérations de nature scrofuleuse. Tous ont été suivis de mort. Dans onze cas la veine jugulaire interne a été atteinte, et dans un cas c'est la veine jugulaire externe qui a été perforée. Dans neuf cas la perforation a été causée par l'extension de l'inflammation. Dix cas ont été observés chez des enfants entre deux et treize ans d'âge. L'introduction de l'air n'a été observée que dans un cas, produisant une syncope dont le malade s'est relevé momentanément. Il n'y a eu thrombose du vaisseau affecté que dans deux cas. Les conclusions pratiques de ce travail sont que les abcès profonds du cou peuvent rapidement, sous l'influence de causes pathologiques telles que la scarlatine, prendre brusquement une allure rapide et amener l'ulcération des vaisseaux ; que les gros troncs veineux sont plus facilement envahis par l'inflammation que leurs branches ; qu'il faut agir de bonne heure par des incisions profondes. L'auteur ne signale pas la ligature du vaisseau comme moyen thérapeutique ; cependant, si cette opération pouvait être pratiquée assez promptement, on sait qu'elle a réussi dans un cas de perforation traumatique. (*American Journal of medical science*, avril 1871.)

Sur le traitement des angiomes par la galvanocaustique, par le docteur H. Maas. — L'auteur a réuni et analysé 130 cas de nævi congénitaux, de téléangiectasie, d'angiome caverneux veineux, d'angiome artériel, dans lesquels on a employé la galvanocaustique. Sur ces 130 il y a eu 112 cas de guérison, 11 cas d'amélioration, 4 cas dont le résultat est inconnu et 3 cas de mort. Les trois cas de mort se rapportent à des angiomes caverneux (veineux) ; dans l'un d'eux la mort a été la conséquence d'une hémorrhagie par la cicatrice chez un enfant de dix-neuf mois ; dans le second, un homme âgé de trente-cinq ans est mort un mois après l'opération de tétanos ; dans le troisième cas, la cause de la mort n'est pas indiquée. L'auteur conclut que la galvanocaustique présentant une proportion de succès de 85 pour 100 constitue le procédé opératoire le plus efficace et le moins dangereux, bien qu'il n'offre pas une innocuité parfaite. (*Archiv für Klinisch Chirurgie*, Bd. 12, 1870.)

Réactif de la curarine, par le docteur K. Koch. — L'auteur décrit les procédés qui permettent de séparer la curarine de l'urine, du sang, des fèces et des muscles. Le réactif de la curarine est l'acide sulfurique monohydraté concentré. Lorsqu'une solution contenant six centmillièmes de gramme de curarine est traitée par un demi-centimètre cube de cet acide, on voit se produire immédiatement une coloration rouge qui devient plus foncée, puis passe au rose au bout de quelques heures. L'acide sulfurique concentré et le chromate de potasse donnent les mêmes réactions qu'avec la strychnine. (*Chem. centr.*, 1871.)

Sur les polypes du rectum chez les enfants, par le docteur J. Bokay. — Sur 65 970 enfants malades, l'auteur n'a observé que vingt-cinq fois des polypes du rectum. Ils étaient toujours uniques, et l'opération a toujours réussi ; il n'y a pas eu de récidive. La ligature a été le mode d'ablation employé dans tous ces cas. On trouvera dans cette monographie des indications intéressantes sur ce sujet. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*, 4e Heft, 1871.)

Un cas de sarcomatose aigue, par le docteur Th. Simon. — Bien qu'il remonte à une époque un peu ancienne, nous signalons ce fait comme un des exemples les plus remarquables de généralisation d'une tumeur sarcomateuse qui s'est comportée comme un véritable cancer. (*Berliner Klin. Wochenschrift.*, n° 23, 1870.

Blessure d'une artère intercostale, par le docteur Mayne. — Les observations de ce genre semblent se multiplier assez pour infirmer l'opinion de Malgaigne, qui comptait les procédés thérapeutiques proposés comme plus nombreux que les faits de lésions des intercostales. Dans le cas présent, le blessé étant en état d'ivresse, n'a pu rendre compte des circonstances dans lesquelles s'était produite la blessure ; au

moment de l'entrée, il y avait une plaie par piqûre au niveau du mamelon gauche; le malade avait perdu beaucoup de sang, il est mort le second jour. A l'autopsie, on trouva au niveau du cartilage, de la quatrième côte gauche, l'artère intercostale ouverte; il y avait un épanchement de sang dans la plèvre. Dans ce cas, la multiplicité des procédés thérapeutiques n'a pas profité au blessé. (*The Dublin quarterly Journal*, novembre 1871.)

LA DARTRE, par M. CHARPY, interne des hôpitaux de Lyon. — Dans ce premier article, M. Charpy étudie l'anatomie pathologique du psoriasis et de l'eczéma, qu'il considère comme les deux incarnations de la dartre.

Le psoriasis est, d'après lui, une hypergénèse du tissu épithélial tégumentaire avec sclérose légère du tissu conjonctif. Les appareils glandulaire, vasculaire et nerveux échappent presque entièrement à la lésion. L'eczéma est une dermatite, une lésion primitive du tissu conjonctif de la peau, avec retentissement secondaire sur le tissu épithélial.

L'impétigo, le lichen, le pityriasis alba ou rubia ne seraient que des variétés d'eczéma (?).

Une planche jointe au texte nous donne les dessins des préparations de M. Charpy. Il y aurait avantage à placer à côté des dessins représentant la lésion, un autre dessin figurant l'état normal sur des préparations faites parallèlement par le même auteur. La démonstration y gagnerait beaucoup.

M. Charpy se propose, dans un autre article, de remonter à la cause génératrice des dermatoses dartreuses et de fixer leur place en pathologie. (In *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, par le docteur Doyen.)

BIBLIOGRAPHIE.

Étude médico-légale sur les blessures par imprudence, l'homicide et les coups involontaires, par A. TARDIEU. — J. B. Baillière et fils. Paris, 1871, in-8° de 196 pages.

Le titre de cette récente publication montre que nous analysons une étude intéressante pour la plupart des médecins, et plus encore pour les chirurgiens. Il ne s'agit pas de faits exceptionnels, mais d'observations dont le nombre se multiplie chaque année, et qui rentrent dans la pratique ordinaire. Chacun peut avoir des occasions fréquentes d'intervenir, au titre de praticien comme au titre médico-légal, dans les accidents qui sont l'objet de cette étude, et nous mettrons facilement en relief la valeur souvent considérable que peut prendre un premier rapport exact et rigoureux, pour l'appréciation des suites de lésions qui sont si souvent l'objet d'actions judiciaires et d'expertises médico-légales.

M. Tardieu a pu dire avec confiance que les blessures par imprudence constituent un groupe bien défini dans l'histoire médico-légale des coups et blessures, et en spécialisant leur étude, le savant professeur crée à bon droit un chapitre de médecine légale dont l'importance est manifeste.

Le livre est divisé en quatre chapitres, sur chacun desquels nous devons nous arrêter.

En résumant, sous le titre de *Choix d'observations de blessures par imprudence*, 115 observations de blessures résultant d'accidents de chemin de fer, de voiture, d'accidents professionnels ou causés par coups de feu, explosions, incendies, etc..., M. Tardieu nous initie par des exemples quelquefois saisissants, et même dramatiques, aux difficultés si nombreuses des expertises médico-légales.

Nous voyons, en effet, une série de tableaux qui nous représentent sous les formes les plus variées les allégations exagérées sur lesquelles le médecin est appelé à se prononcer. Tantôt les accidents ont été légers, mais les blessés y voient la cause de toutes les affections dont ils sont atteints ainsi que le prouvent les observations 25, 26, 27, 28 et 54, dans lesquelles sont formulées des demandes d'indemnités pour des troubles nerveux mal définis, maladies de matrice, ébranlement nerveux, suppression des règles, névralgies, etc., sans compter les traces de scrofule (observation 39). Tantôt des affections sont simulées et d'autant plus difficiles à diagnostiquer qu'elles peuvent coïncider avec des lésions graves; tels sont les exemples de paralysie simulée dans un cas de fracture du bassin (observation 30), d'amaurose simulée à la suite de contusion (observation 31); ailleurs les témoignages médicaux sont contradictoires, et l'on assiste à une discussion entre les experts (observation 35), ou bien l'examen ultérieur fait reconnaître des accidents jusqu'alors méconnus, par exemple la constatation d'une fracture de l'acromion chez un enfant au sujet duquel un rapport médico-légal démontrait qu'il n'y avait pas eu fracture de la tête humérale, mais, négligeant l'étude des saillies osseuses voisines n'indiquait pas la lésion réellement existante. Dans d'autres cas, le médecin a dû faire la part des incidents d'un traitement incomplet par la faute du malade, quelquefois même par suite d'insuffisance de soins. Enfin, le rôle de l'expert peut présenter des embarras tout à fait inattendus, tels qu'un procès intenté par la partie que n'a pas favorisée son jugement (observation 40).

Le second chapitre donne des indications sur les conditions générales de l'expertise, dont le mécanisme est assez compliqué, puisque l'expert peut être commis dans les formes les plus diverses de la procédure, informations ou poursuites correctionnelles, action répressive, procès civil par le parquet de première instance, le parquet de la Cour, le juge d'instruction, le tribunal correctionnel, la Cour, appel correctionnel, par un officier de police, par le tribunal civil, le juge de paix, et enfin, par les parties intéressées, compagnies et particulier.

M. Tardieu insiste sur des détails de formalités indispensables à connaître, et il établit des tableaux de statistique dans lesquels sont réunies les données officielles sur les décès par accidents. Il nous signale lui-même les imperfections du mode de classement adopté dans les comptes rendus de la justice criminelle; cependant, à propos des accidents de chemins de fer, l'auteur donne des chiffres indiquant les résultats généraux, pour la plupart inédits, de la statistique relative aux accidents de chemins de fer, depuis 1835 jusqu'à 1840.

Dans l'espace de trente-quatre années, on compte 18 554 personnes atteintes par des accidents de chemins de fer, dont 4111 tuées et 14 443 blessées. Le nombre des victimes augmente d'année en année, puisqu'il était environ de 600 à 800 par an de 1855 à 1862, et que, depuis 1864, il s'est élevé de 1000 à 2400.

Pour les quinze dernières années, on connaît la proportion relative des voyageurs et des agents des compagnies; ainsi, sur 3469 tués, on compte 2154 agents et 324 voyageurs, et sur 13 300 blessés, 9754 agents et 2508 voyageurs.

M. Tardieu a traité avec quelques développements les conséquences des accidents de chemins de fer, et nous ne pouvons résister au désir de montrer, par une longue citation, combien le sujet intéresse la pathologie chirurgicale, et mérite d'appeler l'attention des praticiens en France, ou de provoquer des études analogues à celles qui ont commencé à se produire en Angleterre. Nulle part, plus que pour les accidents de chemins de fer, on est à même d'étudier cette complication, des blessures qu'on désigne sous le nom d'*état de choc* et qui semble, quant à présent, représenter une des formes de la commotion générale, mais dont le siége peut souvent être spécialisé.

« Cependant les jours, les semaines, se passent sans amener d'amélioration bien réelle. Les malades continuent à se plaindre, ils sont sans forces; s'ils peuvent marcher, ce n'est que pendant très-peu de temps et avec une grande peine; ils accusent des douleurs sourdes, principalement dans les reins et dans la tête; d'autres fois celles-ci sont vagues et changent de place, revenant de préférence vers la colonne vertébrale et dans un point fixe de la longueur, soit entre les deux épaules, soit vers les lombes, avec des élancements qui s'irradient sur les côtés de la poitrine, ou dans le bas-ventre, ou dans la continuité des membres. Ceux-ci sont d'une extrême faiblesse, quelquefois l'un plus que les autres, et le blessé pré-

tend ne pouvoir se servir également bien des deux mains, par exemple, ou encore ne pouvoir soutenir l'un de ses bras. La constitution tout entière s'est altérée. A la suite de l'accident, le blessé n'a repris ni sa physionomie, ni son teint habituels; il est pâle, le visage boursouflé ou amaigri, triste, le regard morne, sans énergie. Il n'a pu reprendre son travail ordinaire, et, s'il l'a tenté, il a été bientôt forcé d'y renoncer. toutes les fonctions sont languissantes ou troublées; la digestion souvent troublée par des vomissements sans cause apparente; l'intestin paresseux ainsi que la vessie; la respiration courte, le cœur facilement agité par des palpitations. Les facultés intellectuelles, sans être altérées en apparence, ont perdu néanmoins de leur vigueur.

» Dans quelques circonstances, les centres nerveux eux-mêmes ont ressenti assez profondément le contre-coup des contusions extérieures pour qu'un travail morbide s'y développe et détermine des symptômes d'abord obscurs, à marche insidieuse, dont les progrès finissent pourtant par miner la constitution tout entière, et amener lentement, mais sûrement, la mort, plusieurs années après l'accident qui en est la cause première. Les faits auxquels je fais allusion ont d'ailleurs des caractères assez constants pour que l'on puisse en donner une idée générale suffisamment exacte. Ils ne se montrent guère qu'à la suite des accidents de chemins de fer qui ont eu une certaine gravité, une rencontre de trains express, un déraillement avec choc violent; je les ai observés chez plusieurs employés des postes frappés dans ces conditions. Il y a eu sur le coup perte de connaissance immédiate; mais si la commotion a été générale et intense, il n'y a pas eu de blessure apparente très-grave, le plus souvent pas de fractures, mais des contusions étendues et profondes. Une fois que les blessés ont repris leurs sens, ils ont pu se remettre en route sans grandes difficultés. Pendant les premiers jours il a paru que l'accident n'aurait pas d'autre conséquence qu'un brisement de tout le corps, une courbature excessive et un ébranlement que le temps ne manquerait pas de dissiper.

» A mesure que le temps marche, ces symptômes deviennent plus accusés, et si le médecin arrive à une époque plus avancée, il se trouve en présence des caractères les plus accusés d'une paralysie générale, à marche progessive et fatale. Les mouvements sont difficiles et lents, la mémoire très-affaiblie, la voix cassée et la parole manifestement embarrassée. L'appétit est nul, la langue chargée, l'haleine fétide, la peau terreuse et froide, le pouls petit et faible. La somnolence est l'état le plus habituel; cependant l'intelligence n'est pas éteinte et les réponses peuvent encore être assez nettes. De temps en temps les douleurs reparaissent avec un caractère marqué d'exacerbation. Cette perte graduelle des forces physiques, cet affaiblissement progressif des facultés morales ne peuvent laisser de doute sur l'existence d'une lésion grave et profonde des centres nerveux, qui, en l'absence même de toute constatation anatomique, démontre que la commotion ressentie au premier choc de l'accident a été compliquée d'une contusion du cerveau ou de la moelle épinière, et par suite d'une inflammation subaiguë des centres nerveux. La marche de cette affection doit être attentivement suivie; on sait, en effet, que la lésion, primitivement développée dans un point du cordon rachidien, au niveau de la région qui a été contuse, peut s'étendre de bas en haut jusque vers l'encéphale; de même que, dans certains cas, le mal peut prendre un sens inverse. C'est là, on le comprend, une affection incurable et dont la terminaison doit être nécessairement funeste.»

Le dernier chapitre, bien intéressant au point de vue pratique, est consacré à l'exposé des règles à suivre et des éléments d'appréciation dans les expertises médico-légales concernant les blessures par imprudence; il y a là des conseils auxquels la haute expérience de l'auteur donne une valeur considérable. En effet, les éléments d'appréciation sont de plusieurs ordres; l'expert doit porter son attention sur la nature et les complications de la blessure, sur les maladies et les infirmités secondaires, le traitement suivi, les conditions individuelles (sexe, âge, constitution, infirmités antérieures, profession); enfin l'un des problèmes les plus délicats est l'appréciation des allégations exagérées ou fausses, et de la simulation employée par les plaignants à l'appui de leurs demandes d'indemnité. Au milieu de ces difficultés, l'expert a besoin d'être guidé, et M. Tardieu lui vient en aide par des préceptes nettement exposés, et toujours accompagnés d'exemples significatifs.

L'intervention de l'expert ayant lieu ordinairement longtemps après l'accident, est une tâche délicate dans laquelle celui-ci ne saurait trop multiplier les moyens d'investigation; il doit à la fois se mettre en garde contre les piéges de toutes sortes que lui tendent la ruse, l'intérêt ou la défiance, lutter même contre des rapports médico-légaux, contradictoires, alors que « le rôle de l'expert se transforme dans une sorte d'arbitrage ». A plusieurs reprises M. Tardieu recommande de ne pas faire intervenir dans le rapport le chiffre d'indemnité qui est toujours au fond du débat; l'expert doit se borner à préciser le pronostic ou même un diagnostic rétrospectif préparant ainsi, d'une façon certaine, les bases d'un jugement équitable. A tout point de vue, l'étude entreprise par M. Tardieu devra toujours être consultée par le médecin au moment où sa responsabilité tout entière peut être engagée dans une question médico-légale.

A. Hénocque.

Index bibliographique.

Pneumonies et fièvres intermittentes pneumoniques, par le docteur Armaingaud. (Travail lu à la Société de médecine de Bordeaux, 1871.) — In-8°, Bordeaux.

Niées par les uns, admises par les autres, ces fièvres intermittentes pneumoniques, ou si l'on aime mieux, ces pneumonies intermittentes, sont considérées par M. Armaingaud comme absolument démontrées. Il laisse ouverte la question litigieuse de savoir s'il y a ou non des *inflammations intermittentes*, constatant seulement l'existence d'une fluxion pulmonaire intermittente, d'une congestion se révélant par les signes habituels de la pneumonie au premier degré : sub-matité, râles crépitants, crachats sanglants, etc. Quand il y a souffle, ce qu'il considère comme une exception, il tend à l'attribuer à un épanchement séreux concomitant.

Plusieurs observations prises avec soin, accompagnées de tracés thermographiques qui permettent de suivre l'évolution de la maladie, donnent à ce travail un véritable intérêt.

VARIÉTÉS.

Répression de l'ivrognerie. — Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale, en sus de celles que nous avons fait connaître dans le dernier numéro, ont pour but de faire participer les maîtres de cabarets, de cafés et autres lieux publics, à la responsabilité des faits d'ivrognerie qui se seront produits dans leurs établissements. Nous comptons revenir sur cette importante question.

Organisation de la médecine. — Par suite de la prise en considération de la proposition tendant à ce qu'il soit nommé une commission spéciale pour réviser la législation de l'an XI, la proposition Naquet, devenue superflue, a été retirée de l'ordre du jour des séances de l'Assemblée nationale.

École de médecine de Toulouse. — M. Basset (Jules), docteur en médecine, est nommé professeur d'hygiène, en remplacement de M. Ressayre, décédé.

HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. — Le concours ouvert le 25 mars dernier à l'Hôtel-Dieu, pour deux places de chirurgiens adjoints, s'est terminé par la nomination de : en 1re ligne, M. le docteur Marcorelles; en 2e ligne, M. le docteur Poncel.

Le 13 avril suivant, la commission administrative, d'après le vœu formulé par le jury, a nommé à une troisième place (place créée pour la circonstance) M. le docteur Henri Nicolas, classé troisième, et a voté une médaille d'or pour M. le docteur Raynaud, classé quatrième.

Le concours ouvert le 8 avril, pour deux places de médecins adjoints, s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Guichard de Choisity, en première ligne, et C. de Vésine Larue, en seconde ligne.

—M. le docteur Léon Le Fort, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie, le 11 mai, à neuf heures (salle Helmoltz). Opérations le samedi; examen clinique tous les jours à neuf heures et demie, excepté le jeudi.

COURS PUBLIC SUR LES MALADIES DES YEUX. — M. le docteur Galezowski commencera ce cours mardi prochain 7 mai, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, à sept heures et demie du soir, et il le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra l'étude des affections oculaires liées aux maladies cérébrales et spinales. — Conférences cliniques tous les jours à midi et demi, 26, rue Dauphine.

— Dans la ligue médicale qui s'est formée partout contre les abus de l'usage des spiritueux, la Société de médecine d'Anvers doit être distinguée. Elle mettait, en effet, la question de l'alcoolisme au concours dès 1870, et deux mémoires répondaient, en 1871, à son programme : l'un de M. Louis de Ridder et l'autre de M. le docteur A. Jensen, de Tirlemont, tous deux couronnés; ces mémoires, en traitant la question sous divers aspects, en donnent une connaissance complète et méritent d'être consultés. (*Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, janvier.)

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République française, en date du 27 avril, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Strauss (François-Alexandre), médecin-major de 1re classe au 5e régiment d'artillerie.

Au grade de chevalier : MM. Coutenot (François-Marie), médecin en chef de l'hospice civil de Besançon;—Druhen (Ignace), docteur-médecin, professeur à l'École de médecine de Besançon.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 20 au 26 avril 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 6.— Rougeole, 13. — Scarlatine, 1.— Fièvre typhoïde, 13. — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 44. — Pneumonie, 60. — Dysentérie, 5. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0 — Angine couenneuse, 8. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 217. — Affections chroniques, 371 (1). — Affections chirurgicales, 62. — Causes accidentelles, 14. — Total, 844.

(1) Sur ce chiffre de 371 décès, 179 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

De la ponction de la vessie à l'aide du trocart capillaire et de l'aspiration pneumatique, par le docteur Watelet. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 1 fr. 50

L'ambulance n° 5, par G. Peltier, interne des hôpitaux de Paris. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 1 fr. 50

Étude sur les vêtements chez l'homme et chez la femme dans leurs rapports avec l'hygiène, par le docteur J. Cerviotti. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris, numéros de septembre et octobre; chaque numéro renferme 4 photographies. Paris, Adrien Delahaye. — Prix de chaque numéro : 2 fr.
— Prix de l'abonnement à l'année : 20 fr.

Étude sur la divulsion des rétrécissements du canal de l'urèthre, par le docteur Léonce Loustau, pharmacien de 1re classe. In-8. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr. 50

Pathologie de la rate, par le docteur G. Peltier. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr. 50

Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux minérales de Vittel (Vosges), par le docteur Patézon. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 0 fr. 75

Leçons sur les nerfs vaso-moteurs, sur l'épilepsie et sur les actions réflexes normales et morbides, par le docteur Brown-Séquard, traduites de l'anglais par le docteur Beni-Barde. 1 vol. in-8°. Paris, G. Masson. — Prix : 4 fr.

Journal d'ophthalmologie, paraissant sous la direction des docteurs Galezowski et Piéchaud. Première année, 2e livraison. H. Lauwereyns. — Prix de l'abonnement annuel : France : 20 fr.
Étranger : 25 fr.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, suite et complément de tous les dictionnaires, par M. P. Garnier. septième année, 1870-1871. 1 vol. in-18 de XI-684 pages. Germer Baillière. — Prix : 7 fr.

Essai sur les phénomènes morbides de la pression intra-oculaire, par Adolphe Piéchaud. In-8° de 150 pages avec figures dans le texte. Paris, Lauwereyns. — Prix : 3 fr.

Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, par le docteur Henri Roger. Tome premier, 1 vol. in-8°. Paris, P. Asselin. — Prix : 8 fr.

Des kystes des parties molles de la jambe, par le docteur Paul Lafitte. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr.

Considérations sur la chirurgie des aliénés, par le docteur Jules Decors. Grand in-8. Paris, P. Asselin. — Prix : 2 fr. 50

Étude sur Broussais et son œuvre, par le docteur Paul Reis. 1 vol. in-8°. Paris, P. Asselin. — Prix : 3 fr.

Bulletins et Mémoires de la Société de thérapeutique. Tome III, année 1878. 1 vol. gr. in-8. Paris, P. Asselin. — Prix : 3 fr. 50

Nouveaux éléments de physiologie humaine, par Wundt, traduits de l'allemand sur la 2e édition et augmentés de notes par le docteur Bouchard. Fascicule III, feuilles 21 à 26, pages 321 à 416. Paris, F. Savy. — Prix de l'ouvrage complet, payé à l'avance : 14 fr.

Clinique obstétricale ou Recueil d'observations et statistique, de M. le docteur A. Mattay, tome troisième, contenant cent observations détaillées. 1 vol. in-8° de 300 pages. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 4 fr.

Les microzymas, ce qu'il faut en penser, par le docteur Ceizergues. 1 vol. in-8°, accompagné de 5 planches microscopiques. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 3 fr. 50

Étude sur la variole. Épidémie 1870-71 observée à l'hôpital cantonal de Genève, par le docteur Revilliod. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 1 fr. 50

Pathogénie de l'infiltration de l'urine, par le docteur Muron. In-8°. Paris, Adrien Delahaye. — Prix : 2 fr.

G. MASSON, *propriétaire-gérant*.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 9 mai 1872.

Les services médicaux de l'armée nouvelle.

(Deuxième article.)

Le recrutement des médecins militaires. — Le recrutement du corps de santé militaire est un des éléments fondamentaux de son existence; aussi cette question doit-elle sérieusement préoccuper ceux qui seront chargés de son organisation.

Afin de préciser le débat, il est bon de rappeler brièvement les systèmes employés jusqu'à ce jour, leurs avantages et leurs inconvénients. La loi du 14 frimaire an III (23 novembre 1794) et le règlement confirmatif du 17 septembre 1796 avaient constitué à Paris, Metz, Strasbourg et Lille, des hôpitaux d'instruction qui, malgré les vicissitudes amenées par les guerres continuelles de la République et de l'Empire, les événements politiques qui les suivirent, les nombreuses modifications apportées pendant un demi-siècle dans l'organisation des services médicaux militaires, fonctionnèrent d'une façon à peu près permanente jusqu'au 25 avril 1850, date de leur suppression par un décret du Président de la République.

Les hôpitaux d'instruction, dans lesquels se sont formées la plupart des sommités contemporaines de la médecine militaire, aussi bien qu'un grand nombre de nos illustrations médicales, offraient un avantage réel, celui d'utiliser pour l'instruction des futurs médecins de l'armée les ressources cliniques offertes par les quatre hôpitaux militaires les plus importants. Malheureusement, l'instruction que l'on y recevait n'était point complète, en ce sens que les élèves nommés médecins sous-aides, après trois ans d'étude, devaient servir activement dans l'armée et n'étaient rappelés à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce qu'après une longue absence. Ils revenaient ayant à peu près perdu le fruit de leurs premiers travaux et ne passaient que lentement les derniers examens de doctorat, dont le diplôme fut toujours exigé pour le concours au grade de médecin-aide-major de 2e classe. Puis, la liberté absolue dont jouissaient les élèves des hôpitaux d'instruction n'était pas très-favorable au travail, du moins pour un certain nombre d'entre eux; ils n'arrivaient que tard au grade de sous-aide, attendaient longtemps celui d'aide-major, en sorte que, par suite de chances défavorables ou de la légèreté de leurs premières années de jeunesse, ils entraient un peu dégoûtés dans le corps ou donnaient leur démission. Du reste, la perspective bornée de cette carrière et la situation du médecin militaire dans l'armée n'étaient pas faites pour retenir ceux qui trouvaient à se caser ailleurs.

Le décret organique du 23 mars 1852 supprima le grade de médecin sous-aide et substitua aux hôpitaux d'instruction une école unique, celle du Val-de-Grâce, sous le nom d'École d'application; elle devait recevoir des docteurs en médecine qui, au bout d'une année consacrée à des études spéciales, seraient admis dans le cadre des médecins militaires avec le grade d'aide-major. Pendant quelques années, ce recrutement parut satisfaisant; on trouva d'abord la majeure partie des élèves militaires licenciés en 1850, puis un certain nombre de médecins civils séduits par l'attrait de la nouveauté et la perspective de faire la campagne d'Orient; mais ces ressources s'épuisèrent, et, dès 1855, il fut facile de prévoir que l'on n'aurait, par le concours direct, qu'un recrutement insuffisant à combler les vides produits par les décès, les retraites et les démissions de plus en plus nombreuses.

L'administration de la guerre était alors dirigée par un homme auquel la médecine militaire doit une grande reconnaissance, l'intendant général Darricau, qui voulut sérieusement constituer le corps de santé militaire et eut le tact d'associer à ses projets M. l'inspecteur Michel Lévy. A l'initiative de ce maître éminent, à la ferme volonté et à l'esprit de justice de M. Darricau, le corps de santé doit en grande partie les progrès qu'il a accomplis depuis vingt ans et qui sont sérieux, quoique la situation ne soit pas encore ce qu'elle devra être, bien plus dans l'intérêt des malades que dans celui des médecins. Sur les conseils de M. Michel Lévy, M. Darricau décida le ministère de la guerre à créer une école spéciale du service de santé militaire, en analogie avec les autres écoles destinées à fournir des officiers à l'armée. Les élèves recevaient l'instruction théorique et pratique auprès de la Faculté de Strasbourg et se trouvaient soumis en outre à un véritable entraînement scientifique, grâce à des conférences, à des interrogations faites par des répétiteurs militaires nommés au concours, grâce aussi au régime disciplinaire de l'école, qui adoptait le principe du casernement. Les décrets des 12 juin 1856, 28 juillet 1860, 29 avril 1864 réglaient le fonctionnement de cette école, à la tête de laquelle fut placé comme inspecteur-directeur M. Sédillot. Après leurs quatre années d'études universitaires, les élèves, reçus docteurs et admis comme médecins stagiaires à l'école d'application, venaient y prendre l'instruction spéciale militaire que les Facultés ne peuvent fournir.

L'école de Strasbourg a vécu quatorze ans; mais elle n'a pu donner de résultats définitifs que depuis 1860; pendant cette période de dix années, sauf certains détails d'organisation intérieure qui auraient pu être avantageusement modifiés, on a été à même d'apprécier le principe qui en faisait la base, celui de prendre des jeunes gens au sortir des baccalauréats et de ne les admettre dans le corps médical de l'armée qu'après cinq années d'épreuves universitaires ou militaires, qui amenaient dans chaque promotion l'élimination successive des sujets douteux.

Ce n'est pas que l'on ait épargné les critiques à cette école; il serait inutile de les reproduire toutes, car elles tombent devant les faits. Que devait produire l'école de Strasbourg? Des élèves suffisants comme nombre, suffisants surtout comme valeur scientifique; elle les a fournis et nous le démontrons : chaque

année le nombre des candidats se présentant aux examens pour Strasbourg augmentait dans une proportion notable; dans les dernières années, il ne s'élevait pas à moins de 350 à 400 pour 80 places en moyenne, et le courant se prononçait de telle façon que plusieurs lycées, celui de Strasbourg, par exemple, avaient institué des classes préparatoires aux examens de l'école du service de santé militaire. Par suite de la sélection continuelle dont nous avons déjà parlé, ces 80 élèves se réduisaient à 65 ou 70 environ au sortir du Val-de-Grâce; or, il est reconnu que 60 admissions annuelles suffisent pour combler les vides du cadre normal des médecins militaires, fixé à 1147 par le décret du 23 mai 1859. Au point de vue scientifique, les résultats étaient encore plus satisfaisants; à Strasbourg, les places d'externes, d'internes, d'aides d'anatomie, de préparateur, les prix de la Faculté étaient presque tous enlevés par les élèves militaires; leurs thèses, auxquelles ils attachaient avec raison une importance capitale, constituent souvent de véritables monographies que nous voyons citer à chaque page dans les travaux d'actualité. Enfin, si l'on ne voulait admettre pour eux qu'une supériorité relative, que l'on consulte le doyen de la Faculté de Paris, les professeurs de cette école, auprès desquels les anciens élèves de Strasbourg viennent actuellement subir leurs examens de doctorat; malgré les circonstances éminemment défavorables au milieu desquelles ces jeunes gens se trouvent depuis deux ans, ils ont mérité à Paris les éloges les plus flatteurs; évidemment il y a des exceptions, nous ne parlons que de la généralité.

L'école de Strasbourg était — disons-le hautement — une excellente création. Elle coûtait cher peut-être; on y attirait les élèves par l'espoir de bourses très-nombreuses. Cela est vrai; mais pour procurer à ses soldats de bons médecins, l'État ne doit-il pas faire quelques sacrifices, aussi bien qu'il en fait, à l'École polytechnique, pour avoir des ingénieurs ou des officiers du génie, à l'École normale pour recruter de bons professeurs? On ne peut espérer que des docteurs, qui pendant cinq ou six ans, ont dû dépenser un capital considérable pour acquérir le diplôme, et sont en moyenne âgés de vingt-six ou vingt-sept ans, vont beaucoup rechercher la position de médecin aide-major, aux appointements de 2200 francs avec la perspective de n'arriver au grade de médecin-major de 2e classe (3560 francs) qu'au bout de huit ou dix ans de service. Le ministère de la guerre a de nouveau voulu tenter cette expérience en offrant récemment aux docteurs en médecine 100 places d'aides-majors qui, au mépris du décret de 1852, auraient été dispensés du stage au Val-de-Grâce; le concours n'a pu avoir lieu faute de candidats! on pouvait le prévoir d'avance, mais il est bon qu'une fois de plus l'administration de la guerre se soit pénétrée de cette vérité.

Évidemment la situation anormale faite aux médecins dans l'armée est bien pour quelque chose dans ces insuccès, mais la question n'est pas en entier dans ce fait, et pour avoir un corps bien organisé, fonctionnant dans un même esprit, suffisamment scientifique, il faut lui assurer un recrutement normal par des écoles spéciales.

L'École du service de santé a été emportée dans la tourmente qui nous a si cruellement frappés; les dernières promotions de 1868 et 1869 finissent leurs études à Paris et à Montpellier; dans deux ans, les élèves seront tous entrés dans les cadres. Il importe donc que le Gouvernement songe à reconstituer un recrutement normal pour le corps des médecins militaires; il y va des intérêts les plus sacrés de l'armée. Plusieurs projets sont en présence, paraît-il, et l'on nous permettra de tracer rapidement ici les bases sur lesquelles on pourrait les concilier.

Pour former des médecins, il faut, dès le début de leurs études, les mettre en présence de malades; l'hôpital et l'amphithéâtre sont leurs vraies salles de travail; les cours théoriques et pratiques ont sans contredit leur importance, mais quel que soit le mérite des professeurs, ils ne suffisent point. C'était là un des *desiderata* de la Faculté de Strasbourg, qui, pour l'instruction clinique de ses six cents élèves civils ou militaires, ne possédait qu'un seul hôpital. Pénétrés de ces idées, la plupart des médecins demandent aujourd'hui la multiplicité des centres d'instruction, libres ou universitaires, et admettent généralement que la réunion d'un trop grand nombre d'élèves dans un seul centre ne donne pas de bons résultats.

Nous croyons qu'il y aurait avantage à appliquer ce principe aux élèves de la médecine militaire, en créant dans quatre grands hôpitaux — Lyon, Nancy, Toulouse et Lille, par exemple — une école du service de santé militaire où seraient admis par concours un certain nombre de jeunes gens qui s'engageraient à se consacrer pour dix ans au moins au service de santé de l'armée. Le personnel de ces écoles, recruté au concours parmi les médecins militaires, ne coûterait rien à l'Etat; il se confondrait avec celui que nécessite l'hôpital militaire déjà existant; les frais seraient peu onéreux, car l'enseignement pourrait être donné en partie par les grandes écoles secondaires ou les Facultés de nouvelle création, et les élèves, absolument soumis à la discipline militaire, seraient — vu leur nombre relativement peu considérable dans chaque école — en excellente situation pour passer fructueusement deux ou trois années. Au commencement de la troisième ou au plus tard de la quatrième, ils seraient placés dans les écoles situées dans la même ville qu'une Faculté, suivraient les cliniques spéciales, les cours d'accouchements et, pour terminer, subiraient leurs examens de doctorat; ils entreraient alors à l'école d'application du Val-de-Grâce pour y prendre l'instruction spéciale militaire.

La création de ces écoles provinciales du service de santé de l'armée, sorte de retour aux hôpitaux d'instruction, mais dont elles n'auraient pas les inconvénients, permettrait d'y réunir également les jeunes docteurs qui, par application du service obligatoire, devront faire au moins un an de service comme volontaires. Dans ces écoles, ces médecins prendraient une certaine habitude de l'armée, acquerraient une instruction spéciale et, à l'expiration de leur année de service, pourraient, sauf examen, recevoir une commission de médecin aide-major de la réserve. Si quelques-uns d'entre eux prenaient goût à la médecine militaire et désiraient en faire leur carrière, ils passeraient de droit à l'école d'application et dès lors rentreraient dans la loi commune.

Il importe, en effet, que l'on songe à organiser des cadres de réserve pour le service médical d'une armée qui pourra s'élever au chiffre de 1 200 000 hommes, et il n'est pas admissible que l'on attende le moment de la mobilisation générale pour délivrer à des praticiens civils une commission de médecin militaire. Une fois classés dans la réserve comme aides-majors, les médecins civils compteraient pour ordre dans le corps d'armée territorial de leur zone et ne seraient astreints à aucun service en temps de paix. Comme il paraît injuste de

les maintenir jusqu'à quarante ans dans le même grade, il serait admis qu'après un certain temps de service, ou à un âge déterminé et sur la proposition motivée du médecin en chef de leur corps d'armée, ils recevraient une commission de médecin-major et ne pourraient dès lors être mobilisés pour la guerre que dans cette qualité. Une semblable organisation serait à peu près analogue à celle qui règle le service médical des armées allemandes, sujet du plus haut intérêt pour nous et qui vient d'être consciencieusement étudié par plusieurs écrivains français, et en particulier par M. L. Le Fort. Nous renvoyons à ces intéressants travaux ceux de nos lecteurs qui voudraient approfondir la question (1).

Ces projets nous semblent pratiques et facilement réalisables; il y aurait lieu de rechercher si, dans les écoles du service de santé militaire, il conviendrait de revenir pour les élèves au principe du casernement, ou si une allocation annuelle d'une part, de l'autre une discipline très-rigoureuse sans être vexatoire, ne suffiraient pas pour assurer le travail. — Nous ne voulons point discuter ces questions à cette place, mais, alors même que le Gouvernement serait disposé à faire les frais de première installation pour une grande école unique casernée, nous pensons que les capitaux fort considérables que nécessiterait cette création, son entretien et celui des élèves boursiers, pourraient être plus avantageusement employés.

Chacune des quatre écoles militaires provinciales pourrait recevoir 80 élèves en moyenne. De plus, étant admis que 300 étudiants prennent chaque année leur diplôme de docteur, et supposant qu'ils opteraient tous pour faire leur service de volontaire d'un an dans les écoles militaires, celles-ci devraient en réunir également 75 à 80 chacune. Néanmoins, malgré ces 160 élèves, il n'y aurait pas encombrement; car, tandis que les élèves du service de santé suivraient le cours normal de leurs études, les volontaires d'un an pourraient, au bout de quelques mois et dans l'intérêt même de leur instruction, être attachés aux hôpitaux militaires de la région, aux camps permanents ou temporaires; ils ne reviendraient à l'école que pour subir leurs examens et recevoir leur commission d'aide-major de la réserve.

Le grand avantage des écoles provinciales consisterait dans l'utilisation au profit des élèves des vastes hôpitaux que l'armée doit entretenir. Enfin, il en est un autre qui a bien aussi quelque valeur : pour avoir des médecins militaires capables, il faut les retenir dans l'armée par l'espoir d'une situation honorable. Les places de professeur, — qui ne coûteraient rien au budget, — obtenues au concours, assurant une stabilité relative, des moyens d'étude et cette légitime notoriété qui s'attache au savoir, seraient l'objet d'une noble ambition. On fortifierait ainsi dans la médecine militaire ce courant de travail qu'a développé la création des écoles du Val-de-Grâce et de l'École de Strasbourg.

En résumé, nous sommes convaincu que le recrutement du corps de santé, subordonné néanmoins aux modifications qu'il importe d'amener dans le fonctionnement et la situation des médecins militaires, serait pratiquement réalisable dans les conditions suivantes :

(1) Voyez L. Le Fort, *Le service de santé dans les armées nouvelles*, in *Revue des deux mondes*, 1871, t. XCXVI, p. 88, et *La chirurgie militaire dans l'armée prussienne*, in *Revue scientifique* du 30 mars 1872, p. 934; voyez aussi *Étude sur le service de santé dans l'armée prussienne*, in *Revue militaire de l'étranger*, 1872, n° 14, 15, 21.

1° Quatre écoles provinciales réunissant dans les plus grands hôpitaux les élèves qui se destinent à la médecine militaire et les volontaires d'un an qui, une fois docteurs, recevront une commission d'aide-major de la réserve.

2° Une école d'application, déjà existante au Val-de-Grâce, et destinée à fournir une instruction spéciale et très-complète aux élèves des écoles provinciales reçus docteurs et devant entrer dans le service de santé permanent.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique chirurgicale

De la substitution des courants continus faibles mais permanents aux courants continus énergiques ou temporaires, dans les paralysies, les contractures musculaires et les lésions de nutrition (lu à la Société de chirurgie dans la séance du 20 mars 1872), par le docteur Léon Le Fort.

(Fin. — Voyez le numéro 17.)

J'appliquai le même mode de traitement à un autre malade atteint de paralysie du deltoïde, suite de contusion.

Le malade, âgé de trente-trois ans, terrassier, resta en traitement pendant deux mois. Le deltoïde était non-seulement paralysé, mais atrophié, lors de l'entrée du blessé à l'hôpital, le 21 février 1870; au moment de son départ, le 19 avril, la guérison était complète.

Un autre malade, âgé de quarante-trois ans, était entré dans mon service, le 18 août 1869, pour une fracture de la colonne vertébrale dans la région lombo-dorsale suivie de paralysie des membres inférieurs. La paralysie de la jambe droite fut de courte durée; mais, du côté gauche, elle continuait à être complète au mois d'octobre suivant. Je soumis alors le blessé aux courants faibles et permanents. La sensibilité puis la motricité reparurent successivement de la racine à l'extrémité du membre; ils tardèrent beaucoup à se montrer dans les orteils et ne revinrent que vers le mois d'avril 1870.

Les résultats que m'avaient donnés les courants continus, faibles et permanents, avaient été assez remarquables pour m'engager à faire appliquer à demeure, sur une des parois de la salle, des fils conducteurs qui me facilitaient l'emploi de l'électricité, sans déplacement de la pile; car j'employais également les courants continus pour chercher la guérison, par absorption, de certaines tumeurs. Je ne puis encore aujourd'hui vous entretenir de ce sujet, mais je dois maintenant vous exposer les motifs qui, depuis 1865 et surtout depuis 1869, m'ont fait appliquer les courants faibles et permanents à la guérison des paralysies et de quelques lésions de nutrition.

Dès la découverte de l'électricité, on essaya fort empiriquement l'action curative des décharges électriques dans le traitement de maladies fort diverses. On employa surtout l'étincelle produite par la machine ou par la bouteille de Leyde. En 1801, Hallé, professeur à la Faculté de médecine de Paris, se servit d'une pile de Volta, formée de cinquante couples argent et zinc, pour traiter une paralysie faciale. Hallé cherchait à obtenir des contractions musculaires; les étincelles électriques provenant d'une machine n'amenaient qu'un peu de rougeur à la peau, l'emploi de la bouteille de Leyde produisait quelques légères contractions, le courant continu de la pile de Volta, appliqué pendant cinq minutes, avait produit des contractions beaucoup plus fortes. La guérison fut-elle obtenue? L'observation se tait à cet égard; mais il est intéressant de noter cette tentative d'application des courants continus, tentative qui ne devait se renouveler d'une manière suivie et régulière que près d'un demi-siècle plus tard.

La difficulté de se procurer une source suffisante d'électricité avait fait abandonner l'emploi thérapeutique de cet agent, lorsque la découverte des courants d'induction, faite par Faraday en 1832, permit de recourir facilement à l'électricité dans le traitement des paralysies musculaires. Il n'est pas besoin, Messieurs, de vous rappeler les nombreux et magni-

fiques travaux de M. Duchenne (de Boulogne) sur l'électrisation localisée et la faradisation.

Qu'on détermine la formation d'un courant induit en faisant passer le courant d'une pile à travers un fil inducteur ou en faisant tourner devant un aimant un morceau de fer doux, tous deux recourbés et entourés d'un fil destiné à recevoir le courant d'induction, les courants, *tels qu'ils sont produits dans les appareils usités dans la pratique médicale*, ne procèdent que par secousses plus ou moins rapprochées; ils ne paraissent avoir d'autre action que de provoquer des contractions musculaires, et l'on ne saurait songer à employer utilement le courant inducteur pour obtenir des effets chimiques d'une certaine durée.

Les courants d'induction, qu'on peut appeler aussi courants interrompus, ont aussi pour propriété particulière de provoquer dans les muscles au niveau desquels on les applique, ou dans les muscles animés par le nerf sur lequel on dirige les rhéophores, des contractions permanentes et en quelque sorte tétaniques; mais il faut, ou, pour être moins exclusif, je dirai il semble qu'il faille, pour obtenir ces contractions, que le muscle ait conservé son intégrité en tant que machine motrice. Si un défaut d'exercice, un commencement d'altération dans la nutrition du muscle ont amené *l'atrophie simple* de ce muscle et des éléments qui le composent, si les faisceaux musculaires ont perdu seulement une partie de leur volume, si leur couleur, si leur striation est moins marquée, mais si les éléments anatomiques qui le composent sont en définitive conservés, les courants d'induction peuvent encore y susciter des contractions; mais si les éléments anatomiques sont altérés, s'il y a dégénérescence graisseuse, les courants d'induction sont impuissants.

Il semble que ce fut d'abord un peu empiriquement que Remak chercha quel serait l'effet, sur la contractilité musculaire, de l'application de courants produits par une pile composée d'éléments plus ou moins nombreux. Il obtint des contractions à l'ouverture et à la fermeture du courant; il obtint même des contractions toniques en faisant passer, par un tronc nerveux, un courant très-fort et d'une application douloureuse. Or Remak, et après lui tous les expérimentateurs, constatèrent que dans plusieurs circonstances encore mal définies, on obtient, par les courants continus de la pile, des contractions musculaires alors que les courants d'induction n'en produisent aucune ou n'en produisent que de très-incomplètes. Il y a plus : on obtient parfois, dans des muscles paralysés, des contractions assez fortes avec un courant continu, alors que du côté sain l'application du même courant ne réveille aucune contraction, et M. Duchenne (de Boulogne) a signalé depuis longtemps des cas de paralysie traumatique dans lesquels les muscles qui se contractaient légèrement par l'influence de la volonté ne se contractaient pas sous l'influence des courants induits.

Je n'ai point à m'étendre sur le parallèle des courants induits et des courants directs de la pile, c'est sur un autre point que porte ma communication. Je me borne à rappeler que les contractions musculaires peuvent être obtenues par les courants continus dans certaines circonstances où les courants induits, c'est-à-dire ceux produits par les appareils à induction, ne peuvent en produire aucune. C'est pour obtenir ces contractions que Remak, Hiffelsheim, Erb, Hitzig, Legros et Onimus employèrent longtemps les courants continus, et lorsque plus tard on reconnut l'influence incontestable des courants de la pile sur la nutrition, on crut encore nécessaire d'employer des piles à forte tension pour vaincre la résistance que les téguments opposent au passage du courant et le faire pénétrer jusqu'au muscle. Or, comme la tension ne s'obtient qu'en employant un grand nombre d'éléments, et comme, d'autre part, les expériences de Legros et Onimus confirmant les idées proposées par Remak montrent qu'il faut employer des piles à assez grande surface, mais à action chimique assez faible, on a été amené à se servir d'appareils fort coûteux et très-difficilement transportables, ou transportables mais formés alors de petits éléments à action électro-chimique assez énergique. Courants puissants, appliqués pendant quelques minutes ou du moins pendant de courtes séances, telle est encore la pratique actuelle. Elle est trop connue pour qu'il soit besoin de m'étendre davantage sur ce point. Or, Messieurs, et c'est là le sujet principal de cette communication, à côté de ces deux façons d'appliquer l'électricité il en est une troisième ayant ou me paraissant susceptible d'avoir un vaste champ à explorer dans le domaine de la thérapeutique, c'est l'emploi de faibles courants appliqués d'une manière à peu près permanente.

Lorsqu'un muscle est privé de son innervation, il s'atrophie, puis il dégénère et subit ce qu'on a appelé l'atrophie graisseuse. L'électricité peut intervenir pour empêcher cette atrophie en faisant faire artificiellement au muscle des mouvements que la volonté est impuissante à susciter. Pour obtenir ces contractions, les courants interrompus, c'est-à-dire la faradisation, ont, dans la grande majorité des cas, une grande puissance, et ils sont souvent, très-souvent même, supérieurs aux courants continus.

Mais dans un certain nombre de cas qu'il est impossible de prévoir, malgré les travaux et les expériences de Ziemssen, Erb, Onimus, Robin, les courants continus seuls peuvent amener des contractions dans les muscles soustraits ou réfractaires à l'influence de la volonté, et ces contractions, qui préviendront l'atrophie et la dégénérescence, ne peuvent être obtenues qu'avec des courants ayant une forte tension, produits par conséquent par des piles formées d'assez nombreux éléments.

Là ne s'arrête pas encore l'influence des courants continus; ils agissent d'une manière incontestable sur la nutrition et peuvent non-seulement prévenir, par les mouvements qu'ils déterminent dans les muscles, mais encore arrêter et même guérir l'atrophie graisseuse des fibres musculaires, provoquer et aider ce travail de reproduction si bien étudié histologiquement par M. Hayem.

Or, avant que l'expérience ait démontré cette influence, il m'a semblé que puisque les courants électriques d'induction et galvaniques agissaient sur le muscle par l'intermédiaire du nerf, ils pourraient bien aussi, en excitant l'action du nerf, agir sur tous les phénomènes qui sont d'une manière médiate sous l'influence de l'innervation, c'est-à-dire sur la calorification, la nutrition et même le fonctionnement des organes; mais il m'a semblé aussi que pour venir en aide à l'action nerveuse sans crainte de la perturber violemment, il fallait employer de faibles courants, et que, de plus, les actions nutritives étant continues, il fallait agir non par courtes séances, mais d'une manière en quelque sorte permanente. Mes premières tentatives remontent à 1865, un peu avant l'arrivée de Remak. J'avais à cette époque dans mon service temporaire à la Charité, où je remplaçais M. Denonvilliers, une malade atteinte de diabète. En raison d'idées personnelles sur les fonctions du foie et le diabète, idées sommairement exposées dans la Gazette hebdomadaire (1862), et que j'exposerai plus explicitement dans quelques années, j'appliquai le pôle positif de deux éléments de Daniell à la base du cou et le pôle négatif sur la région du foie. L'appareil n'était appliqué que pour vingt-quatre heures et à des jours irrégulièrement espacés. L'urine était analysée chaque jour par M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital. Lorsque je faisais passer le courant, la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures s'abaissait de 6 litres en moyenne à 1 litre, la soif diminuait dans la même proportion et la quantité de sucre rendue dans cet intervalle diminuait également des quatre cinquièmes ou des cinq sixièmes. Mon départ de l'hôpital me força à interrompre l'expérience, que je ne pus mener jusqu'à la guérison et que je n'eus plus depuis l'occasion de reprendre. Elle ne me laissait du moins aucun doute sur l'influence d'un courant faible continu.

Cette faiblesse du courant, son peu de tension, semblent le

rendre incapable de traverser des tissus et d'influencer les parties profondes. C'est là l'objection qui se présente tout de suite lorsqu'on n'a égard qu'aux phénomènes électriques observés dans les corps ou à la surface des corps inorganiques; aussi, lorsqu'il y a quelques années je proposai devant la Société de chirurgie d'appliquer un large électrode recouvrant une compresse mouillée sur un anévrysme sacciforme de l'aorte faisant saillie à l'extérieur, et de tenter dans ce cas, au-dessus de toutes les ressources de la thérapeutique, l'emploi d'un courant continu, plusieurs de nos collègues, ayant en vue les phénomènes physiques, mais méconnaissant les phénomènes vitaux produits par l'électricité, objectèrent que le courant passerait par la peau et même par la surface de la peau, mais ne ferait pas sentir son influence sur l'anévrysme.

C'est en vertu des mêmes idées que l'on emploie des courants à forte tension, dans la conviction que c'est seulement ainsi qu'on peut espérer pénétrer profondément. Ce sont ces idées que je viens rectifier avec les faits, en montrant qu'un très-faible courant a une action incontestable sur l'organisme.

On est bien obligé d'admettre aujourd'hui qu'un courant continu énergique traverse les téguments et peut influencer les muscles et les nerfs, et MM. Onimus et Robin ont montré de plus qu'un pareil courant, non-seulement ne se propage pas en droite ligne d'un rhéophore à l'autre, mais qu'il détermine au sein des tissus la formation de courants dérivés, lesquels ne se produisent pas avec les courants d'induction ou courants interrompus. Mais si ces effets peuvent être produits, si la résistance au passage de l'électricité peut être vaincue avec des piles à forte tension, avec des appareils composés de vingt, trente, quarante éléments, peut-on espérer les obtenir lorsqu'on n'emploie que deux ou trois couples d'une pile de Callot? Telle ne paraît pas être l'opinion de M. Onimus, auquel ses beaux travaux sur l'électricité médicale donnent une légitime autorité en pareille matière. Le hasard m'ayant fait me rencontrer avec M. Onimus lorsque je priai M. Trouvé de m'envoyer à Lariboisière les quatre éléments dont je désirais me servir pour les deux malades que je vous ai présentés, notre confrère émit plus que des doutes sur la possibilité d'obtenir un effet quelconque par un pareil moyen, et je crois que, sans son extrême urbanité, il eût émis sur ma tentative une opinion plus défavorable encore. Heureusement j'avais, pour ranimer ma confiance, l'expérience du passé, et ces deux nouveaux succès viennent encore la confirmer.

Cependant, en vertu du proverbe *Post hoc, ergo propter hoc*, on pourrait dire que la guérison de ces malades a pu être le résultat d'une simple coïncidence, et que cela ne prouve pas que le courant traverse les organes et influence leur nutrition. En effet, un galvanomètre ordinaire indique à peine ou même n'indique pas le passage du courant lorsque les rhéophores sont appliqués à une assez forte distance, l'un par exemple à l'épaule et l'autre au poignet, et lorsqu'on n'emploie qu'un ou deux éléments. Malheureusement pour l'objection, il peut se produire accidentellement, et l'on peut produire à volonté des effets matériels qui ne laissent aucun doute sur l'action électrique. J'applique toujours au-dessous des rhéophores une compresse mouillée; or, lorsque le malade, s'étant débarrassé de son appareil pour se lever, le réappliquait lui-même sans précaution et laissait un des points de la surface métallique en contact direct avec la peau, on était sûr en pareil cas qu'il se produirait une eschare, et j'ai dû me prémunir contre la possibilité de cet accident en enfermant les rhéophores dans de petits sacs de linge. Je ne suis même pas certain que par de longues séances, avec de trop nombreux éléments, on n'arriverait pas au même résultat, malgré l'interposition d'une compresse mouillée.

Les courants faibles produits par un ou deux éléments de Callot de moyenne grandeur agissent; cela est aujourd'hui hors de doute. Ils n'amènent pas de contraction musculaire, et ils n'amènent même pas de douleur au moyen de la fermeture ou de la rupture du circuit; mais ils agissent sur les muscles paralysés et atrophiés, en modifiant leur nutrition, en leur rendant leur volume, leur motilité et leur énergie d'action, et c'est aussi en modifiant la nutrition qu'ils amènent la guérison des contractures.

Comment cette action s'exerce-t-elle? Quel est le mécanisme des phénomènes? Nous sommes ici en pleine hypothèse; mais l'esprit humain est tellement porté à rechercher les causes et à vouloir malgré tout une explication même insuffisante des faits qu'il observe, que je suis bien forcé de faire aussi une courte excursion dans les nuages de la théorie. Chose assez singulière, MM. Legros et Onimus, tout en préconisant l'usage des courants énergiques, attribuent au passage de ce courant une sorte d'action catalytique sur les parties même éloignées. « Il faut, disent-ils (page 80), pour électriser directement les nerfs, employer des courants à haute tension et, comme nous l'indiquerons tout à l'heure, rapprocher le plus possible les nerfs des électrodes. Mais, hâtons-nous de le dire, le *nerf vivant* n'est pas un conducteur ordinaire. Ses propriétés physiques le rendent, il est vrai, mauvais conducteur de l'électricité; ses propriétés vitales, au contraire, le rendent très-sensible aux phénomènes électriques. Il n'a pas besoin d'être traversé dans toute sa longueur par le courant pour réagir et pour être influencé par l'électricité, il lui suffit, pour cela, d'être traversé en un point, *ou peut-être même d'être rapproché d'un courant électrique. Il possède presque la sensibilité et les propriétés de l'aiguille aimantée,* comme semble le prouver la sensibilité de la grenouille dite galvanoscopique. »

J'accepte pleinement, pour ma part, le rapprochement fait par les auteurs du Traité d'électricité médicale; en effet, ne pourrait-on pas admettre que l'action du courant faible et permanent d'une ou deux piles de Daniell ou de Callot pût influencer les courants électriques naturels développés au sein de nos tissus, courants qui paraissent naître sous l'influence de la nutrition?

En 1858, étudiant la structure des poissons électriques (journal *le Progrès*), M. Gavarret disait: « Les appareils électriques peuvent être ramenés à un même type fondamental. Partout, en effet, nous avons rencontré des lamelles organiques très-multipliées, très-minces, gorgées de liquides, accolées de manière à former une batterie ou une pile membraneuse. Ces assemblages de membranes s'éloignent sans doute beaucoup des piles ordinaires composées de liquides et de lames métalliques associées dans un ordre déterminé, et dans lesquelles le courant électrique est produit par l'action chimique des liquides sur les métaux; cependant il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à ces différences de composition... Par une série d'expériences très-remarquables, L. Foucault a démontré qu'on peut former des piles sans métal, à grand nombre d'éléments, avec tous les liquides conducteurs qui ne se précipitent pas les uns sur les autres. »

Depuis l'époque où M. Gavarret écrivait ces lignes, et dans ces dernières années, M. Becquerel a montré que si l'on sépare par une membrane organique ou par des tubes capillaires deux dissolutions conductrices de l'électricité, on constitue un circuit électro-chimique pouvant donner lieu à des effets chimiques. Cette disposition se retrouve presque partout dans l'organisme, et il existe dans le corps un nombre incalculable de couples électro-capillaires donnant lieu, dans le même tissu, à des courants qui agissent sans interruption pendant la vie et quelque temps après la mort (Onimus et Legros, p. 119). Les parois des tissus qui servent d'électrodes aux couples électro-capillaires sont elles-mêmes soumises aux actions électro-chimiques; elles éprouvent donc des effets de décomposition et de recomposition, et les principes élémentaires des organes sont ainsi renouvelés. Tout échange de matière au sein de nos tissus, toute combinaison chimique, engendrent un courant électrique; et, sans tomber dans l'exagération, sans faire jouer à l'électricité un rôle prédominant, en l'envisageant non comme résultat, mais comme cause des phénomènes nutritifs, on ne peut mettre en doute l'influence

des courants électriques continus sur la nutrition, même lorsque ces courants ont peu d'intensité; on ne peut surtout mettre en doute le passage du courant, puisque, ainsi que je l'ai dit plus haut, des eschares se forment près des rhéophores métalliques lorsqu'on les applique directement, et alors même que le galvanomètre indique à peine le passage de l'électricité.

Si les courants d'induction ont une action incontestable sur les paralysies musculaires avec ou sans atrophie simple des muscles, ils sont sans action sur les contractures, et même leur emploi ne saurait guère être que nuisible, à moins, comme l'a fait M. Duchenne, qu'on n'applique la faradisation aux muscles antagonistes et non aux muscles contracturés. Au contraire, les courants continus ont une action incontestable et favorable sur ces contractures. Lorsque Remak vint à Paris, en 1865, il fit, à l'hôpital de la Charité, des expériences extrêmement intéressantes. Parmi les malades qui lui furent confiés se trouvait un homme qui ne pouvait lever le bras, par suite, comme on le croyait, d'une paralysie du deltoïde. Remak montra que l'impossibilité des mouvements tenait à une contracture du grand pectoral et annonça qu'il la ferait rapidement cesser par l'application du courant constant. En effet, après deux applications de quelques minutes, le malade était guéri. M. Onimus cite dans son livre un cas semblable tiré de sa pratique personnelle, et plusieurs autres exemples moins remarquables par la rapidité du résultat, mais également probants sous le rapport de la guérison. L'action sédative des courants continus reconnue par Remak, et prouvée depuis par la plupart des observateurs, demande des courants faibles et assez longtemps continués. Mais on peut entendre d'une manière fort différente la signification à donner à ces mots. Pour moi, un courant faible est produit par deux ou trois éléments, M. Onimus, qui recommande les courants de peu d'énergie, employa, dans les observations auxquelles je viens de faire allusion, dans un cas, trente éléments; dans un autre, quarante. Il faut aussi s'entendre sur ce qu'il faut appeler une longue durée de l'application des courants. Remak se servait de ce qu'il appelait un *courant au repos* lorsqu'il laissait les rhéophores immobiles pendant les quelques minutes que durait la séance. M. Onimus prolonge rarement l'application au delà d'un quart d'heure. Il y a loin, comme on le voit, de ce mode d'emploi à la permanence du courant maintenu pendant douze heures consécutives et parfois pendant plusieurs jours. Il ne s'agit pas du tout d'une simple question de durée ou de l'emploi d'un nombre plus ou moins grand d'éléments; il y a une action différente à produire, des effets différents à obtenir.

En résumé, les courants d'induction tels qu'on les obtient avec l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne) et tous les autres appareils en usage en médecine, paraissent être surtout utiles en suscitant artificiellement des mouvements dans des muscles que la volonté serait impuissante à faire se contracter. Ils préviennent l'atrophie simple, peuvent même prévenir l'atrophie graisseuse, mettent le muscle en état de pouvoir obéir plus tard aux ordres de la volonté lorsqu'il y aura eu régénération des éléments nouveaux altérés ou détruits. C'est par cette sorte de gymnastique fibrillaire qu'ils agissent sur la nutrition du muscle. Peut-être même, par l'excitation qu'ils déterminent, peuvent-ils réveiller l'action nerveuse.

Mais il est des cas dans lesquels ces contractions ne peuvent être réveillées par les courants induits, tandis que les courants continus les déterminent. Les conditions anatomiques et physiologiques des phénomènes sont encore enveloppées de beaucoup d'obscurité; mais, en définitive, on comprend que les courants, n'eussent-ils qu'une action mécanique (la gymnastique musculaire), seront utiles de la même façon que les courants induits, et qu'ils devront être employés à leur défaut, puisque ces courants induits sont sans action. Or, pour obtenir les contractions, on ne peut faire usage que des courants à forte tension produits par des piles à nombreux éléments, tels que les employa Remak, tels que les emploient MM. Onimus et Legros.

Les courants continus, même énergiques, ont une action marquée sur la nutrition, une action qui paraît directe et qui se traduit par un arrêt de la dégénérescence graisseuse par la reproduction plus rapide des éléments anatomiques, par une accélération du mouvement de résorption et de recomposition des tissus.

L'action sédative des courants continus, importante contre les névralgies, est des plus remarquables contre les contractions musculaires. Les courants induits sont au contraire plus nuisibles qu'utiles. Or, dans les cas où il faut agir sur la nutrition, c'est-à-dire sur les phénomènes continus, incessants mais lents, il m'a semblé qu'il y aurait peut-être avantage à employer des courants faibles et permanents. L'expérience a justifié mes prévisions pour ce qui regarde les paralysies et les contractures. Serai-je aussi heureux pour ce qui regarde des phénomènes purement nutritifs? Je l'ignore. J'ai commencé des tentatives analogues contre les opacités cristalliniennes, l'atrophie des membranes oculaires, et il est évident que dans ces cas on ne pourrait employer des courants énergiques.

Scientifiquement, bien qu'il soit prématuré de poser des indications précises sur un sujet encore à l'étude, je crois pouvoir dire : Dans les paralysies incomplètes, lorsque le courant induit peut amener des contractions musculaires, il faut employer les courants induits ou interrompus.

Dans les paralysies incomplètes, surtout s'il y a commencement d'atrophie, et dans les paralysies complètes dans lesquelles le courant seul réveille des contractions, il faut employer le courant continu et se servir de nombreux éléments lorsqu'on veut obtenir des contractions immédiates.

Mais dans toutes les paralysies avec atrophie simple ou graisseuse, surtout dans les paralysies atrophiques réflexes, ou consécutives à une contusion; dans tous les cas où l'on veut agir sur la nutrition du muscle, il faut employer les courants faibles et permanents, ou du moins les courants faibles et longtemps continués. Enfin, dans tous les cas de contracture ou de paralysie avec contracture, il faut employer les courants faibles et permanents.

Il serait imprudent et prématuré de dire que les courants faibles et permanents peuvent être presque toujours substitués aux courants énergiques et temporaires; mais on peut affirmer qu'ils peuvent les remplacer dans un grand nombre de cas, et cela a une grande importance au point de vue de la pratique professionnelle.

Il y a, en effet, un immense avantage à ne pas être astreint à se servir d'appareils coûteux, encombrants et fort peu transportables. L'appareil de Remak coûte plusieurs centaines de francs, et on peut le dire intransportable.

Les appareils dans lesquels les éléments ont une certaine surface ont les mêmes inconvénients. La pile au chlorure d'argent de Gaiffe est exempte de ce reproche, mais elle est passible d'un autre assez sérieux, la petite dimension et la grande force électro-chimique des éléments qui la composent.

Quel que soit l'appareil, le médecin ne peut guère en imposer la dépense au malade, il doit donc le transporter partout avec lui et ne procéder que par séances plus ou moins longues. Ces difficultés d'application expliquent comment l'emploi des courants continus ne s'est pas davantage vulgarisé.

Avec les courants faibles et permanents, il faut deux ou trois éléments de Callot, 2 ou 3 mètres de fil de cuivre recouvert de gutta-percha et un fragment de métal quelconque (ne serait-ce qu'un débris de boîtes de conserves), c'est-à-dire une dépense de 5 francs au moins, de 10 au plus, et il est peu de malades qui ne puissent la supporter, quelque peu fortuné que soit le milieu où l'on exerce. Ces considérations pécuniaires peuvent être peu scientifiques, mais elles sont du moins d'une grande importance pratique.

Malgré la faiblesse du courant, il faut avoir soin que les conducteurs métalliques ne touchent pas la peau, car on pourrait déterminer la formation d'eschares superficielles. Mais

nous pouvons ajouter, par contre, aux avantages de ces courants, la facilité de s'en servir pour détruire les tumeurs par électrolyse. La faible intensité du courant exempte même le malade des secousses douloureuses qu'il éprouve avec les appareils plus énergiques quand on ferme et quand on rompt le circuit.

Un mot en terminant sur la pile à employer. Je me suis servi de la pile de Callot, légèrement mais utilement modifiée par M. Trouvé. Elle se compose d'un vase au fond duquel se trouve un fil de cuivre rouge enroulé en spirale et s'élevant au milieu du liquide sous la protection d'un tube de verre qui l'isole. A la partie supérieure se trouve un cercle de zinc. La pile, qui n'a aucun vase poreux, se charge en remplissant le vase avec de l'eau et en y jetant quelques cristaux de sulfate de cuivre, qu'on remplace au fur et à mesure de l'usure. Très-facile à entretenir, elle est très-constante et n'a qu'un seul inconvénient, qui n'est pas grave, puisqu'elle peut rester en permanence auprès du lit du malade. Une fois chargée elle n'est pas transportable, car un mouvement brusque, en mélangeant la dissolution du sulfate de cuivre qui est au fond du vase à la couche d'eau qui la surmonte, forcerait à recharger la pile. Lorsqu'on veut la décharger pour la transporter, il suffit de décanter la couche liquide supérieure et de vider dans une bouteille la solution de sulfate de cuivre, qui peut indéfiniment servir en y ajoutant de nouveaux cristaux.

Thérapeutique physiologique.

Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de divers principes immédiats de l'opium, par le docteur Rabuteau.

(Fin. — Voyez le numéro 17) (1).

Morphine. — La morphine, $C^{17}H^{19}AzO^3$, cristallise en prismes rectangulaires ou en octaèdres, à peine solubles dans l'eau froide, mais pouvant se dissoudre complétement dans 100 fois leur poids d'eau bouillante. Les solutions de cette base et de ses sels présentent une amertume moins franche que celle des opiacés.

Effets physiologiques. — D'après Cl. Bernard, la morphine est moins soporifique que la narcéine chez les animaux, mais elle l'est davantage que la codéine. Le sommeil qu'elle procure diffère des sommeils narcéique et codéique en ce qu'il est lourd, et qu'au réveil, les animaux sont dans l'abrutissement. Si, à l'exemple de Cl. Bernard, on injecte sous la peau de deux chiens, chez l'un, du chlorhydrate de codéine et, chez l'autre, une égale quantité de chlorhydrate de morphine, 5 à 10 centigrammes par exemple, suivant la taille, ces animaux éprouvent des effets soporifiques au bout d'un quart d'heure, et ils dorment tranquilles pendant trois quarts d'heure environ; mais ils forment, au réveil, le contraste le plus frappant. Le chien codéiné présente ses allures habituelles, tandis que le chien morphiné a la démarche hyénoïde, l'œil effaré; il ne reconnaît personne, et ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures qu'il reprend son humeur ordinaire. Si, les jours suivants, on répète les mêmes expériences, mais en sens inverse, c'est-à-dire en donnant la codéine à celui qui avait reçu la morphine, on remarque, au réveil, les mêmes différences, mais également en sens inverse. Le chien qui auparavant, étant codéiné, s'était réveillé alerte et gai, est alors abruti et à demi paralysé à la suite du sommeil morphéique, tandis que l'autre se réveille vif et joyeux.

Les expériences de Cl. Bernard ont démontré, en outre, que la morphine était peu toxique chez les animaux.

Mais, il n'en est pas de même chez l'homme, qui est si sensible à l'action de cet alcaloïde qu'on peut avancer, avec certitude, que la morphine est pour lui le plus soporifique et le plus toxique des opiacés. Des expériences comparatives faites avec cette base et la narcéine ont prouvé la première proposition; quant à la seconde, elle se trouve démontrée par ce fait, que l'ingestion de 10 centigrammes de thébaïne dissoute dans l'acide chlorhydrique ne produit presque rien, tandis que l'ingestion de 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine, en une fois, détermine la mort si l'absorption est complète.

Non-seulement la morphine est le plus toxique et le plus soporifique des principes de l'opium chez l'homme, mais elle est le plus anexosmotique, c'est-à-dire qu'elle possède au plus haut degré la propriété d'empêcher les sécrétions intestinales comme l'ont démontré les expériences de Moreau. En effet, d'après ce physiologiste, tandis que 20 centimètres cubes d'une solution de sulfate de magnésie au cinquième, introduits dans une anse intestinale d'un chien, déterminent, au bout de dix-huit heures, une exosmose assez considérable pour que l'anse contienne environ 500 centimètres cubes de liquide, on observe si l'animal est morphiné, que l'anse intestinale ne contient plus que 10 centimètres cubes environ d'un liquide purulent; il peut même se faire qu'elle ne contienne absolument pas de liquide. Ces propriétés anexosmotiques de la morphine et de l'opium qui agit surtout par elle dans ce cas, sont mises chaque jour à profit pour arrêter les diarrhées. On sait, d'un autre côté, que l'ingestion simultanée ou à peu de distance d'un purgatif salin et de l'opium fait que le purgatif ne produit pas ou peu d'évacuations, qu'il est presque entièrement absorbé et qu'il s'élimine alors par les reins en produisant quelques effets diurétiques.

La morphine est analgésique. Il est inutile d'insister sur cette propriété qui est chaque jour mise à profit en l'injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou en la faisant prendre à l'intérieur. Mais je rappellerai qu'elle le cède peut-être sous ce rapport à la thébaïne et à la narcéine.

La morphine présente le grand inconvénient de faire disparaître l'appétit et de causer des nausées et des vomissements. Trousseau a insisté sur ces accidents, que sa vaste expérience lui a démontrés être plus fréquents chez la femme que chez l'homme, et qui arrivent avec la plus grande facilité chez les femmes d'un tempérament nerveux. Il a remarqué, en outre, que la marche de ces accidents était variable suivant le mode d'administration de la morphine. Lorsque les sels de cette base avaient été mis sur le derme dénudé, les vomissements avaient lieu pendant les deux ou trois premiers jours de l'application, lors même que la dose était peu considérable; plus tard les nausées existaient seules et les vomissements n'avaient plus lieu. Dans l'administration des sels de morphine à l'intérieur, on observa un ordre inverse; les vomissements ne paraissaient qu'au deuxième, et même au quatrième jour de la médication, et se prolongeaient ensuite pendant toute sa durée.

Trousseau a remarqué souvent, après les injections morphinées, une production de sueur, une coloration plus vive de la peau, l'accélération du pouls et la fréquence plus grande des mouvements respiratoires. Bailly avance au contraire que les préparations de morphine sont sans influence sur le pouls et sur la température, ou qu'ils ne peuvent, tout au plus, que les diminuer légèrement. Ces deux auteurs sont à la fois dans le vrai, car ils ont bien vu; mais, comme il arrive souvent, ce sont les conclusions qui sont erronées. Injectés sous la peau, les sels de morphine, étant absorbés rapidement, agissent alors comme la narcéine; mais cet effet dure peu, et il est suivi de l'état normal ou de la légère diminution du pouls et de la température signalée par Bailly, ce qui arrive lorsqu'on prend le médicament à l'intérieur, parce qu'il est absorbé moins rapidement qu'après l'injection sous-cutanée.

Enfin Trousseau a avancé que la morphine diminuait l'excrétion urinaire; mais il faut répéter ici ce qui a été dit au sujet de la narcéine; d'ailleurs les prétendus effets anurétiques de la morphine n'ont pas été reconnus par Bailly, qui a vu

(1) Une erreur s'est glissée dans le tableau de la page 264 du n° 17. *Lisez* : Morphine, 2 à 15 p. 100 ; narcéine, 6 p. 100.

seulement que plusieurs malades éprouvaient de la difficulté à uriner sans que la quantité d'urine éliminée fût moins grande.

En résumé, *la morphine est plus soporifique que la narcéine chez l'homme, elle est anexosmotique et analgésique. Mais ces avantages sont compensés par des inconvénients que les autres alcaloïdes ne produisent pas ou ne déterminent qu'à un moindre degré, tels que la perte de l'appétit, les nausées et les vomissements. Nous verrons plus loin que la morphine augmente l'action du chloroforme.*

Opianine. Porphyroxine. Pseudomorphine. — L'*opianine* se présente sous l'aspect d'aiguilles incolores et brillantes, amères, très-peu solubles dans l'eau, solubles dans l'alcool. Elle donne des sels cristallisables. L'action de cette substance, qui existe en très-petite quantite dans l'opium, paraît se rapprocher de celle de la morphine.

La *porphyroxine* et la *pseudomorphine* se dissolvent également dans l'alcool et dans les acides. Elles sont peu connues. La dernière est appelée ainsi, parce que, de même que la morphine, elle se colore en bleu au contact des sels ferriques.

Acide méconique. Méconine. — L'*acide méconique*, $C^7H^4O^7$, entrevu par Séguin en 1804, fut isolé par Sertuerner en 1805. Il cristallise en paillettes blanches d'une saveur acide et astringente, assez solubles dans l'eau chaude, moins solubles dans l'eau froide qui n'en prend guère que la centième partie de son poids. L'ébullition dans l'eau le change en acide coménique.

Sertuerner avait attribué à l'acide méconique une action très-énergique; un seul grain (5 centigrammes) pouvait, disait-on, causer la mort; on pensait, en outre, que c'était un remède assuré contre le tænia, et l'on administrait avec de grandes précautions le méconate de soude pour faire disparaître ce parasite. Mais Fenoglio (1) constata plus tard l'innocuité de ce même sel administré à des chiens jusqu'à la dose de 8 grains, ainsi que son inutilité contre le tænia chez une femme qui en avait pris 4 grains.

L'acide méconique n'était donc pas aussi dangereux qu'on l'avait cru; je suis allé plus loin, car j'ai reconnu que cette substance était inactive.

J'ai injecté dans les veines, chez un chien de belle taille, 50 centigrammes de cette acide pur dissous dans 40 grammes d'eau à la température de 37 degrés. L'animal n'a rien éprouvé de cette injection.

J'ai fait prendre à un autre chien de taille médiocre, tantôt 1 gramme, tantôt 2 et même 3 grammes de biméconate de potasse ou de soude, et je n'ai rien observé, si ce n'est que les urines de cet animal sont devenues, ou neutres ou alcalines, suivant la dose ingérée. De plus, j'ai constaté, de la manière la plus précise, les réactions de l'acide méconique, ou des méconates, dans les urines de ce chien, en les additionnant de perchlorure de fer. On sait, en effet, que ce dernier réactif donne, dans les solutions de l'acide méconique et des méconates, une coloration rouge très-intense qui permet de reconnaître des traces de ces substances.

La *méconine*, $C^{10}H^{10}O^4$, entrevue dans l'opium par Dublanc, en 1826, a été obtenue plus tard par Couerbe à l'état de pureté.

Elle se présente sous l'aspect de prismes hexagones d'une saveur amère faible, peu solubles dans l'eau froide, mais très-solubles dans l'alcool et dans l'éther. Lorsqu'on la traite par l'eau bouillante, l'excès qui ne peut se dissoudre entre en fusion et offre l'aspect d'un liquide oléagineux.

Cette substance paraît dépourvue de toute activité. Je l'ai essayée chez les animaux, à des doses variables, et je n'ai rien observé qui put être considéré comme un effet de la méconine. Il est vrai que lorsque j'avais injecté sous la peau cette substance dissoute dans l'eau alcoolisée, j'ai observé de la suppuration quelques jours plus tard; mais le pus était excessivement crémeux et même presque solide, comme il l'est d'ordinaire chez les lapins, et la formation en était due, non à l'action de la méconine, mais à celle de l'alcool, car on sait que ce liquide, injecté dans le tissu conjonctif, peut déterminer des phlegmons. Toutefois, dans aucune circonstance, les animaux n'eurent de la fièvre, et ils conservèrent toujours leur appétit.

Classement des alcaloïdes de l'opium. — Telles sont les données que nous possédons aujourd'hui sur les principes immédiats de l'opium. Elles sont le résultat de quelques recherches de Magendie, de plus de deux cents expériences faites par Cl. Bernard sur les animaux les plus divers, et de près de cent cinquante expériences physiologiques ou thérapeutiques faites par moi sur les animaux et sur l'homme sain ou malade; enfin elles ont été appuyées par les recherches de divers expérimentateurs et cliniciens dont les noms ont été cités.

Cl. Bernard avait étudié les alcaloïdes de l'opium, surtout au point de vue de leurs propriétés soporifiques, convulsivantes et toxiques; mais il fallait les considérer aussi au point de vue de leurs effets analgésiques et anexosmotiques.

Voici la manière dont on peut les grouper, d'après ces mêmes propriétés chez les animaux et chez l'homme :

Ordre soporifique. chez les animaux.	Ordre soporifique. chez l'homme.	Ordre convulsivant (1) chez les animaux.
Narcéine.	Morphine.	Thébaïne.
Morphine.	Narcéine.	Papavérine.
Codéine.	Codéine.	Narcotine.
Les autres ne sont pas soporifiques.	Les autres ne sont pas soporifiques.	Codéine.
		Morphine.
		La narcéine n'est pas convulsivante.
(Cl. Bernard.)	(Rabuteau.)	(Cl. Bernard.)

Ordre toxique. chez les animaux.	Ordre toxique. chez l'homme.	Ordre analgésique chez l'homme.	Ordre anexosmotique chez l'homme et les animaux.
Thébaïne.	Morphine.	Morphine.	Morphine.
Codéine.	Thébaïne.	Narcéine.	Narcéine.
Papavérine.	Codéine.	Thébaïne.	Les autres n'empêchent pas les courants exosmotiques dans l'intestin.
Narcéine.	Papavérine.	Papavérine.	
Morphine.	Narcéine.	Codéine ?	
Narcotine.	Narcotine.	La narcotine ne paraît pas être analgésique.	
(Cl. Bernard.)	(Rabuteau.)	(Rabuteau.)	(Rabuteau.)

Enfin, au point de vue de l'action exercée sur l'estomac, il faut rappeler que la morphine peut provoquer des nausées et des vomissements et fait perdre l'appétit, tandis que les autres alcaloïdes ne produisent pas ces accidents, ou ne les détermi-

(1) *Bull. gén. des sc. méd. de Férussac*, I, 300, et *Journal de pharm.*, IV, p. 295.

(1) On a observé parfois des convulsions dans les cas d'empoisonnement de l'homme par l'opium, mais la science n'est pas en mesure de se prononcer sur les propriétés convulsivantes des divers opiacés dans notre espèce. On sait, toutefois, que dans l'empoisonnement par la morphine, la mort a lieu dans le relâchement, ce qui indique que cet alcaloïde n'est pas convulsivant chez l'homme. La codéine ne l'est pas non plus si l'on admet le cas d'empoisonnement cité plus haut. Il est rationnel d'admettre que la narcéine ne doit pas être plus active chez l'homme que chez les chiens.

J'ai pu vérifier facilement, de la manière suivante, l'ordre convulsivant établi par Cl. Bernard. J'ai pris diverses grenouilles sous la peau desquelles j'ai placé, chez l'une, 2 centigrammes de chlorhydrate de thébaïne, chez une autre, 2 centigrammes de chlorhydrate de papavérine, enfin à une troisième, 2 centigrammes de narcotine. Une autre grenouille, qui avait reçu de la strychnine, servait de comparaison. Or, au bout d'un temps variable, qui est à peu près le même pour la thébaïne et la strychnine, plus long pour la papavérine, plus long encore pour la narcotine, les animaux étaient pris de convulsions dont l'intensité était décroissante en passant de l'un à l'autre, et qui se produisaient de moins en moins facilement par le choc ou par le contact.

En frappant légèrement sur la table sur laquelle les grenouilles reposaient, on voyait se convulser celle qui était strychnisée et celle qui était thébaïnisée, les autres restant au repos; puis, en frappant plus fort, c'était le tour de celle qui avait reçu de la papavérine; frappant plus fort encore, toutes éprouvaient des convulsions.

La codéine ne convulse pas les grenouilles d'une manière constante, néanmoins, elle agit parfois avec une intensité notable. La morphine agit beaucoup moins. Si l'on coupe les nerfs qui, de la moelle épinière, se rendent à un membre, les convulsions ne se reproduisent plus dans ce membre.

nent qu'à un degré très-faible. Ils augmentent même parfois l'appétit, se comportant en cela comme des substances franchement amères. D'ailleurs, la morphine seule possède une amertume nauséeuse.

Opium en nature. — A l'aide des notions acquises sur les divers alcaloïdes de l'opium, nous pouvons nous expliquer désormais le mode d'action de cette substance. Nous ne sommes pas assurés, il est vrai, d'avoir isolé tous les principes qu'elle contient, mais nous connaissons les plus importants et nous savons que certains d'entre eux peuvent être considérés comme inactifs.

Effets physiologiques de l'opium. — La morphine doit être regardée comme le principe le plus actif de l'opium, mais la physiologie et la pratique médicale démontrent, entre ces deux substances, de notables différences d'action qui font préférer souvent l'emploi de ce dernier. Ces différences tiennent à la complexité de l'opium et à l'activité variable de ses principes. Aussi, voit-on ce médicament agir d'une certaine manière, à faible dose, et, d'une manière parfois tout opposée, à de hautes doses, défiant ainsi les calculs de quiconque n'a pas étudié l'action des principes qui le composent. En effet, c'est la résultante de toutes ces actions que nous observons, et cette résultante peut changer de signe à mesure que l'on applique à l'organisme des forces dont l'intensité n'est pas la même; ce dont nous allons voir des exemples en étudiant l'action de l'opium successivement sur le tube digestif, sur la circulation et la température, sur les organes des sens, sur le sommeil, enfin sur la sensibilité et l'activité musculaire.

1° L'opium produit moins que la morphine les nausées et les vomissements, et ces accidents, lorsqu'ils arrivent, sont alors mitigés et moins persistants. Pris à faibles doses, l'opium constipe; mais à hautes doses, à celle de 20 à 30 centigrammes, par exemple, alors qu'il peut déterminer des accidents toxiques, ou bien chez les sujets qui se sont habitués à en prendre des doses considérables, il produit très-souvent de la diarrhée. Ces actions variables s'expliquent d'elles-mêmes. En effet, la morphine seule provoque des nausées, tandis que les autres alcaloïdes augmentent plutôt l'appétit. D'un autre côté la morphine, la narcéine sont anexosmotiques, les autres alcaloïdes ne le sont pas et rendent parfois les selles plus faciles; or, s'il en est ainsi, on conçoit qu'à mesure qu'on augmente les doses, l'action de ces derniers alcaloïdes, qui est nulle dans quelques centigrammes d'opium, parce qu'ils s'y trouvent en faible proportion, devienne prédominante lorsque les doses augmentent.

2° Les premiers effets de l'opium pris à doses fortes sont d'activer la circulation et d'élever légèrement la température; or, nous avons vu que la morphine et la narcéine, surtout lorsqu'elles avaient été inoculées, avaient la propriété d'accélérer le pouls et d'augmenter la chaleur animale, ce qui n'a pas été constaté encore pour les autres alcaloïdes. Mais ces effets ne sont que passagers ; toutefois ils sont plus remarquables après l'ingestion de l'opium, qui va jusqu'à produire de la sueur et des éruptions (sueurs médicamenteuses). Un peu plus tard ce médicament, comme tous les autres opiacés, diminue le pouls et la température.

3° Après l'ingestion de 10 à 15 centigrammes d'opium chez l'adulte, les yeux brillent, la pupille se dilate, la vue est troublée, l'ouïe est obtuse. Lorsque les doses sont de 20 à 25 centigrammes, la pupille se contracte, l'ouïe est exaltée et c'est alors surtout que l'on observe l'élévation de la température, la fréquence du pouls déjà signalée et même une accélération de la respiration. Or, la morphine, la narcéine, prises à faibles doses, peuvent dilater la pupille, tandis que les autres alcaloïdes la contractent, et comme l'action de ces derniers devient prédominante à haute dose, c'est elle qui se manifeste.

4° A faible dose, l'opium exerce une action soporifique, que nous mettons chaque jour à profit; à hautes doses, à celles de 20 à 25 centigrammes par exemple, il ne produit que de la *somnolence* sans qu'il y ait sommeil véritable. Mais, au bout de quelques heures, le sommeil survient néanmoins profond et persistant. Chez un sujet qui avait pris 22 centigrammes de cette substance, Schroff observa d'abord de la somnolence, puis le sommeil ; il y eut en outre des vomissements et, le lendemain, de la diarrhée.

5° L'opium diminue la sensibilité et produit une paresse musculaire si considérable que les sujets qui l'ont pris à haute dose se refusent à exécuter tout mouvement. Or nous avons vu que la plupart des alcaloïdes avaient la propriété de produire l'analgésie, que la thébaïne elle-même, qui est si éloignée de la narcéine et de la morphine, à certains égards, produisait cet effet. Nous avons vu, en outre, que la codéine, même à la dose de 5 centigrammes, commençait à produire chez l'homme un affaiblissement musculaire, surtout dans le train postérieur, affaiblissement qui ne paraît guère exister chez les chiens codéinés, mais qui est remarquable chez les chiens morphinés dont la démarche devient alors hyénoïde. Enfin, dans les cas d'empoisonnement on a observé parfois des convulsions chez l'homme, ce qui doit être attribué aux alcaloïdes excito-moteurs dont l'action ne doit pas être négligée dans ces circonstances.

Enfin, l'opium produit de la congestion. Or, nous savons que ses alcaloïdes déterminent presque tous cet effet d'une manière constante. Ainsi la narcotine elle-même, prise à la dose de 40 centigrammes, n'a produit qu'une congestion oculaire.

De l'action simultanée du chloroforme et des alcaloïdes de l'opium. — Cette action remarquable a déjà été signalée précédemment. Nous avons dit, en effet, que les animaux étaient beaucoup moins sensibles à la douleur lorsqu'ils étaient soumis à l'influence du chloroforme et des opiacés. Ainsi, dans les expériences que j'ai faites en retirant une anse intestinale de l'abdomen de chiens préalablement narcéinés ou thébaïnisés, etc., j'ai vu ces animaux rester insensibles, lors même que le chloroforme n'était plus administré depuis un quart d'heure, et cependant ils ne dormaient pas. Ceci provient de ce que l'action analgésique des alcaloïdes s'ajoutait à l'action du chloroforme, qui seul aurait été impuissant, à un moment donné, d'entretenir l'insensibilité à cause de sa présence en trop faible quantité dans le sang par suite de son élimination rapide. Ainsi, *les alcaloïdes de l'opium continuent*, pour la plupart, *l'action analgésique du chloroforme*, bien qu'ils ne soient pas tous soporifiques, ce qui tient à ce qu'ils ont presque tous la propriété de diminuer la sensibilité.

Les premiers faits de ce genre ont été observés par Cl. Bernard et par Nussbaum. Cl. Bernard a expérimenté sur les animaux. Ayant pratiqué une injection sous-cutanée d'acétate de morphine chez un malade qu'il opérait et qui était soumis à l'action du chloroforme, il vit que l'opéré ne se réveilla pas comme d'ordinaire et qu'il dormit d'une manière tranquille pendant douze heures. Pendant ce sommeil, il était insensible aux piqûres, aux incisions et même au cautère actuel. Nussbaum répéta ces observations avec le même succès, puis Guibert, Goujon et Labbé s'en sont servi récemment dans les opérations obstétricales et chirurgicales, et tous ont vu que des doses faibles de chloroforme et d'un sel de morphine produisaient l'insensibilité parfaite sans qu'il y eût nécessairement sommeil.

On arrive au même résultat avec la narcéine. Un chien à qui j'avais inoculé 5 centigrammes de chlorhydrate de cette base, et qui fut ensuite endormi par le chloroforme, ne sentait plus rien au réveil. Il marchait dans le laboratoire, reconnaissait la voix qui l'appelait, mais il était totalement privé de son système nerveux sensitif; on pouvait le pincer, le piquer, lui marcher sur les pattes sans qu'il manifestât la moindre douleur. Cet état extraordinaire chez un animal parfaitement éveillé dura plusieurs heures, mais le lendemain la sensibilité était revenue.

La codéine, la papavérine continuent faiblement l'action du chloroforme, mais la narcotine ne fait rien ou presque rien,

comme je m'en suis convaincu chez les animaux et sur ma propre personne.

Me fondant sur ces données, j'ai pensé qu'on pourrait obtenir l'insensibilité en faisant avaler une solution chloroformique et un opiacé qui, donnés seuls, ne la détermineraient pas. Dès lors les inhalations du chloroforme ne seraient plus indispensables et les dangers du sommeil anesthésique seraient évités. Des expériences faites chez les animaux en leur injectant du chloroforme dans le rectum après l'inoculation de la narcéine, de la morphine, ont vérifié mes prévisions.

Au lieu du chloroforme on peut employer le chloral et le bromoforme.

Mes recherches ont été faites dans le laboratoire de M. Robin, à l'École pratique.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

POLICE SANITAIRE APPLICABLE A LA PESTE BOVINE. — M. *Bouley* fait sur ce sujet une communication des plus intéressantes, de laquelle nous extrayons les passages les plus importants :

« Une conférence sanitaire internationale a été convoquée à Vienne, le 16 mars dernier, sur l'initiative du gouvernement austro-hongrois, pour poser les bases d'un règlement de police sanitaire uniforme, grâce auquel les mêmes moyens étant appliqués, soit pour prévenir l'invasion de la peste bovine, soit pour empêcher sa propagation d'une manière certaine, les relations commerciales pourraient ne pas être interrompues entre les pays signataires de cette convention sanitaire, quand bien même, malgré les mesures préventives adoptées contre la peste, cette maladie aurait pu s'introduire dans une région ou dans une autre de ces différents pays.

» Onze États s'étaient fait représenter à cette conférence par vingt-six délégués, savoir : l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, les principautés Roumaines, la Russie, la Servie, la Suisse et la Turquie...

» Quelles sont, d'après la conférence, les mesures dont l'application, faite d'une manière uniforme, peut donner la garantie nécessaire de l'innocuité, au point de vue commercial, des pays dans lesquels la peste bovine a fait une invasion accidentelle et s'est manifestée par places isolées?

» Les voici dans ce qu'elles ont de plus essentiel :

» Abatage immédiat, moyennant indemnité, de tous les animaux atteints de la peste, et de ceux qui doivent être considérés comme suspects de cette maladie, en raison des influences auxquelles ils ont été exposés.

» Enfouissement des cadavres de tous les animaux malades de la peste, sans que rien puisse en être distrait pour être utilisé d'une manière quelconque.

» L'utilisation des viandes des animaux sains, abattus pour cause de suspicion pouvant être permise, mais sous des conditions spéciales, rigoureusement déterminées.

» Destruction des germes de la contagion partout où ils peuvent se trouver : dans les étables, dans les fumiers, sur les fourrages, sur les harnais, sur les routes, dans les pâturages, dans les charrettes, dans les wagons de chemins de fer, etc., etc., partout enfin, et sur tout ce qui a pu être exposé à l'influence de la contagion.

» Isolement aussi complet que possible des lieux où la peste s'est déclarée, de telle sorte qu'il ne puisse en sortir aucun animal susceptible de servir de véhicule à la contagion, et qu'aucun ne puisse y entrer qui soit capable de l'entretenir.

» Cet isolement doit être prescrit et mis en pratique pour les fermes, pour les localités, pour les communes, et enfin pour des circonscriptions plus ou moins étendues, suivant l'extension de la maladie.

» Établissement autour des localités dont l'isolement a été prescrit, et qui sont déclarées *infectées*, d'une zone où la circulation des ruminants est interdite, ainsi que le commerce et le transit de tout ce qui pourrait servir de véhicule à la contagion : fourrages, fumiers, produits et débris animaux de toutes sortes.

» Suspension des foires et marchés de bestiaux dans un certain rayon, autour des foyers d'infection; recensement de tous les ruminants dans la localité infectée et dans la zone suspecte, pour que l'autorité ait une garantie que ces animaux ne seront pas déplacés par des trafics clandestins des lieux qu'ils occupent actuellement.

» Dès qu'un cas de peste a été constaté officiellement dans une localité, la déclaration immédiate de tous les cas de maladies dont les animaux ruminants peuvent être atteints devient obligatoire pour tous les propriétaires, détenteurs ou gardiens de ces animaux.

» Précautions toutes particulières prescrites après la disparition de la peste d'une localité et l'application des mesures de désinfection, pour procéder au repeuplement des étables et des herbages, ainsi qu'au rétablissement de la liberté de circulation du bétail et des transactions commerciales dont il est l'objet.

» A toutes ces mesures, de date ancienne pour la plupart, et dont l'efficacité, quand elles sont appliquées dans leur ensemble, est attestée par l'expérience de tous les temps et de tous les pays, la conférence en a ajouté une toute nouvelle et très-importante, au point de vue, tout à la fois, et des relations commerciales et de la police sanitaire; elle consiste dans l'obligation, pour tout État où la peste bovine se serait manifestée, d'annoncer immédiatement, par voie télégraphique, l'invasion de la maladie aux gouvernements des pays voisins d'abord, et ultérieurement à ceux des États plus éloignés qui exprimeraient le désir d'être renseignés sur cette invasion. »

M. Bouley rappelle qu'en Allemagne les wagons qui ont servi au transport des bestiaux sont soumis à une désinfection avant d'être employés à de nouveaux transports; c'est avec de l'eau chaude à 70 degrés qu'on y procède. L'eau tombe d'un réservoir élevé, et par sa chute et la force de ses courants elle détache et entraîne les matières organiques adhérentes aux parois; en outre, par l'élévation de sa température, elle annule dans ces matières toute activité virulente (voy. aux *Variétés*).

MICROSCOPE. — M. *Brachet* adresse un mémoire sur l'emploi du diamant pour les objectifs de microscope. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

CHOLÉRA. — M. *Kramer* adresse de Lausanne une note relative à un remède contre cette maladie. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

IMPOSSIBILITÉ DE LA FUSION DES BALLES DE PLOMB DANS LES PLAIES PRODUITES PAR LES ARMES A FEU, par M. L. *Melsens*. — Voici la principale expérience sur laquelle s'appuie l'auteur : « Une seule expérience suffira, dans ce court extrait, pour faire voir nettement et sans contestation qu'une balle de plomb ne fond pas, en traversant, en brisant les os des animaux. En effet, la mâchoire inférieure d'un cheval, bien consolidée, est traversée par une balle de plomb animée d'une vitesse de 380 mètres. Celle-ci produit deux ouvertures considérables, brise ou mieux pulvérise les quatre faces, enlève de chaque côté la quatrième molaire; toutes les dents sont brisées et en menus fragments. La balle aplatie va frapper du papier sans y pénétrer; elle est couverte de poussière d'os qui y adhère fortement et s'y trouve incrustée; elle n'a perdu que $1^{gr},5$ de son poids $= 1/18$. Les deux ouvertures ont les dimensions suivantes : entrée, 17 millimètres, sortie irrégulière, ellipsoïde dont les diamètres sont d'environ 45 et 60 millimètres; entrée de l'autre côté, ouverture ellipsoïde de 45 sur 60 millimètres de diamètre environ; sortie irrégu-

lière de 55 sur 70 millimètres ; l'épaisseur des couches d'os ou des dents ne s'élève pas, au total, à moins de 60 à 65 millimètres. »

Sur l'action physiologique de l'éther formique. Note de M. H. *Byasson*. — « Dans notre travail sur l'hydrate de chloral, après avoir confirmé par de nouvelles expériences le dédoublement de ce composé dans l'organisme animal en chloroforme et formiate alcalin, nous avons montré par des expériences comparatives exécutées avec ce composé, le chloroforme et le bichloracétate de soude, que l'hydrate de chloral avait une action propre, différente de celle du chloroforme et pouvant être envisagée comme la résultante de l'action du chloroforme et de l'acide formique produits. Nous avons cherché à confirmer cette interprétation de nos expériences.

» ..... Nos expériences ont été pratiquées comparativement avec l'éther formique, le chloroforme et l'éther acétique, sur des rats, des cochons d'Inde, des chiens. Par la voie pulmonaire, l'action est rapide, moins cependant que celle du chloroforme; on observe surtout les phénomènes d'asphyxie, un refroidissement qui atteint 3°,5. La résolution musculaire n'est pas complète et la sensibilité n'est pas abolie. Comme anesthésique, l'éther formique ne peut donc pas être comparé au chloroforme. Les animaux restent plusieurs heures avant de revenir à l'état normal; le refroidissement et l'horripilation persistent souvent. Par la voie pulmonaire ou par injection sous-cutanée, à la dose de 1 à 2 centimètres cubes pour les rats et les cochons d'Inde, de 4 à 6 centimètres cubes pour les chiens, les mêmes phénomènes apparaissent, mais l'asphyxie est moins prononcée; les animaux restent cloués sur place, avec résolution musculaire marquée, tendance au sommeil, refroidissement; la sensibilité n'est qu'émoussée. L'éther formique agit donc sur le système nerveux moteur et sur la calorification, et son action persiste longtemps. Administré à l'homme, à la dose de 6 à 8 grammes, dans le but de rechercher l'acide formique dans les urines, il a produit une tendance marquée au sommeil; les autres phénomènes n'ont pas été constatés. L'acide formique a été retrouvé dans les urines, en suivant le procédé décrit dans nos expériences sur l'hydrate de chloral.

» Dans les mêmes conditions, l'éther acétique n'a produit aucun résultat marqué. Ces expériences viennent donc confirmer nos premières conclusions, à savoir ; que l'action physiologique de l'hydrate de chloral ne saurait être assimilée à celle du chloroforme introduit successivement dans l'économie, qu'elle est spéciale à ce corps et qu'elle résulte de l'action combinée du chloroforme et de l'acide formique, produits dans l'économie sous l'influence des carbonates alcalins du sang. »

Os des cavernes. — M. *E. Rivière* donne la description d'un squelette humain trouvé dans les cavernes des Baoussé-Roussé (Italie), dites grottes de Menton, le 26 mars 1872.

Académie de médecine.

Séance du 7 mai 1872. — Présidence de M. Barth.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de Loir-et-Cher. (*Commission des épidémies*) — *b*. Un mémoire de M. le docteur *Debels de Lacrousille* sur la variole et le vaccin. (*Commission de vaccine*.)

L'Académie reçoit : *a*. Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *Peyraud* et M. *Falières*, pharmacien à Libourne, et renfermant une note pour servir à la démonstration des effets du bromure de potassium pur contre l'épilepsie. (*Accepté*.) — *b*. Une lettre de remercîments de M. le docteur *Blanc* (d'Uzès), lauréat de l'Académie.

M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie le modèle d'un porte-caustique de trousse muni d'une seringue de Pravaz, fabriqué par M. *Favre*, sur les indications de M. *Gourier*.

M. *Devilliers* présente les comptes rendus statistiques du Comité d'hygiène de Turin, pour les années 1867, 1868 et 1869, par M. le docteur *Giuseppe Rizzetti*.

M. *Demarquay* présente, de la part de M. le docteur *Roubaud*, un volume intitulé : Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme.

M. *Gueneau de Mussy* met sous les yeux de l'Académie un appareil imaginé par M. le docteur *Groussin* et destiné à apprécier les progrès de la nutrition chez les petits enfants.

M. *Larrey* dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. le docteur *Arnoult* sur une épidémie de méningite cérébro-spinale.

L'Académie n'est pas riche, *chacun sait ça!* Elle est petitement dotée et petitement logée; si bien qu'étant pauvre d'argent et pauvre de logement, elle ne trouve plus où placer convenablement ses livres, ses manuscrits, ses archives. Le local de la bibliothèque regorge, et il y a une quantité considérable d'ouvrages et de mémoires qui « moisissent » entassés dans des réduits obscurs, humides et poudreux. L'Académie est l'humble locataire de l'assistance publique, moyennant la modique somme de 5000 livres par an. C'est pour rien, suivant M. *Husson*, qui ne voit dans ce prix qu'une faible et juste indemnité de logement. C'est énorme aux yeux de tous ceux qui calculent que ces 5000 francs représentent le huitième de l'allocation académique.

M. *Larrey* se plaint amèrement de cet état de choses, et demande que le bureau fasse une démarche auprès des pouvoirs publics pour qu'on remédie le plus tôt possible à une situation si misérable.

En entendant objecter les charges budgétaires, M. *Chauffard* s'indigne qu'un grand pays comme la France dote d'une manière si parcimonieuse ses plus importantes institutions scientifiques.

Pourquoi, s'écrie M. *Jules Cloquet*, l'Académie de médecine ne serait-elle pas logée aux frais de l'État, comme le sont les autres Académies?

M. le *Président* rappelle que l'insuffisance du logement de l'Académie de médecine est, depuis plus de dix ans, le thème habituel des doléances du bureau auprès de M. le ministre de l'instruction publique, lors de la visite du premier janvier. En raison de l'inefficacité de ces démarches collectives si souvent réitérées, il est d'avis que le meilleur moyen d'obtenir un résultat favorable serait d'agir individuellement, chacun auprès des gens influents qu'il connaît, ministres ou députés.

Mais, en attendant les libéralités du gouvernement, et vu les embarras financiers du pays, les membres de l'Académie ne pourraient-ils pas abandonner généreusement, pour un temps, leurs jetons de présence, et en consacrer la valeur à l'agrandissement de la bibliothèque? C'est une solution que nous prenons la liberté de soumettre respectueusement à leur appréciation.

M. *Caventou* fils a fait ses débuts à la tribune, comme rapporteur de la commission des remèdes secrets et nouveaux. Suivant les traditions de ses devanciers, le jeune et élégant académicien a livré à la risée de l'assistance un nombreux assortiment de remèdes ineptes et de recettes absurdes.

Du dosage des alcaloïdes. — Les alcaloïdes tendent de plus en plus à prendre le premier rang dans la thérapeutique et à se substituer aux médicaments complexes. Il importe donc pour les médecins, dans l'intérêt des malades, d'être rigoureusement fixés sur la composition élémentaire, et sur les propriétés chimiques et physiologiques de ces agents. A cette condition seulement on évitera les inconvénients et les dangers pouvant résulter de l'emploi peu éclairé de substances toujours très-actives et souvent vénéneuses.

Telle est la pensée opportunément développée par M. *Boudet*, à propos de la digitaline et de l'aconitine. On sait que ces deux alcaloïdes se présentent à l'état amorphe et à l'état cristallisé, et que leurs effets physiologiques et thérapeutiques sont bien plus actifs sous la seconde forme que sous la première. D'où la nécessité de ne pas tomber, en formulant, dans une confusion qui pourrait avoir les conséquences les plus graves. Afin de prévenir de semblables erreurs, M. Boudet propose de nommer une commission chargée d'établir un formulaire légal des alcaloïdes dangereux et toxiques.

M. *Bussy* donne le sage conseil de s'en tenir aux préparations du Codex, jusqu'à ce que l'Académie ait statué sur ce sujet.

On n'a pas oublié que l'Académie a accordé, cette année même, une de ses plus belles récompenses à M. Nativelle pour la découverte de la digitaline cristallisée, et nos lecteurs se rappellent en quels termes excellents M. Buignet, rapporteur, parlait de la valeur du nouveau produit et de sa supériorité sur la digitaline amorphe. Voici qu'aujourd'hui M. *Gubler* est venu contester les avantages thérapeutiques de la digitaline cristallisée, disant que, quoique cet agent produise sur les animaux des phénomènes physiologiques plus prompts et plus marqués, il détermine sur l'homme des effets thérapeutiques moins actifs que la digitaline d'Homolle.

M. Buignet a écouté cette contradiction sans répliquer. Mais M. *Marotte*, qui était son collaborateur dans la commission du prix Orfila, a relevé le gant, maintenu les résultats de ses expériences cliniques et répété que la digitaline cristallisée de M. Nativelle produit, à la dose de 1/2 milligramme, des effets aussi puissants que ceux qu'on obtient avec 2, 3 et même 4 milligrammes de digitaline ordinaire. Celle-ci est quelquefois tellement inoffensive, qu'un enfant a pu avaler un flacon entier de granules sans en éprouver aucune incommodité.

Il faut distinguer, répond M. *Gubler*, entre la digitaline grossière, impure ou équivoque de commerce, et la digitaline choisie, de bonne qualité, et préparée suivant le procédé d'Homolle. C'est avec celle-ci qu'il a fait ses expériences comparatives sur les malades, et c'est d'elle seule qu'il a voulu parler.

L'Académie décide qu'une commission composée de MM. *Vulpian, Marotte, Gubler, Boudet* et *Buignet*, présentera un rapport sur cette question.

Drainage chirurgical dans la pleurésie purulente. — Les anciens procédés employés pour l'opération de l'empyème ont produit les résultats les plus funestes, même entre les mains des plus habiles chirurgiens. Sur 50 opérés, Dupuytren en perdit 48. Astley Cooper n'a pas obtenu une seule guérison. Velpeau considérait cette opération comme désastreuse, et ne la pratiquait pas volontiers. Et pourtant, ces déplorables conséquences n'ont pas empêché M. Béhier, dans la dernière séance, de déclarer que s'il était atteint d'une pleurésie purulente, ce serait encore à la large incision de l'espace intercostal qu'il donnerait la préférence.

M. *Chassaignac* n'a pas pu entendre une déclaration si téméraire et si dangereuse sans éprouver le besoin de protester en faveur des procédés nouveaux, et notamment du drainage chirurgical, dont les avantages et l'efficacité ont été méconnus si mal à propos par M. Béhier.

M. Chassaignac expose les dangers de l'incision et l'insuffisance des ponctions réitérées. Il démontre, au contraire, que le drainage avec un tube de caoutchouc est un procédé absolument inoffensif, et que seul il permet de satisfaire aux indications capitales du traitement de l'empyème, qui sont d'évacuer complétement la collection purulente, de donner au pus une libre issue, d'entretenir l'écoulement permanent du liquide et d'empêcher la pénétration de l'air dans le foyer de la suppuration.

A l'appui de ses assertions, M. Chassaignac rapporte des faits nombreux de guérison prompte et radicale de pleurésies purulentes, obtenue à l'aide du drainage, soit par lui-même, soit par d'autres chirurgiens français ou étrangers.

M. *Jules Guérin* plaide naturellement en faveur de la thoracocentèse sous-cutanée. Il regrette que M. Chassaignac ait prononcé un jugement trop sommaire sur ce procédé, qu'il n'a pas expérimenté, et que M. Guérin tient, jusqu'à plus ample informé, pour plus sûr et plus efficace que le drainage.

M. *Chassaignac* retourne l'argument contre son adversaire en maintenant les guérisons obtenues par le drainage, non expérimenté par M. Guérin.

Si nous avions eu l'honneur d'être membre de l'Académie, nous aurions pu, nous aussi, apporter notre modeste témoignage en faveur du drainage combiné avec l'aspiration pneumatique. Nous aurions cité l'observation très-concluante d'une pleuro-pneumonie traumatique purulente, résultant de la pénétration d'une balle de chassepot dans la poitrine, et que nous avons traitée et guérie, malgré les incidents et les complications les plus graves, avec le concours de M. le docteur Dieulafoy et à l'aide de son appareil aspirateur, en associant ensemble le drainage, l'aspiration biquotidienne du pus et les lavages du foyer avec une solution étendue d'acide thymique.

A. Linas.

Société de chirurgie

SÉANCE DU 3 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

DE LA CLASSIFICATION DANS LA STATISTIQUE DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES. — DE LA VALEUR DES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES. — SUR LA RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU COUDE.

M. *Verneuil* lit un travail sur la classification des opérations. La division en opérations suivies de guérison et opérations suivies de mort est tout à fait insuffisante. Il faut trois séries distinctes : l'opération est la cause de la mort, l'opération est suivie de guérison, et enfin la mort survient par des causes étrangères à l'opération elle-même; ce qui conduirait à admettre des opérations mortelles, efficaces et impuissantes.

— M. *Chassaignac* lit une note sur la méthode de résection employée par lui depuis 1844 (voy. *Mém. Soc. de chir.*, t. I, p. 464). Il attribue les résultats heureux qu'il a obtenus à la pratique de l'incision unique, avec segmentation osseuse préalable et au pansement par occlusion.

M. *Ollier* adopte l'incision unique, qui est bonne ; mais pour lui la section de l'os avant la désarticulation est mauvaise.

— M. *Ollier* fait une communication sur la résection sous-périostée du coude. La résection sous-périostée de l'articulation du coude, qui donne, dans les arthrites chroniques suppurées, des résultats si supérieurs à ceux qu'on obtient par la méthode ancienne, présente les mêmes avantages dans les fractures comminutives de l'articulation produites par les armes à feu. Quel que soit le désordre produit par la balle, dès que la résection est indiquée il faut la faire par la méthode sous-périostée, et, malgré la multiplicité des esquilles, on peut appliquer à cette opération les règles fondamentales de la méthode. Malgré les éclats osseux, malgré les déchirures du périoste, on peut conserver une gaîne périostéo-capsulaire suffisante pour fournir les éléments d'une articulation nouvelle.

M. Ollier se sert des ouvertures du projectile si elles se trouvent sur le trajet de l'incision brisée qu'il a décrite pour la résection du coude. Dans le cas contraire, il fait une nouvelle incision, suivant d'abord le bord externe de l'humérus, puis, obliquant de l'épicondyle à l'olécrâne et se terminant le long du bord externe du cubitus; ayant pénétré dans l'articulation, il saisit avec un davier les différentes esquilles qu'il dépouille avec le détache-tendon de leur revêtement fibreux. Enfin, il explore les bouts des divers os, les dénude de leur périoste et les scie plus ou moins haut.

Pour M. Ollier, une opération sous-périostée ne consiste pas dans le grattage plus ou moins régulier des extrémités osseuses et dans la conservation de quelques lambeaux du périoste; c'est une opération régulière qui a pour but la conservation de tous les éléments de mobilité et de résistance de l'articulation future. Il ne sort pas de la gaîne périostique et ne pénètre pas dans les loges musculaires; aucune insertion musculaire n'est compromise, et par la conservation du périoste il obtient la reconstitution de masses osseuses qui, en s'articulant entre elles, assurent la reconstitution d'une articulation nouvelle du même type que l'articulation enlevée.

Sur huit résections du coude faites par M. Ollier dans la

dernière campagne, un malade fut amputé trois jours après par un chirurgien qui ignorait l'opération déjà pratiquée; un autre mourut d'hémorrhagie dix-huit jours après la résection : la balle qui avait fracturé le coude avait sectionné l'artère humérale; quand M. Ollier vit ce blessé, trente-six heures après l'accident, le pouls radial était rétabli, pas d'hémorrhagie; la blessure de l'artère ne fut pas soupçonnée. Des six autres opérés, trois furent traités par une immobilité beaucoup trop prolongée : M. Ollier les retrouva avec une ankylose presque complète. En effet, il faut avoir soin de mobiliser l'articulation dès que les accidents inflammatoires sont apaisés. Les trois derniers malades, retrouvés en temps opportun, présentent des mouvements énergiques de flexion et d'extension ; l'humérus se termine par des renflements condylaires de nouvelle formation. Le traitement consécutif est très-important. Il faut de l'immobilité au début pendant la période de fièvre et d'inflammation seulement; alors un bandage silicaté bien ouaté, fenêtré au niveau des plaies, constitue le meilleur appareil.

Sur ces huit opérations, M. Ollier a fait tantôt des résections totales, tantôt des résections portant sur une partie des surfaces articulaires. Il accepte les résections *semi-articulaires* qui enlèvent la totalité d'une des surfaces articulaires, mais il repousse les *résections partielles* qui enlèvent une partie de l'une ou l'autre surface articulaire, amènent l'étranglement et la rétention du pus.

M. *Demarquay* fait remarquer que le coude est le type des articulations favorables au rétablissement des mouvements après les résections; en est-il de même pour les autres articulations? Il pense que dans la résection pour les cas traumatiques, la conservation du périoste est très-difficile à réaliser, surtout dans les articulations autres que le coude.

M. *Guyon* désire attirer l'attention sur les résections partielles, qui sont d'une façon générale des opérations défectueuses. Il a pratiqué une fois la résection partielle du coude, et il n'a pas eu la tentation de la faire à nouveau.

M. *Perrin* voudrait, pour être édifié, voir comment les choses seraient conduites par M. Ollier lui-même sur le cadavre. On a présenté à la Société d'excellents résultats obtenus après la résection du coude faite sans souci du périoste. Les résections partielles sont plus graves que les résections complètes et sont suivies d'ankylose.

M. *Verneuil* n'est point non plus partisan des résections partielles. Pour les cas de traumatisme, il pense que la résection doit être faite immédiatement, si l'on veut obtenir une guérison rapide.

M. *Tillaux* demande à M. Ollier s'il a des autopsies de sujets adultes auxquels une résection sous-périostée a été pratiquée et suivie de guérison.

M. *Ollier* a fait deux autopsies quinze mois après la guérison de résections du coude chez des sujets de dix-sept ans environ. Il y avait une articulation ayant les caractères d'un ginglyme, une mortaise qui maintenait suffisamment les rapports des os.

Séance du 10 avril 1872. — Présidence de M. Dolbeau.

De la résection par les procédés sous-périostés. — Paralysie traumatique réflexe des muscles de l'avant-bras et de la main. — Épithélioma ; ulcérations par pénétration des produits morbides dans les orifices des glandes cutanées. — Invagination congénitale du rectum.

M. *Verneuil* montre une malade à laquelle il a pratiqué une résection sous-périostée du coude pour un cas pathologique. Jeune fille très-scrofuleuse, ayant eu, en 1868, des abcès froids de la paroi de la poitrine, et, en 1869, des abcès périarticulaires du coude droit; un de ces abcès pénétra dans l'article, d'où arthrite et douleurs très-vives. Le 14 mai 1870, résection par le procédé sous-périosté, en profitant des nombreux orifices fistuleux. M. Verneuil a cherché à conserver le périoste : les extrémités osseuses ont été complétement enlevées avec la pince de Liston; la longueur d'os enlevée mesurait 6 centimètres; aujourd'hui il ne reste que 2 centimètres 1/2 de raccourcissement. La malade peut porter un seau d'eau, se coiffer, coudre; elle est épileuse dans un hôpital, ce qui prouve une grande précision dans les mouvements du membre. Il y a un peu de pronation et de supination. On trouve une tubérosité reproduite à la place de l'épicondyle et un crochet olécrânien; les deux segments du membre se correspondent par des surfaces larges. M. Verneuil a déjà pratiqué deux résections du coude par le procédé de M. Ollier; la première a déjà été présentée à la Société. Dans un troisième cas, la mort survint en quelques mois par albuminurie. Cela fait deux succès sur trois cas. M. Verneuil est absolument partisan du procédé de M. Ollier.

M. *Tillaux* ne retrouve pas là ce que M. Ollier a annoncé, la régénération des surfaces articulaires; il voit des ostéophytes comme après les résections ordinaires, mais pas l'ombre d'engrènement des surfaces articulaires. Des opérés de Nélaton chez lesquels on n'avait pas conservé le périoste ont pu battre en grange.

M. *Verneuil* fait remarquer que jamais M. Ollier n'a parlé de la régénération des surfaces articulaires, ni dans ses publications, ni dans ses discours.

M. *Le Fort* vient appuyer l'opinion de M. Tillaux; il ne croit pas qu'il soit possible d'opérer comme l'indique M. Ollier.

M. *Trélat* a vu de beaux résultats obtenus sans que le chirurgien ait ménagé la gaîne capsulo-périostée. La régénération des extrémités osseuses peut se produire en dehors de la conservation du périoste; mais en conservant le périoste on a une chance de plus. En conservant la capsule, on a le maintien à court espace des extrémités osseuses, résultat qui est recherché par beaucoup de chirurgiens.

M. *Dolbeau* a fait trois résections du coude sans conserver le périoste; une fois l'avant-bras est resté flottant; deux fois les mouvements ont été très-bien rétablis.

M. *Verneuil* voudrait savoir quelle étendue d'os a été enlevée lorsque les anciens procédés ont donné de bons résultats. Peut-être que ces bons résultats étaient dus à la conservation du périoste même à l'insu du chirurgien.

M. *Chassaignac* dit qu'il est injuste d'attribuer à M. Ollier la méthode sous-périostée.

— M. *Duménil* lit une observation de paralysie traumatique réflexe des muscles de l'avant-bras et de la main. Il s'agit d'un soldat blessé le 24 mai 1871. Plaie formant lambeau à la limite de l'hypothénar droit; immédiatement, paralysie de tous les muscles de la main et des doigts; paralysie de la sensibilité sur toute la main. Aucun corps étranger n'est resté dans la plaie, qui guérit sans complication. M. Duménil voit le malade en septembre; il constate l'impossibilité absolue d'imprimer des mouvements à la main sur l'avant-bras; l'index seul peut être fléchi et étendu. En quelques mois la paralysie musculaire et la paralysie de la sensibilité disparaissent par l'emploi de l'électricité.

— M. *Duménil* lit une observation d'épithélioma avec ulcérations par pénétration des produits morbides dans les orifices des glandes cutanées. Une femme de soixante-cinq ans vient consulter ce chirurgien, en février 1869, pour une tumeur de la face dorsale du cinquième métacarpien droit. Cette tumeur, du volume d'un haricot, fut enlevée et la plaie guérit assez vite. Le microscope montra qu'il s'agissait d'un épithélioma. Pas d'engorgement des glandes.

En juillet 1869, la malade revient avec des ulcérations fistuleuses multiples de l'aisselle droite; les fongosités qui entourent les orifices renferment des cellules épithéliales et des globes épidermiques. Au-dessus de l'épitrochlée un ganglion.

En avril 1870, il se forme des croûtes épidermiques sur la cicatrice de la main; en même temps, deux petites ulcérations en bas et en dehors du mamelon. Ces ulcérations commencèrent par deux petits pertuis, ayant les dimensions d'une tête de petite épingle, ressemblant à des orifices de glandules élargies; puis elles s'étendirent en restant superficielles. D'autres tumeurs se forment plus tard dans le derme, en avant du thorax, sur la partie postérieure de l'épaule et dans l'aisselle gauche. La malade succombe dans le marasme, en octobre 1870.

A l'autopsie, on constata que les divers points malades renferment des cellules épithéliales et des globes épidermiques (tumeur de l'aisselle gauche, tumeur végétante de l'aisselle droite, tumeurs développées dans la peau). Les ulcérations développées au voisinage du mamelon, sans induration préalable, sont recouvertes d'une couche mince caséeuse, où l'on trouve un grand nombre de noyaux libres, quelques cellules polygonales à noyau unique de même dimension que les noyaux libres. Parmi ces cellules, une a deux noyaux. M. Duménil explique ces ulcérations par une véritable greffe des éléments pathologiques dans le conduit de quelque glande cutanée.

M. *Guéniot* présente une pièce recueillie sur une petite fille n'ayant pas vécu. Le rectum est invaginé : trois cylindres descendants et deux ascendants; de ces cinq cylindres deux étaient très-courts. Il s'agit ici d'une invagination produite pendant la vie intra-utérine : les tubes étaient en effet déjà réunis par des adhérences.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, par le docteur Henri Roger, médecin de l'hôpital des Enfants. Tome Ier. Chez Asselin. In-8, 491 pages.

En 1863, la Faculté confia à M. le docteur Roger l'enseignement officiel des maladies de l'enfance. Le professeur commence aujourd'hui la publication des recherches et des travaux auxquels la plus grande partie de sa carrière médicale a été activement consacrée.

L'ouvrage se divise en deux parties :

La première comprend une série de onze leçons sur la sémiotique des maladies de l'enfance.

La seconde est exclusivement consacrée à des recherches sur la température étudiée chez les enfants à l'état physiologique et pathologique.

Un court appendice traite de la thermométrie en médecine légale comme *moyen de constater la mort réelle*. On y a joint un chapitre contenant une étude physiologique des *causes de la chaleur animale*.

Quelques généralités sur la médecine infantile ouvrent la partie des études sémiotiques. La clinique infantile est chose difficile. Il faut, avant de l'aborder, connaître à fond les conditions physiologiques que présente l'enfant aux différentes périodes de son évolution. Ces conditions varient incessamment en raison des influences également variables qu'il doit subir : naissance, allaitement, dentition, sevrage, deuxième enfance, puberté. Les maladies empruntent nécessairement à ces diverses phases de l'état physiologique des caractères tout spéciaux portant sur la forme, la marche, la prognose. De là, la nécessité d'indications particulières sur la conduite que le médecin aura à tenir non-seulement à l'égard de son petit malade, mais encore vis-à-vis d'un entourage complétement étranger aux difficultés de cette pratique spéciale, le plus souvent impressionnable à l'excès et prompt à imputer à l'inexpérience du médecin les accidents qu'il n'a pas prévus ou qu'il n'a pas voulu prédire.

L'exploration clinique des enfants est tout un art, et M. Roger la traite en véritable artiste, faisant preuve lui-même des qualités dont il démontre la nécessité chez le médecin de l'enfance. On a dit de Guersant et de Blache qu'ils avaient le *cœur maternel*. Il faut véritablement l'avoir tel pour la pratique infantile. Des difficultés insurmontables se dressent devant le médecin qui ne sait pas s'armer à l'avance d'une patience à toute épreuve et d'une certaine bonne humeur qui n'exclut pas la fermeté. Il faut aimer les enfants pour les bien soigner. Tout parle chez eux au clinicien expérimenté : l'attitude, le geste, le cri, le sommeil, la coloration du visage, etc. Pour lui la maladie se dénotera par certains signes qu'on négligerait partout ailleurs et qui dans l'espèce sont de premier ordre. On ne saurait donc trop insister sur la nécessité d'un examen extérieur minutieux; c'est un point essentiel de la sémiotique de l'enfance.

Quatre leçons sont consacrées aux maladies des voies respiratoires, aux modifications que doivent subir chez les enfants les procédés habituels d'exploration, aux formes particulières que ces maladies présentent, à la valeur relative des signes fournis par l'auscultation et la percussion comparés à ceux qu'on obtient chez l'adulte dans les maladies analogues.

L'examen des voies digestives a chez l'enfant une importance toute particulière en raison de la fréquence et de la gravité des maladies de la gorge, de la signification du vomissement, des modifications que présentent les selles au point de vue de leur abondance, de leur nature, etc.

Bien que les maladies des voies urinaires soient rares à cette époque de la vie, la séméiologie des urines ne doit pas cependant être négligée.

Les maladies des centres nerveux, et surtout celles de l'encéphale et de ses enveloppes, sont au contraire très-fréquemment observées chez l'enfant. L'exploration du système nerveux, en raison même des difficultés qu'elle présente, réclame toute l'attention, toute la patience du médecin. M. Roger, après avoir exposé avec les détails nécessaires la valeur clinique des différents symptômes, apprécie certains moyens d'investigation récemment introduits dans la science : l'auscultation cérébrale, qui n'a pas justifié les espérances données par Fisher (de Berlin), et l'ophthalmoscopie, préconisée par MM. Galezowski et Bouchut, qui peut fournir des résultats intéressants, mais dont il convient de ne pas exagérer la portée.

La sémiotique du pouls, les particularités qu'elle présente chez l'enfant à ses différents âges, sont soigneusement étudiées.

Les deux derniers chapitres traitent des maladies du cœur; et dans les pages consacrées à la percussion et à l'auscultation de cet organe, à l'interprétation des différents symptômes que l'on peut constater chez les jeunes sujets, nous retrouvons l'expérience consommée du médecin d'enfants unie à l'habileté de l'un des auteurs du *Traité d'auscultation* aujourd'hui classique.

La seconde partie est une étude de la *température animale chez les enfants, à l'état physiologique et pathologique*. Cette étude est une œuvre toute personnelle. Jusqu'à ce jour, les recherches faites sur la température n'avaient pas été spécialement appliquées à la pathologie infantile. Celles de M. Roger datent de 1844.

L'auteur réclame avec raison pour l'école française l'initiative des recherches thermométriques appliquées à la clinique. On semble, en effet, ignorer aujourd'hui qu'à M. le professeur Bouillaud revient l'honneur de cette idée féconde.

« Plus de 300 observations nous ont démontré que rien n'était plus facile que d'apprécier avec le thermomètre les différences de la température animale. L'état fébrile intense fait monter le thermomètre centigrade de 33 degrés ou 34 degrés à 40 degrés, et même au delà. » (Bouillaud, *Clinique médicale*, t. III, p. 428.) MM. Donné, Piorry ont également publié des recherches à ce sujet, et en 1841, M. Andral formulait, dans son cours à la Faculté, la plupart des lois générales qui ressortent de l'ensemble et du rapprochement des faits particuliers.

Il suffit de ces citations pour montrer que la voie dans laquelle se sont engagés avec tant de succès les médecins allemands avait été depuis longtemps signalée. Ceci soit dit sans vouloir en aucune façon contester la valeur considérable de leurs travaux et l'importance des résultats qu'ils ont obtenus par des études mieux dirigées et appliquées avec une rare sagacité.

M. Roger en a fait son profit, et c'est avec une patience et une persévérance bien rares aujourd'hui qu'il a poursuivi ses recherches.

Après quelques indications touchant le procédé opératoire, il établit, par des moyennes tirées d'observations nombreuses, la température normale de l'enfant aux différents âges, depuis la naissance jusqu'à la fin de la deuxième enfance, puis il suit les variations de cette température dans les diverses classes de maladies : elle peut être augmentée (fièvres, maladies locales des principaux appareils); stationnaire (névroses, plusieurs maladies chroniques); abaissée (gangrène de la bouche, paralysies, choléra, œdème algide).

Toutes les observations particulières sont résumées en des considérations générales où se trouvent consignés les résultats obtenus. Nous y voyons que les écarts de la température peuvent être énormes chez les enfants; ils comprennent 20 degrés : de 22° (sclérème) à 42°,50 (méningite cérébro-spinale); tandis que chez l'adulte les écarts maxima oscillent entre 32° (choléra) et 45° (tétanos) (13 degrés seulement).

L'étude de la thermométrie peut fournir des indications précieuses pour la diagnose, indications que l'auteur a soin de ramener à leur juste valeur, mais dont il fait ressortir l'utilité, surtout quand on sait les combiner à celles que fournit l'état du pouls en particulier.

Les applications de ces recherches à la prognose des maladies de l'enfance sont également appréciées, ainsi que celles qu'elles peuvent fournir à la thérapeutique.

L'ouvrage se termine par un appendice où l'on expose la valeur de la thermométrie en médecine légale comme pouvant renseigner sur la mort réelle, et où l'on étudie, dans un véritable chapitre de physiologie, les causes de la chaleur animale. C'est un exposé des recherches les plus modernes et une appréciation des diverses théories successivement acceptées sur ce point encore litigieux.

B.

VARIÉTÉS.

Assistance publique dans les campagnes.

Nous détachons du rapport lu à l'Assemblée nationale (séance du 25 mars) par M. E. Tallon, le chapitre IV, relatif aux secours médicaux et pharmaceutiques et aux secours hospitaliers :

Secours médicaux et pharmaceutiques.

Le défaut d'organisation des secours médicaux et pharmaceutiques dans les chefs-lieux de canton éloignés des grands centres, et dans les communes rurales, est l'un des points qui doivent appeler toute notre attention dans l'élaboration d'une loi de bienfaisance.

Le paysan, en général, se soucie peu de faire appel aux médecins de la ville ; il en coûte cher pour les décider à un déplacement ; on perd le temps du travail à les aller chercher, puis ils prescrivent le plus souvent des remèdes qu'une bourse mal pourvue s'épuiserait bien vite à payer. Les familles aisées des campagnes hésitent elles-mêmes devant ces dépenses, et ce n'est, on peut le dire, qu'en cas d'extrême danger que l'on recourt, et le plus souvent trop tard, aux soins d'hommes d'une science expérimentée.

L'esprit des cultivateurs est d'ailleurs superstitieux et imbu de préjugés; il croit au surnaturel et sa confiance s'adresse de préférence aux jeteurs de sorts, aux charlatans et aux empiriques.

De ces préventions même et de ces préjugés résulte une grande répugnance pour la plupart des jeunes gens munis du diplôme de docteur à s'établir dans les campagnes. Les ennuis d'une vie étroite et l'appréhension d'un avenir borné n'y trouvent pas d'ailleurs, pour eux, de suffisantes compensations dans les avantages lucratifs que la position pourrait offrir. Au sortir de l'école, ils préfèrent chercher une clientèle qui se forme facilement dans les faubourgs et la banlieue de Paris, ou bien ils se jettent dans des spécialités où l'argent se gagne vite.

Les campagnes se dépeuplent ainsi, de jour en jour, de médecins. Or, un intérêt économique de premier ordre, celui de la santé des travailleurs, qui intéresse d'une manière si intime le développement normal de la production, exige que l'on mette à la portée de tous les secours médicaux. Pour cela, il faut organiser d'une manière générale le service de la médecine cantonale, en assurant à ceux qui la pratiquent une juste rémunération de leurs services.

Ce ne sont pas seulement les ouvriers et les pauvres qui profiteraient de cette organisation ; les classes aisées elles-mêmes y trouveraient cet avantage de voir se fixer dans les chefs-lieux de canton des médecins éclairés dont les secours leur seraient précieux.

On développerait ainsi le nombre beaucoup trop restreint des médecins et, de plus, ils deviendraient, dans le canton, les auxiliaires de la justice, les initiateurs de la science elle-même, par le contingent d'observations utiles qu'ils recueilleraient. Il se produit, on le voit, à l'appui des projets d'organisation de la médecine cantonale, des considérations de l'ordre le plus élevé.

Les propositions présentées à l'Assemblée nationale pour la révision de la loi de l'an XI, qui régit actuellement l'organisation du corps médical, aboutiront, on doit l'espérer, à des mesures de nature à prévenir la diminution du nombre des médecins dans les campagnes. C'est l'un des points les plus sérieux de cette importante question.

L'ancien régime comptait dix-huit Facultés de médecine, quinze colléges ou corporations de médecins, un nombre plus considérable encore de colléges ou communautés de chirurgiens. Ce système de généralisation de l'enseignement médical, s'il n'élevait pas le niveau de la science, multipliait du moins le nombre des praticiens. Le décret du 16 août 1792, en abolissant toutes les académies et corporations, anéantit cet enseignement. La science tomba alors dans un dangereux empirisme. Cet état d'anarchie cessa avec la loi de l'an XI et les ordonnances du comte Siméon et de M. Guizot qui constituèrent, en 1820 l'Académie de médecine, et réorganisèrent, en 1835, l'enseignement de l'école.

Aujourd'hui encore subsistent de lourdes entraves au développement du corps médical.

D'un côté, la centralisation des études à Paris et le petit nombre de Facultés de province réduit actuellement à celle de Montpellier, depuis la perte de notre glorieux Strasbourg ; d'un autre côté, la dépense qu'entraîne la conquête du grade de docteur et diverses autres causes, ont contribué à éloigner de la carrière médicale nombre de jeunes gens que leurs goûts ou leurs aptitudes y appelleraient.

Le développement des Facultés secondaires et l'attribution de bourses aux jeunes gens qui se destineraient à la médecine de l'assistance aideraient singulièrement à remédier à cet inconvénient. Tel fut, du reste, l'esprit du grand projet de loi sur l'organisation médicale, présenté en 1847 par M. de Salvandy à la Chambre des pairs, et interrompu par le cours fatal des événements.

« L'institution des médecins cantonaux, disait l'exposé des motifs, offre de grands avantages. Elle s'est établie d'elle-même par la sollicitudes des conseils généraux dans les départements qui ne manquent ni d'instruction médicale, ni de médecins, ni de richesses ; notamment dans les départements de l'ancienne Alsace ; elle donne à la santé publique la sécurité du service officiel obligatoire et permanent ; elle donne aux pauvres un médecin attitré, qu'ils appellent sans crainte et sans scrupule, sur les soins de qui ils se savent un droit. Elle donne à l'administration le concours assuré d'un homme de l'art, qui l'éclaire sur tous les moyens de salubrité placés à portée des populations et des magistrats. On peut affirmer que rien n'est plus digne d'une civilisation comme la nôtre qu'une telle institution, et que, généralisée, elle porterait avec le temps des fruits très-supérieurs à tout ce qu'on peut en attendre.

» Un titre officiel et un traitement modique suffisent pour déterminer bien des vocations : nous sommes convaincus qu'il suffirait de cette création pour porter vers la carrière médicale une foule de jeunes gens aisés qui auraient l'espérance de retourner au pays natal pour y occuper une situation honorable et après tout productive. »

Voici les dispositions de l'article 25 de ce projet tel qu'il fut arrêté, après adoptions de plusieurs amendements par la Chambre des pairs :

« Article 25. Sur la demande des conseils municipaux et après délibération du conseil général, les préfets pourront établir des médecins de charité qui seront chargés de visiter les indigents reconnus comme tels par l'autorité municipale, de porter secours aux malades atteints par les épidémies, de vacciner gratuitement, de faire toutes les opérations de

médecine légale qui leur seraient confiées par la justice ou par l'administration, et de transmettre aux conseils médicaux les faits et documents relatifs à la science et à l'hygiène publique, qu'ils auraient recueillis.

» Le traitement des médecins de charité sera assigné, partie sur les revenus des bureaux de bienfaisance, et, dans les communes où ces bureaux ne sont pas rétablis, sur les revenus des communes, dans la proportion déterminée par le conseil général; partie sur les centimes facultatifs du département.

» Les médecins de charité seront nommés par les préfets, sur une liste dressée par les conseils médicaux des départements, après examen et classement des candidats.

» L'étendue de la circonscription qu'ils devront desservir, le lieu de leur résidence et leur traitement seront fixés par les conseils généraux sur la proposition des préfets.»

La France fut alors, on le voit, au moment d'entrer en possession d'une institution d'assistance dont jouissent déjà la plupart des nations européennes.

La meilleure organisation qui existe à cet égard a été instituée depuis longues années déjà en Piémont; elle s'est étendue de là dans plusieurs des États de l'Italie, et aujourd'hui elle s'y généralise.

En Espagne même, l'organisation de la médecine charitable existe dans les plus petites localités. Les fonctions de médecins des pauvres sont données au concours et rétribuées au moyen d'une taxe additionnelle sur le principal des contributions directes.

L'Allemagne n'est pas restée en arrière dans cette voie de progrès; l'exercice de la médecine est organisé dans la plupart de ses communes, de manière à assurer des secours à toutes les classes de la société et à offrir toutes les garanties que réclament les intérêts sacrés de l'humanité, au moyen de l'institution d'un corps médical subventionné par l'Etat.

En Angleterre enfin, une taxe imposée à tous les propriétaires ruraux assure l'organisation des secours médicaux et pharmaceutiques pour tous les malades des campagnes. L'assistance médicale y est établie sur les bases les plus larges et les plus fécondes.

Telles sont les utiles institutions dont nous voudrions voir l'Assemblée nationale jeter enfin les fondements dans tous nos cantons de France en reprenant l'œuvre souvent tentée, toujours interrompue, des Assemblées ses devancières.

Au surplus la loi ne ferait que généraliser ainsi une organisation qui a été successivement établie, tant la nécessité en était reconnue, dans plusieurs de nos départements, et dont la patriotique Alsace nous a, la première, depuis 1810, donné l'exemple. Ces organisations locales varient dans leur application selon les régions, l'esprit et les habitudes des populations, mais partout l'expérience en a constaté les bons effets.

Il suffit de jeter les yeux sur le compte rendu des séances du conseil général du Haut-Rhin pour voir combien est simple, peu dispendieuse et bienfaisante à la fois cette institution. Voici les chiffres relevés dans le rapport consigné au procès-verbal de ce conseil de l'année 1863 :

Moyenne du nombre des malades secourus par année......	9 751
Moyenne du nombre des visites et consultations par année..	36 129
Nombre des médecins titulaires ou adjoints, correspondant au nombre des circonscriptions cantonales................	63

Dépenses à la charge du département.

1° Sur le traitement des médecins cantonaux........	18 546 fr.
2° Complément du traitement de l'inspecteur des établissements de bienfaisance..........................	1 000
3° Secours aux malades indigents................	2 999
4° Traitement dans les hôpitaux d'indigents sans domicile.	1 000
Total......	23 545

Dépenses à la charge des communes.

1° Complément du traitement des médecins cantonaux.	19 723 fr.
2° Fourniture de médicaments....................	24 837
Total......	44 560

L'ensemble des dépenses à la charge du département et des communes représente un total général de 68,105 francs.

(*La fin à un prochain numéro.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le concours de l'agrégation en médecine vient de se terminer par les nominations suivantes, parmi lesquelles nous remarquons avec une satisfaction légitime des noms bien connus de nos lecteurs : MM. Hayem, Damaschino, Fernet, Lancereaux, Bergeron, Duguet et Rigal.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. Vée, ancien pharmacien, ancien maire du Ve arrondissement.

PESTE BOVINE. — M. le ministre de l'agriculture vient de déposer sur le bureau de l'Assemblée deux projets de loi portant ouverture de deux crédits : l'un de 4 250 000 fr. (exercice 1871), l'autre de 1 500 000 fr. (exercice 1872), pour les dépenses résultant de la peste bovine.

ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE. — M. Fourcaud vient de déposer sur le bureau de l'Assemblée (séance du 3 mai) une proposition ayant pour objet la création d'une Faculté de médecine à Bordeaux. Cette proposition est signée par tous les membres de la députation de la Gironde et par un grand nombre de députés des départements circonvoisins.

— *Cours complémentaire des maladies syphilitiques.* — Le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera ce cours à l'hôpital de Lourcine, le jeudi 16 mai, à neuf heures du matin, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Ceux de MM. les étudiants qui désireraient suivre ce cours sont priés de se munir de cartes spéciales au Secrétariat de la Faculté.

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner les récompenses ci-après désignées aux médecins qui se sont le plus distingués par leurs travaux et leurs services en matière d'épidémie pendant les années 1869-1870 :

1° *Médaille d'or* à M. Bertrand (Hector).

2° *Médailles d'argent* à MM. Autellet, Bessières (Emile), Chatelain, Daniel (Félix), Grandmottet, Lagardelle, Martin-Duclaux, Molard, Tourdes, Widal, Yvaren (Prosper).

3° *Médailles de bronze* à MM. Arnould (Jules), Bancel (Emile), Charvot, Dauvergne, Dusouil, Legrand, Martin (Gustave), Poulet, Tondut, Vignes.

4° *Rappel de médailles d'argent* à MM. Bazin (Alphonse), Locadre, Legros (Victor), Bocamy, Lacaze.

5° *Mentions honorables* à MM. Barbrau, Jacquez, Montozon, Pujos, Savidan.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 27 avril au 3 mai 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 3. — Rougeole, 16. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 12. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 73. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 14. — Autres affections aiguës, 246. — Affections chroniques, 361 (1). — Affections chirurgicales, 54. — Causes accidentelles, 22. — Total, 872.

(1) Sur ce chiffre de 361 décès, 180 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne ta rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 16 mai 1872.

Académie de médecine : Traitement de la pleurésie purulente; thoracocentèse.

Il était facile de prévoir que la question de la thoracocentèse, une fois portée à la tribune de l'Académie, s'y installerait pour quelque temps. Aujourd'hui il s'agit de la pleurésie purulente et des indications thérapeutiques qu'elle comporte. C'était là un sujet également familier aux médecins et aux chirurgiens. Ces derniers ont en ce moment la parole.

Dans l'avant-dernière séance, à la suite d'une communication de M. Béhier, M. Chassaignac avait fait ressortir les avantages et l'efficacité du drainage appliqué au traitement de la pleurésie purulente. De son côté, M. Jules Guérin avait rappelé les succès obtenus par lui au moyen de la thoracocentèse sous-cutanée. C'est en présence de ces deux méthodes que s'est placé, mardi dernier, M. le professeur Gosselin.

La thoracocentèse sous-cutanée, personne ne l'attaque dans son principe; et quelque idée qu'on se forme de l'action de l'air sur les cavités suppurantes, elle aurait assurément, ne serait-ce que pour sa simplicité, la préférence de tous les chirurgiens, si le traitement de l'empyème ne devait consister que dans l'évacuation du pus. Elle se recommande d'ailleurs de plusieurs succès incontestables; M. Gosselin ne les nie pas; seulement, ne comprenant pas bien comment la seule issue du liquide peut amener l'adhésion des deux feuillets pleuraux, il se demande si quelquefois la guérison n'a pas lieu, contre l'ordinaire, avec conservation de la cavité pleurale, surtout chez les enfants, dont la plèvre est plus disposée à récupérer ses fonctions physiologiques. Mais les trois faits cités à la tribune, dans cette séance même, par M. J. Guérin se rapportent à des adultes et même à des sujets avancés en âge; et, d'un autre côté, il semble qu'après des évacuations répétées du pus le poumon peut se dilater et venir, jusqu'à un certain degré, à la rencontre de la paroi costale. Aussi aimerions-nous à voir attribuer l'insuffisance relative de la thoracocentèse sous-cutanée telle que M. Guérin l'a pratiquée sur ses trois malades, moins au procédé de guérison qu'elle fait intervenir qu'à l'abandon de tout traitement topique du foyer purulent. Elle resterait ainsi une opération bonne, acceptable, préférable peut-être à d'autres, mais dans des conditions particulières qu'il s'agirait de bien déterminer.

M. Gosselin se montre partisan du drainage; mais il repousse le procédé de M. Chassaignac; procédé dans lequel la double ponction est faite avec le même trocart, qui traverse en même temps deux points donnés de la poitrine. M. Gosselin préfère pratiquer avec le bistouri deux incisions aux points choisis. Le drain réunit ensuite ces deux incisions. Évidemment ce procédé est beaucoup plus prudent. On sait, par un récent exemple, que le cœur peut, dans certains cas, affecter avec les parties latérales du thorax des rapports insolites et adhérer aux côtes par des fausses membranes solidement organisées; de telle sorte qu'on s'exposerait dans des cas analogues à de formidables accidents. Toutefois, on pourrait éviter ce danger en retirant la pointe du trocart aussitôt son introduction dans la poitrine, et en ne pratiquant la seconde ponction, celle qui est particulièrement dangereuse, qu'après avoir conduit la canule courbe sous le point où doit avoir lieu la contre-ouverture. On fait alors saillir dans l'espace intercostal l'extrémité mousse de la canule, et c'est alors sur la peau ainsi sous-tendue qu'on fait agir le poinçon. Après avoir essayé comparativement les deux procédés, nous trouvons, pour notre part, beaucoup plus commode de faire une double ouverture au bistouri et de passer ensuite le drain. Ces ouvertures sont plus larges; elles donnent une issue plus facile aux produits épanchés : pus et fausses membranes; elles constituent un procédé plus sûr.

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Suite. — Voyez les numéros 8, 9, 11, 13, 16 et 17.)

Russie.

L'organisation médicale russe est aussi simple que celle dont nous venons de parler est compliquée. Il ne se délivre en Russie que deux diplômes : le médecin (*Liekar*) et le docteur. Ajoutons tout de suite que, pour la pratique, les droits des deux grades sont les mêmes; le *Liekar* peut être à la fois médecin, chirurgien et accoucheur, et son droit d'exercice s'étend à tout le royaume. Le titre de docteur, qui exige cependant quelques études théoriques plus longues et plus complètes, n'est recherché que par ceux qui se destinent au professorat, aux places de médecins ou de chirurgiens en chef dans les hôpitaux, ou qui aspirent à des fonctions médicales administratives importantes. Je n'apprendrai rien à mes lecteurs en leur rappelant que les classes supérieures, en Russie, sont fort instruites, *a fortiori*, celle des médecins en général.

Deux grands corps enseignent et confèrent les grades. Ce sont, d'une part, l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, de l'autre, les Universités de Moscou, Kazan, Kharkov, Kiev, Dorpat, Varsovie et Helsingfors, qui possèdent des Facultés de médecine. La seule Université qui n'ait point de faculté est Odessa. Elles sont fort anciennes, à l'exception de celle de Kiev qui, fondée en 1833, a hérité de la plupart des magnifiques collections de la célèbre Université de Wilna (Vilno) et de celle d'Helsingfors fondée en 1827, après l'incendie de celle d'Abo. L'organisation particulière de ces Universités présente une certaine analogie avec celle de l'Allemagne. Elles jouissent d'une sorte d'indépendance, elles ont leur budget spécial, leurs conseils d'administration. L'École

A quel moment convient-il de retirer définitivement le tube à drainage? Il est difficile de se prononcer sur ce point en termes précis, et c'est ce que n'essaye même pas M. Gosselin. Il se borne à citer une observation dans laquelle le drain dut être rétabli plusieurs fois par suite de la reproduction de l'épanchement à des intervalles assez éloignés, et fait appel, pour la solution de cette question importante, à l'expérience de ses confrères.

Comme nous le disions à l'instant, M. J. Guérin a rappelé trois cas de sa pratique, dont deux au moins paraissent décisifs quant à la réalité de la guérison. Disons seulement que quelques particularités du récit nous on un peu surpris et ont paru surprendre l'assistance. L'une d'elles est la quantité de pus que fournissaient les malades à chaque ponction. C'était, dit M. Guérin, 8 à 9 litres pour la première ponction; 4 à 5 litres pour la seconde. Ce sont là de formidables épanchements, tels que nous n'en avons jamais rencontrés pour notre part. Larrey (*Chirurgie militaire*, t. III) dit bien avoir recueilli chez un malade 8 litres de pus. Nous croyions ce fait à peu près unique. Au delà de 5 litres, on tombe certainement sur des cas fort rares, s'il faut en croire les praticiens les plus expérimentés. La pratique de M. Guérin serait donc sous ce rapport entièrement exceptionnelle.

L'importance qu'il attache à la ponction sous-cutanée nous paraît également comporter quelques réserves au point de vue des épanchements purulents. On sait quelle était et quelle est encore la doctrine de M. J. Guérin sur l'influence nocive de l'air introduit dans les foyers purulents. La thoracocentèse sous-cutanée dérivait de cette doctrine. Nul doute que l'appareil employé ne fût parfaitement propre à l'opération telle qu'il la comprenait. A l'aide du jeu de robinets adapté à la pompe on pouvait certes aspirer, sans livrer accès à l'air, le liquide contenu dans la plèvre. Que M. J. Guérin préconise encore un appareil moins commode, moins maniable et plus coûteux que ceux qu'on emploie aujourd'hui; rien de plus naturel. Qu'il le modifie même, de manière à lui permettre de répondre à des indications nouvelles : injections, lavages de la plèvre, etc., c'est encore affaire à lui et à ceux qui trouveront cet appareil plus parfait que ceux qui lui ont succédé. Mais là n'est pas le point important de la question. Il s'agit de savoir si, en présence d'un épanchement purulent reconnu par une thoracocentèse antérieure, on doit ouvrir largement la plèvre et, sans souci de l'air introduit, agir sur la séreuse à ciel ouvert; ou si l'on doit considérer comme préférable tout procédé qu s'oppose à l'entrée de l'air. Nous parlons, bien entendu, d'épanchements purulents. Dans les épanchements séreux, tout le monde s'accorde à opérer de manière à empêcher la pénétration du fluide atmosphérique.

On a certainement beaucoup exagéré les dangers de l'introduction de l'air. Nous croyons, avec M. Damaschino (Thèse d'agrégation, 1869), que les accidents sont dus moins à l'air introduit qu'à son manque de renouvellement. On a même proposé toute une méthode de traitement des empyèmes purulents fondée sur des injections répétées d'air dans la cavité pleurale. Roser (*Archiv der Heilkunde*, 1864) cite des cas d'empyèmes guéris par ce procédé.

Si nous étudions, d'un autre côté, les procédés par lesquels les empyèmes guérissent naturellement, nous voyons que le liquide purulent se fait jour soit dans les bronches, soit à l'extérieur. Dans les deux cas, l'air pénètre largement et se renouvelle avec plus ou moins de facilité. Cependant les observations de guérisons par ces évacuations spontanées abondent dans la science.

Si nous mettons en regard les faits encore fort rares de guérisons obtenues par la thoracocentèse sous-cutanée, nous voyons *a priori* que, dans les épanchements purulents, il semble que l'accès de l'air soit au moins indifférent, à condition qu'il n'y ait pas stagnation, absence de renouvellement.

M. Béhier a donc pu dire avec raison que s'il était atteint d'épanchement purulent, il se déciderait pour la méthode hippocratique des larges incisions (1).

Nous croyons pouvoir affirmer aujourd'hui que la majorité des médecins est de son avis; et voici la conduite que tiennent en pareils cas ceux dont la pratique se fonde sur de nombreuses observations. Comme il est à peu près impossible de diagnostiquer la nature de l'épanchement, on doit, dans une première ponction, quel que soit le procédé employé, se mettre à l'abri de l'entrée de l'air. Nous supposons qu'on retire un liquide purulent. Deux partis se présentent alors : Les uns ouvrent immédiatement la poitrine, et, séance tenante, vident la plèvre et pratiquent un lavage ou une injection modificatrice. Les autres, considérant qu'il existe dans la science quelques cas où une simple évacuation de pus a été suivie de guérison, laissent au malade la chance de cette éven-

(1) Voyez, au compte rendu de la séance, quelques mots relatifs à un incident qui concerne la Gazette hebdomadaire.

établie près de l'Académie médico-chirurgicale de Pétersbourg est, au contraire, à proprement parler, un établissement de l'État, presque exclusivement militaire. Les élèves portent un uniforme; pour presque tous l'enseignement y est donné gratuitement, à la condition de prendre l'engagement de servir, une fois reçu médecin, pendant deux ans dans un corps médical officiel quelconque, avec la faculté, cependant, sauf certaines restrictions (cadres remplis, nécessités du service, etc.), de choisir le corps où l'on désire passer ces deux années, par exemple : l'armée de terre, la marine, l'intérieur ou les colonies, etc.

Dans les Universités, le payement est annuellement de 50 roubles (200 fr.) pour les villes capitales; 40 roubles (160 fr.) pour les autres villes. On ne paye rien de plus pour les travaux de laboratoires ou de l'Institut anatomique. Le diplôme de médecin (*Liekar*) coûte 10 roubles (40 fr.), celui de docteur, 15 roubles (60 fr.). Nous remarquons un système de bourses en rapport avec la législation du pays. En dehors des bourses avec ou sans conditions posées par leurs fondateurs, il y a des bourses du gouvernement, avec l'obligation, pour le bénéficiaire, de prendre l'engagement de servir l'État, soit pendant un an et demi dans l'intérieur de la Russie, soit un an au Caucase, en Sibérie ou dans la marine, cette obligation pour chaque année de bourse ou d'études; puis des bourses provinciales, et des bourses fondées par les classes d'habitants, noblesse, marchands, cosaques, etc., destinées à des jeunes gens peu fortunés qui font partie de ces classes. Enfin les conseils universitaires peuvent dispenser de tous payements ceux des élèves qui ont justifié de leur manque de fortune, de leur bonne conduite et de leurs bonnes études; ces cas sont assez rares. Nous signalerons à cette occasion une excellente mesure : tout élève qui a joui d'une bourse de l'État, peut s'affranchir des obligations qu'il a contractées en remboursant la valeur de cette bourse.

Le nombre des élèves à l'Académie de Pétersbourg et aux Universités varie, on le conçoit, selon l'importance de ces

tualité; si, comme cela est l'habitude, le pus se reproduit et nécessite une nouvelle intervention, l'opération de l'empyème est pratiquée.

Lorsque la plèvre est ainsi ouverte, une indication majeure se présente, celle dont a parlé M. Gosselin : obtenir l'accolement des deux feuillets pleuraux et l'oblitération de la cavité pleurale. Pour y arriver, il faut donner au pus un libre écoulement et modifier la surface de sécrétion par des injections désinfectantes et légèrement irritantes. On remplit ce double but, soit par l'établissement d'une canule à demeure, soit par le drainage, qui nous paraît de beaucoup préférable, et par des injections de divers liquides, entre lesquels la teinture d'iode compte le plus de partisans.

Sous l'influence de ce traitement, on obtient des guérisons solides, surtout chez les jeunes sujets, chez les enfants, dont le thorax encore souple se déforme facilement, de manière à favoriser, comme il a été dit plus haut, l'accolement des feuillets; car le grand point est de soutenir les forces du malade, qui doit résister à une suppuration souvent interminable, presque toujours d'une durée de plusieurs mois. Des soins journaliers, assidus, sans relâche aucune, s'imposent au médecin jaloux de mettre toutes les chances de son côté.

Cette méthode de traitement paraît être généralement adoptée. Elle est rationnelle, elle compte beaucoup de succès. Pourtant, il faut l'avouer, elle a des inconvénients. Un des plus graves résulte de l'obstacle apporté à la dilatation du poumon, dont la tendance expansive est, en quelque sorte, paralysée.

C'est pour parer à cet inconvénient qu'on emploie un procédé dans lequel on place une canule fermée et qu'on n'ouvre que pour des lavages quotidiens pratiqués par la méthode du siphon. De cette façon on ne fait qu'une ouverture au thorax et l'on espère, en se mettant à l'abri de l'accès de l'air, réunir les avantages de la méthode sous-cutanée à ceux du traitement topique de la plèvre. Néanmoins, il nous semble difficile qu'une canule à demeure ne laisse pas à la longue, sous l'influence des variations de tension qui s'établissent dans la poitrine, passer de l'air entre les parois et les lèvres de la plaie.

La facilité avec laquelle le liquide se renouvelle étant un des principaux obstacles à la guérison, on pouvait espérer que des évacuations très-répétées constitueraient une méthode de traitement présentant des chances sérieuses de succès. Les trocarts capillaires permettraient seuls d'intervenir ainsi d'une manière continue. Cette méthode est, croyons-nous, actuellement expérimentée par un de nos collègues chez un jeune malade atteint de pleurésie purulente. Chaque fois que le liquide se reproduit et s'accuse en quantité notable, l'aspiration par le trocart capillaire lui donne facilement issue. Le malade est en bonne voie; son état général est satisfaisant. Il y a tout lieu d'espérer que l'épanchement finira par se tarir. Si l'indication s'en présente, rien n'est plus facile que de faire arriver par le trocart un liquide modificateur qui est ensuite aspiré. On combine ainsi les avantages de la méthode sous-cutanée, de la thoracocentèse capillaire et d'un traitement modificateur.

B.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Névropathie cérébro-cardiaque, par le docteur M. Krishaber.

Nous avons recueilli un grand nombre d'observations d'une maladie nerveuse non décrite et qui affecte un type invariable.

Quatre groupes de symptômes constants la caractérisent. Ce sont : 1° troubles des sens; 2° troubles de la locomotion; 3° troubles de la circulation ; 4° des symptômes secondaires.

Aux *troubles sensoriels* se rattachent des conceptions fausses ou perverties pouvant aller jusqu'à un état qui a beaucoup d'analogie avec l'ivresse alcoolique, mais qui n'est jamais le délire réel, le malade gardant toujours la faculté de corriger par le raisonnement les illusions qu'il subit. Un symptôme non moins constant que les aberrations, c'est l'hyperesthésie des sens.

Les *troubles de la locomotion* consistent le plus souvent dans l'abolition du sentiment d'équilibre, causée par du vertige et des étourdissements. Il survient quelquefois de la paraplégie jusqu'à complète résolution des membres; d'autres fois il n'y a que de la parésie plus ou moins accusée, affectant presque tous les muscles du corps et se traduisant par une sensation de lassitude et d'épuisement; quelquefois encore il y a des impulsions involontaires, et le malade marche malgré lui dans des directions déterminées. D'autres fois la démarche est seulement hésitante, incertaine, mais à peu près normale comme attitude; dans d'autres cas enfin, il y a excitation au lieu de paralysie, et les malades sont poussés à marcher comme mus par un ressort. Ces divers troubles se succèdent souvent chez le même malade dans le cours de l'affection.

établissements. Il est de plus de 1000 pour l'Académie, et pour les Universités de Moscou de 435, de 287 pour Kiev, de 166 pour Kharkov, etc., d'après l'almanach russe de 1872. L'âge légal d'entrée est de dix-sept ans. L'étudiant doit présenter une demande d'admission, soit au conseil académique, soit au recteur de l'Université.

Les formalités préliminaires sont les suivantes : acte de naissance ; si l'étudiant est noble, les documents prouvant sa noblesse ou les états de services de son père; s'il est marchand, bourgeois, cosaque ou paysan, un certificat de consentement de la commune ou de la communauté à laquelle il appartient; s'il fait partie de la classe ecclésiastique, la permission du consistoire et de l'évêque. Il doit, en outre, présenter ou le certificat d'un cours complet au gymnase classique, ou le certificat d'un cours complet au séminaire ecclésiastique; ou bien le certificat d'examen subit au gymnase sur un cours complet, s'il n'a été instruit ni dans un gymnase, ni dans un séminaire, et un certificat de bonne conduite signé par les autorités de l'endroit dans lequel il a résidé l'année précédant son inscription. Enfin, tous les étudiants doivent, au préalable, subir un examen complémentaire, soit à l'Académie, soit à l'Université. En réalité, l'ensemble des connaissances exigées représente la plus grande partie des matières de nos baccalauréats.

La durée des études est de cinq ans et demi. L'assistance aux cours pratiques et expériences est exigée, celle aux autres leçons ne l'est pas de fait. L'ordre des examens et leur nombre varient selon les Universités. Pour ceux de clinique, les élèves doivent présenter des observations écrites. Les jurys d'examen se composent d'un président, du professeur de la matière et de deux autres professeurs. Les cours des deux dernières années se font dans les cliniques des hôpitaux; les examens définitifs ont lieu le semestre qui suit la cinquième année. Le *Liekar* n'a pas de thèse à soutenir. Le docteur a un examen spécial de plus et une thèse. Les examens du premier degré sont dirigés surtout en vue de l'instruction pratique. L'examen

Les *troubles de la circulation* consistent surtout en une irritabilité du système vasculaire telle, que le moindre mouvement, comme de se mettre debout étant assis, ou sur son séant étant couché, amène une augmentation du pouls de 20, 30 et même 40 pulsations. Il y a, en outre, de fréquentes et violentes palpitations; elles sont spontanées ou provoquées par les causes les plus insignifiantes. En dehors des moments de contraction désordonnée du cœur, le pouls radial est petit, le plus souvent lent, mou, très-dépressible; il y a cependant parfois, surtout au début de la maladie, un ensemble de phénomènes simulant la fièvre, tel que le frisson, suivi, pendant un temps qui dépasse rarement une heure, d'un pouls large et vibrant, mais qui n'augmente guère de fréquence. La température du corps, pendant ces accès, monte d'un demi-degré, quelquefois, mais plus rarement, d'un degré. Ces accès, qui affectent un type presque périodique, cessent spontanément et n'apparaissent, du reste, qu'au commencement de la maladie.

Quant aux *symptômes secondaires*, ils sont purement individuels, et par conséquent variables; aussi n'en parlerons-nous qu'après l'exposé des observations particulières; nous nous contenterons de dire ici qu'il existe toujours une excessive irritabilité nerveuse, qui se traduit d'une façon différente, suivant les individus.

Pendant la période la plus intense, il survient des lipothymies; quelquefois, mais rarement, il y a syncope avec perte complète de connaissance. A ces troubles s'ajoute toujours une sensation d'angoisse précordiale presque continue, allant parfois jusqu'à la douleur la plus vive et affectant alors la forme de l'angine de poitrine.

L'invasion de la maladie est brusque et arrive avec une intensité extrême. C'est une véritable sidération du système nerveux dont le mode d'apparition est instantané. Les malades se souviennent pourtant, dans le cours de l'affection, d'avoir eu quelques avertissements, qui avaient passé presque inaperçus, tant ils étaient peu prononcés. Les symptômes sont constants, mais avec des moments de recrudescence très-accentués. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y a jamais un seul instant de retour à l'état normal. Sa durée varie de deux à quatre ans; quelquefois elle persiste beaucoup plus longtemps. Sa terminaison ordinaire est la guérison.

Cette affection se présente quelquefois avec une prédominance très-marquée d'un seul des principaux symptômes; on la méconnaît alors aisément, si l'on n'a pas soin de s'enquérir des symptômes concomitants auxquels il sera toujours possible de reconnaître, même s'ils sont peu accentués, le type caractéristique de la maladie.

Elle affecte deux formes, l'une grave, l'autre légère. Un *criterium* invariable les distingue : c'est le sommeil. Dans la forme grave, les nuits sont agitées d'insomnies, de cauchemars, de palpitations et d'une grande surexcitation cérébrale (toujours sans délire). Dans la forme légère, au contraire, les malades dorment à peu près normalement. Il va sans dire qu'entre ces deux formes extrêmes il y a des états intermédiaires et des phases de rapprochement; c'est toujours la même affection, mais elle apparaît avec des degrés d'intensité très-divers.

Nous allons décrire d'abord la maladie telle qu'elle s'est présentée à nous; nous essayerons ensuite d'étudier le mécanisme des phénomènes que nous aurons décrits. Il nous semble possible de les rapporter à des lois physiologiques bien établies, mais nous nous garderons d'aller plus loin que ne peuvent nous conduire les faits que nous avons vus et leurs conséquences directes.

L'affection dont nous parlons est le plus souvent chronique; nous avons pourtant recueilli une observation à marche et terminaison aiguës; ce fait étant isolé, nous le plaçons en dehors du cadre et le présentons au lecteur avant toute autre description. Cette observation donnera, du reste, par une vue d'ensemble, une idée assez nette de la maladie, dont la forme chronique nous a donné un grand nombre d'observations.

Certains phénomènes, surtout ceux qui ont trait aux troubles de la circulation, sont à peine indiqués dans cette première observation; mais les symptômes purement nerveux rapprochent d'une manière saisissante les deux formes aiguë et chronique de la maladie.

Voici l'observation de la forme aiguë :

OBS. I. — M. ***, homme de lettres, âgé de vingt-quatre ans, est engagé par un ami à faire partie d'une société dont le but avoué était de faire une opposition légale au gouvernement de l'Empire, mais dont le but secret était de faire acte de conspiration. Le jour même où cette proposition lui est faite, il consent à signer un écrit dont le contenu ne devait lui être communiqué que le soir. Quelques heures après, M. *** et son ami se rendaient à un dîner auquel prenaient part une dizaine de personnes.

M. ***, peu ému jusqu'ici, dîne sobrement mais avec appétit. Puis, un individu qui semble le président de cette réunion, expose sans ambages son but réel, but des plus graves, et s'adresse aux deux nouveaux venus, dont l'un était M. ***. Celui-ci déclare immédiatement qu'il n'entend pas faire partie d'une société dont les véritables moyens d'action lui avaient été cachés. Une vive discussion s'engage, il veut reprendre le papier signé par lui, s'exalte, menace, et finalement sort après avoir obtenu ce qu'il voulait.

Accompagné par son ami, il rentre chez lui, mais ne pouvant marcher sans difficulté; il a du vertige et des troubles visuels très-accentués; les objets non-seulement tournent autour de lui, mais il les *voit doubles*. Ces accidents se produisirent instantanément pendant la discussion. Il eut d'abord des *bourdonnements d'oreille*, puis survint une sensation de *strangulation* accompagnée de violentes *palpitations;* quelques instants plus tard arriva le *vertige* et les *troubles visuels*.

Rentré chez lui, il prit du thé, suivant son habitude, se coucha, espérant que le sommeil ferait cesser ce qu'il ressentait. Il ne put s'endormir; aux accidents, qui augmentaient d'intensité, il s'en ajouta bientôt d'autres. La sensation de strangulation devint tout à fait douloureuse,

---

de doctorat et la thèse nécessitent des connaissances scientifiques plus étendues. Tout paraît combiné pour que le premier devienne un bon praticien, et le second un érudit, un professeur. Les thèses sont écrites et soutenues en langue russe; elles peuvent l'être cependant dans une autre langue. Les épreuves des examens sont appréciées par les seules mentions : suffisant ou insuffisant.

Il y a trois classes de professeurs : les professeurs ordinaires, les professeurs extraordinaires et les *Privat-docenten*. Les honoraires des premiers sont de 12 000 fr., ceux des seconds de 6000 fr.; la plupart jouissent, en outre, d'un logement. Les *Privat-docenten* n'ont pas d'honoraires fixes, c'est le conseil de l'Université qui règle, chaque année, leur indemnité. L'argent versé par les élèves est un appoint des honoraires des divers professeurs, et leur est distribué proportionnellement au nombre des leçons qu'ils ont données.

Les professeurs sont élus par les conseils universitaires, ou par celui de l'Académie, selon le cas, à a suite d'un concours public. Le jury du concours se compose de professeurs ordinaires ou extraordinaires de la Faculté. Les professeurs sont nommés pour vingt-cinq ans, et rééligibles de cinq ans en cinq ans. Les professeurs ordinaires et extraordinaires forment aussi un conseil de Faculté qui élit un doyen pour quatre ans. Le doyen, comme partout, préside à l'administration particulière de la Faculté, reçoit les requêtes des étudiants, assiste aux examens, etc. Le professeur extraordinaire est un stage pour le titre de professeur ordinaire, les honoraires seuls diffèrent.

Le nombre des chaires varie selon l'importance des Universités. Nous remarquons, en général, les suivantes: chimie inorganique et organique, chimie physiologique ou médicale, physiologie, anatomie, anatomie comparée, histologie normale et pathologique, pharmacie, pharmacologie, embryologie, pathologie et anatomie pathologique, thérapeutique (plusieurs chaires), chirurgie et dismurgie, accouchements, maladies des femmes et des enfants, ophthalmologie, ma-

elle correspondait avec une angoisse précordiale très-forte et une sensation de fatigue et de douleurs dans les épaules et les bras ; il pouvait à peine les remuer, et bientôt les extrémités inférieures se prirent à leur tour ; elles n'étaient pas douloureuses, mais lui semblaient *paralysées*. L'*insomnie* fut absolue. Le matin, il parvint pourtant à se lever, mais le vertige était plus fort, et c'est à peine s'il pouvait se tenir debout. Il se sentait extrêmement faible, épuisé, et, pour se servir de son expression, « comme coupé en morceaux ». Les bourdonnements d'oreille et les troubles visuels étaient plus prononcés, et il survint en même temps de l'*hyperesthésie* cutanée qui lui rendait pénible le frottement de ses vêtements.

Ayant reçu la visite de son ami, M. *** voulut lui parler, mais il dut s'interrompre, tant le son de sa propre voix l'étourdissait ; elle lui paraissait étrange et comme ne lui appartenant pas. « Il m'a semblé rêver, nous dit-il, et ne plus être la même personne. Il m'a littéralement semblé que je n'étais pas moi-même; j'éprouvais en même temps une sensation de *vide* très-pénible dans l'intérieur du crâne, mais je n'avais pas de maux de tête proprement dits.

» Vers la fin de la journée, j'eus des *vomissements* qui cessèrent spontanément ; ils furent suivis d'une *diarrhée* qui persista plusieurs jours. Aliments et boissons me répugnaient ; mais lorsque, dès le lendemain, je me forçai à manger, je ne vomis pas. Le soir venu, à toutes les sensations que j'éprouvais s'ajoutait celle de l'*ivresse*.

» J'étais d'une telle *irritabilité* que je ne voulais laisser entrer personne, pas même la domestique. Le moindre bruit me faisait tressaillir ; la lumière m'était insupportable. Je passai plusieurs jours seul sans lumière et me bouchant les oreilles avec du coton. Mes nuits étaient très-agitées ; j'avais d'horribles *cauchemars* qui me réveillaient en sursaut ; à ces cauchemars succédaient des insomnies pendant lesquelles j'étais très-exalté.

» De tout cela, c'est la sensation *de rêve* qui m'était la plus pénible ; cent fois je touchais les objets qui m'entouraient, je parlais tout haut, pour me rappeler la réalité du monde extérieur, l'identité de ma propre personne; mais alors mes illusions étaient encore plus accusées ; le son de ma voix m'était absolument insupportable, et le toucher des objets ne rectifiait pas mes impressions. Cet état dura une dizaine de jours; j'avais beaucoup maigri et pâli ; le vertige diminua ensuite rapidement ainsi que tous les autres symptômes. »

M. *** eut encore pendant quelques semaines des nuits relativement mauvaises et des maux de tête fréquents qui commencèrent au douzième jour après le début des accidents et durèrent pendant plusieurs semaines. Un détail à noter, c'est que M. *** perdit tous ses cheveux, qui repoussèrent ensuite comme après une maladie aiguë et grave.

La diversité extrême et quelquefois l'étrangeté poussée jusqu'à l'absurde de certaines impressions accusées par les névropathes, imposent au médecin une défiance très-souvent justifiée. Nous comprenons et partageons volontiers ces scrupules; mais faut-il considérer comme non avenues les impressions d'un malade, uniquement parce qu'elles ne peuvent se concilier avec ce qui, dans notre esprit, est arrêté et établi, et n'est-il pas plus juste, avant de rejeter des faits insolites, d'attendre qu'ils trouvent leur contrôle dans des faits ultérieurs et analogues? Certaines sensations peuvent être logiquement inadmissibles au point de vue de l'observateur et n'en être pas moins perçues par le malade sans que ce dernier soit atteint de délire, ni partiel, ni général; ses perceptions peuvent être troublées seules sans que ses facultés intellectuelles le soient en même temps; il peut, avec toute l'intégrité de son intelligence, subir des impressions absolument fausses et se rendre compte de ce qu'elles ont d'illusoire; il est alors logique et sincère tout en accusant des sensations absurdes. Nous ne parlons pas d'hallucinations proprement dites, mais de perturbations sensorielles et de perceptions fausses comme celles du malade de notre première observation. Ce malade formule cette phrase étrange et d'apparence toute vésanique : « Il me semble que je ne suis pas moi-même. » Il a des troubles auditifs et visuels multiples, du vertige, des insomnies prolongées ; il accuse la sensation d'ivresse et de rêve ; ses digestions sont mauvaises ; certaines aptitudes intellectuelles sont affaiblies; mais son intelligence proprement dite n'est point atteinte, son esprit de conduite n'est pas ébranlé, il reste maître de lui-même, et en formulant la phrase que nous venons de citer et qui s'impose constamment à son esprit, il est le premier à en reconnaître toute l'étrangeté. Si, au lieu de ne tenir aucun compte des étrangetés que nous dit ce malade, nous en prenons note purement et simplement, et que plus tard un autre individu, atteint comme le premier de vertige, d'insomnie et des autres symptômes qui rapprochent les deux faits d'une façon saisissante, éprouve la même sensation et l'exprime par une phrase identique, il faudra bien admettre qu'elle est l'expression d'un trouble déterminé. Si alors, l'esprit de l'observateur une fois éveillé, il recherche des faits analogues et en trouve un nombre considérable, il sera nécessairement conduit à les analyser et à établir la relation entre ces symptômes et les troubles matériels dont ils sont l'expression. C'est là ce que nous avons fait. Nous avons observé un ensemble de symptômes nerveux sur un certain nombre de malades de sexe, d'âge, de conditions sociales, de pays différents; ces malades ne se connaissant pas et n'ayant point de rapports les uns avec les autres, accusaient tous les mêmes symptômes; quelques-uns de ces symptômes étaient traduits d'une manière étrange, mais ceux-là, comme tous les autres, affectaient toujours un type invariable, à ces légères différences près, qui se rapportent aux dispositions individuelles de chaque malade.

Nous allons donner celles de nos observations qui nous semblent mettre suffisamment en lumière les diverses formes de la maladie que nous décrivons. L'observation II est une des plus complètes; nous aurons soin, dans celles qui suivent, de résumer les détails ou de les raccourcir.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

ladies de la peau, maladies syphilitiques, maladies mentales, médecine légale, hygiène générale, hygiène publique ou police médicale.

L'Académie a de plus des chaires de théologie dogmatique et morale, zoologie, botanique, minéralogie, géologie physique et physique du globe, qui, dans les Universités, dépendent des autres Facultés de théologie et des sciences, mais sont indispensables à l'Académie, qui n'est point un centre universitaire, en raison des examens complémentaires exigés des élèves. Par théologie dogmatique et morale, il faut bien comprendre qu'il s'agit de religion; la théologie figure en Russie sur tous les programmes d'enseignement.

Il existe en Russie des écoles d'aides-chirurgiens (*Feldscherer*) dont une attachée à l'Académie de Pétersbourg; elles sont placées près des hôpitaux; mais le *Feldscherer* est, à proprement parler, un bon élève d'hôpital qui rappelle le *dresser* anglais. Il ne peut exercer en ville. Il y a enfin des Instituts de sages-femmes à Pétersbourg et à Moscou, et l'on s'occupe actuellement d'en fonder ou de les rétablir autre part. Le cours est de deux ans, mais elles peuvent, néanmoins, subir l'examen définitif qui a lieu chaque année, après la première année, si elles se croient capables de répondre d'une manière satisfaisante aux détails dudit examen. Elles ne doivent se charger que des accouchements naturels, et appeler le médecin dans toute autre circonstance.

Nos lecteurs n'ignorent pas que la question de l'entrée des femmes dans la carrière médicale est depuis longtemps, en Russie, l'objet des préoccupations de plusieurs des castes ou classes de ce vaste empire. Chez quelques-unes d'entre elles, en effet, le médecin du sexe masculin ne saurait être admis à soigner les personnes de l'autre sexe; quelques tribus lointaines vont, dit-on, plus loin, et n'admettent même que les femmes pour donner des soins aux malades quels qu'ils soient. Aussi avons-nous appris sans étonnement la nouvelle donnée par le *Journal russe de Saint-Pétersbourg* du 25 mars (3 avril), qu'une personne, demeurée inconnue, vient de donner une

Médecine pratique.

La thoracocentèse, par M. le docteur Libermann (1).

Messieurs, vous avez soulevé la question de la thoracocentèse pratiquée au moyen de l'aspiration. Je vous demande la permission de prendre part au débat, en vous faisant connaître le résultat de mes recherches sur ce sujet. Et d'abord, entendons-nous bien sur cette méthode dite d'aspiration, car elle prend une telle extension qu'il est bon d'en fixer nettement l'origine et d'en discuter la valeur. De tout temps, on avait eu l'idée de faciliter l'écoulement des liquides de la plèvre au moyen d'appareils destinés à attirer ces liquides au dehors. M. Bouchut, dans un travail récent, aborde ce côté historique de la question avec son érudition habituelle : il nous décrit le procédé employé par Galien pour l'opération de l'empyème, c'est-à-dire l'introduction dans la poitrine d'une longue canule sur laquelle on fixait une seringue destinée à attirer le pus au dehors. Cet appareil avait reçu de Galien le nom de *pyulque*.

Au XVIIe siècle, la succion faite dans la poitrine au moyen de pyulques de différentes formes était très en vogue, témoin la description donnée par Scultet en 1640. De nos jours, les mêmes instruments ont reparu sous une forme à peu près analogue. Je signalerai entre autres l'appareil de M. J. Guérin, composé d'une seringue et d'un trocart volumineux aplati.

Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer tous les instruments qui ont été imaginés dans le même but, et qui tour à tour ont été délaissés. Ces différents appareils et la méthode qu'ils représentent sont tombés dans l'oubli, et la preuve, c'est qu'il n'en est fait mention nulle part dans les auteurs modernes qui parlent de la thoracocentèse. Un seul procédé est partout décrit et partout usité, c'est l'évacuation du liquide au moyen de trocarts de dimensions variables, depuis la canule volumineuse de Reybard jusqu'au trocart capillaire de M. Blachez.

Les choses en étaient là, quand nous avons vu, il y a peu de temps, l'histoire de la thoracocentèse entrer dans une phase nouvelle ; les observations d'opérations pratiquées au moyen d'une certaine méthode d'aspiration nous arrivent par centaines de France et de l'étranger ; c'est un véritable engouement. La question a été soulevée à l'Académie de médecine, et vous l'avez mise à l'ordre du jour dans notre dernière séance. Or, en quoi consiste la thoracocentèse par aspiration telle qu'on la pratique aujourd'hui, et quelle est sa valeur ? A mon sens, il ne s'agit pas seulement d'un perfectionnement apporté à des procédés tombés en désuétude, il ne s'agit pas d'une simple modification dans le jeu d'un appareil, mais nous pouvons dire que nous sommes en ce moment en possession d'instruments nouveaux qui ont reçu de M. le docteur Dieulafoy le nom d'aspirateurs, et qui ont permis d'ériger en méthode l'aspiration, qui laisse bien loin les procédés par succion des auteurs anciens.

Ce qui constitue la nouveauté de nos aspirateurs actuels, ce n'est pas seulement le vide puissant et l'extrême finesse de l'aiguille, mais c'est l'application *du vide préalable*, qui est d'une si grande ressource en thérapeutique. C'est ce principe qui différencie nos aspirateurs, découverte toute française, des appareils qui l'avaient précédée, et nous n'avons pas été peu surpris, quand M. Broca est venu réclamer à l'Académie la priorité pour le trocart de M. Van den Corput, alors qu'entre les deux appareils je ne vois pas la moindre analogie. Nous ferons donc acte de justice en faisant connaître le résultat de nos investigations, et c'est bien à M. Dieulafoy que nous devons cette méthode d'aspiration qu'il a généralisée à tous les liquides pathologiques, méthode qui donne tous les jours de si bons résultats dans le traitement de l'hydarthrose, de la péricardite, de la rétention d'urine, de la hernie étranglée, et que nous venons juger aujourd'hui comme moyen de thoracocentèse.

Les premiers travaux faits sur l'aspiration de l'épanchement thoracique sont récents, et dans deux publications successives M. Dieulafoy a abordé les points principaux du sujet. La question a été posée par l'auteur dans un premier mémoire sur l'aspiration en général, puis il l'a discutée dans un article publié dans la Gazette des hôpitaux du 28 avril 1870, basé sur des observations prises la plupart à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Axenfeld, et ayant pour titre : Du diagnostic et du traitement des épanchements de la plèvre par aspiration. Or, nous devons, nous aussi, étudier l'aspiration à ce double point de vue, car elle constitue dans les épanchements thoraciques un moyen de diagnostic et de traitement.

La percussion et l'auscultation nous trompent rarement, il faut en convenir ; et qui de nous cependant n'a pas hésité en présence de certaines pleurésies d'allures peu franches et à symptômes obscurs, qui réclamaient notre intervention active et pour lesquelles nous temporisons faute de certitude ? C'est dans ces cas douteux et difficiles que l'aspiration nous est d'un grand secours, et c'est ici que ressort toute l'importance du vide préalable, dont j'emprunte la description à M. Dieulafoy : « L'aspirateur étant armé, c'est-à-dire le vide préalable étant fait, on introduit l'aiguille creuse dans l'espace intercostal choisi à l'avance ; à peine cette aiguille a-t-elle parcouru 1 centimètre dans l'épaisseur du tissu (c'est-à-dire dès que les ouvertures situées à son extrémité ne sont plus en rapport avec l'air extérieur), on ouvre le robinet correspondant de l'aspirateur et le vide se fait par conséquent dans l'aiguille. On enfonce alors lentement cette aiguille, qui *porte le vide avec elle*,

(1) Ce discours a été lu à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 10 mai. Nous le publions immédiatement pour mettre sous les yeux des lecteurs tous les documents importants d'une question qui divise en ce moment les praticiens.

Nous avons reçu aussi, sur le même sujet, une lettre que nous publierons dans le prochain numéro.

---

somme de 50 000 roubles (200 000 fr.), pour qu'il soit établi à l'Académie médico-chirurgicale un cours complet de quatre ans, spécialement destiné aux femmes.

Nous n'avons rien de particulier à signaler quant à la pharmacie. Nous y trouvons trois grades : le maître en pharmacie, le pharmacien et l'apprenti pharmacien. Le maître est, en pharmacie, ce qu'est le docteur en médecine, le plus souvent un professeur ou un fonctionnaire, expert, etc. ; le pharmacien tient l'officine, l'apprenti est son élève.

Les médecins étrangers qui veulent exercer en Russie doivent présenter leur diplôme et subir le ou les examens définitifs, soit à l'Académie médico-chirurgicale, soit à une Université.

A. Dureau.

Prix fondé par la Société des médecins des bureaux de bienfaisance. — Question proposée : « De l'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris. » Ce prix était de la valeur de 300 francs. Trois mémoires ont été envoyés pour le concours. Aucun de ces travaux n'a paru mériter le prix, mais la Société a accordé deux mentions honorables. Elle a décidé, en outre, que la même question sera remise au concours ; que les mémoires devront être adressés avant le 1er avril 1873, à son secrétaire général, M. le docteur Passant, 39, rue de Grenelle-Saint-Germain, à Paris.

et *c'est le vide à la main* qu'on avance dans les tissus à la recherche de l'épanchement. Au moment où cette aiguille *aspiratrice* rencontre le liquide, on voit celui-ci se précipiter dans l'appareil, et le diagnostic s'inscrit lui-même à l'insu de l'opérateur ».

On peut ainsi pénétrer à plusieurs centimètres de profondeur, et recommencer, si c'est nécessaire, les explorations sans le moindre inconvénient pour le malade; l'innocuité absolue de l'opération dépend de la finesse des aiguilles. Ce qui peut arriver de pire, c'est la piqûre du poumon; or, ce fait s'est souvent présenté, moi-même je l'ai plusieurs fois observé, et jamais le moindre accident n'est survenu. En résumé, voilà un premier point que je crois établi : dans le diagnostic des épanchements de la cavité thoracique, on peut acquérir, au moyen de l'aspiration, la certitude sur la présence, sur l'absence, sur la nature et sur le siége du liquide. Quant à la manœuvre, elle est absolument inoffensive.

Occupons-nous maintenant de la valeur de l'aspiration comme moyen de traitement, et peut-on dire qu'elle soit supérieure aux procédés habituels de thoracocentèse faite avec le trocart? Il faut distinguer deux cas, suivant que l'épanchement est simple et aigu, ou purulent et chronique. Etant donné un épanchement dans une pleurésie simple aiguë, l'évacuation par aspiration est plus commode, plus complète, et le manuel opératoire plus facile.

Il est plus aisé d'introduire les fines aiguilles de l'aspirateur qu'un trocart même de petite dimension; on apprécie ce détail quand l'espace intercostal est étroit, comme chez l'enfant, ou difficile à délimiter, comme chez les sujets doués d'embonpoint.

Avec l'aspirateur l'introduction de l'air dans la poitrine est impossible, puisque tout se passe entre une cavité remplie de liquide et un corps de pompe dans lequel on a fait un vide préalable.

L'écoulement du liquide est uniforme et continu, il n'est pas soumis au rôle actif du poumon, comme dans la thoracocentèse pratiquée avec le trocart. Le rôle du poumon est ici purement passif; il se déplisse peu à peu sans secousses et sans saccades; aussi le malade n'est-il presque jamais pris de quintes de toux. Quant à l'évacuation du liquide, on comprend qu'elle soit plus complète, en vertu de la force qui le sollicite à sortir. Ajoutons enfin que la douleur est insignifiante et que les malades sont moins effrayés à la vue d'une aiguille qu'à la vue d'un trocart muni de sa baudruche. Pour les différentes raisons que je viens d'énumérer, je conclus que l'aspiration appliquée à la thoracocentèse constitue un progrès sur l'emploi des trocarts.

Si le liquide est purulent on peut, dans certains cas et sans d'autres secours que l'aspiration, arriver à tarir la source du liquide. Le travail de M. Bouchut, que j'ai déjà signalé, est basé sur des faits de ce genre. L'extrême facilité et l'innocuité complète des piqûres au moyen de l'aiguille permettent de pratiquer des aspirations successives aussi aisément que les injections que nous faisons tous les jours avec la seringue de Pravaz; dès que le liquide se reproduit on l'aspire de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à épuisement complet. Cette pratique a donné d'excellents résultats et confirme cette idée formulée et généralisée par M. Dieulafoy, à savoir : « Quand un liquide, quelle que soit sa nature, s'accumule dans une cavité séreuse, et quand cette séreuse est accessible, sans danger pour le malade, à nos moyens d'investigation, notre premier soin doit être d'aspirer ce liquide; s'il se forme de nouveau on le retire encore, et plusieurs fois si cela est nécessaire, de manière à épuiser la séreuse par un moyen tout mécanique et absolument inoffensif, avant de songer à en modifier la sécrétion par des agents irritants et quelquefois redoutables. »

Je viens de passer en revue, aussi brièvement que possible, les avantages de l'aspirateur sur les trocarts. Je n'avais d'autre but dans ce travail que de montrer la supériorité de l'aspirateur comme moyen de diagnostic et comme moyen de traitement. Je tenais aussi à préciser le moment de cette découverte; ce qui nous permet d'en attribuer l'honneur à M. Dieulafoy, qui a rendu un véritable service à la science en généralisant cette méthode d'aspiration. Grâce à son appareil, elle a pris droit de cité dans nos hôpitaux.

Quant aux aspirateurs, nous en voyons tous les jours surgir de nouveaux, et nous ne doutons pas qu'ils se multiplient encore, tant la méthode que nous préconisons a pris d'extension depuis que M. Dieulafoy a présenté son premier aspirateur à l'Académie, au mois de septembre 1869. Nous n'avons pas ici à discuter une question d'instrumentation ; ce qui nous importe, c'est l'application de la méthode.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 6 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

PHYLLOXERA VASTATRIX. — M. *Anez* adresse, de Tarascon, une nouvelle lettre relative à son procédé de traitement par submersion des vignes attaquées par le *Phylloxera vastatrix*.

M. *Dumas* fait remarquer que l'auteur semble insister sur deux procédés pour détruire le *Phylloxera :* l'inondation des vignes; l'emploi des insecticides. Quant à l'intervention des oiseaux, elle ne peut être recommandée comme un remède actuel. M. Dumas pense qu'il y a lieu de rappeler dès lors les travaux publiés et bien connus de M. Faucon, de MM. Planchon, Lichtenstein, Marès, etc., et des divers comices du Midi, spécialement des comices de l'Hérault, de la Gironde, etc.

MORT SUBITE. — M. *Pigeon* adresse un mémoire relatif à un cas de mort subite, signalé par M. Trélat à la Société de chirurgie. Le même auteur adresse, en outre, quelques modifications à son précédent mémoire, relatif à l'influence de la combustion du sang sur la pénétration et la circulation de ce liquide dans le système veineux. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

CANDIDATURE. — M. *Vulpian* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place devenue vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. *Stan. Laugier*. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

NATURE DU GLOBULE SANGUIN, d'après une note de MM. Béchamp et Estor. Note de M. *S. Arloing*. — L'auteur conclut de ses expériences et observations :

1° Que les globules des mammifères sont de petites masses homogènes munies d'une enveloppe;

2° Que, plongés dans l'alcool étendu, ils perdent leur hématoglobuline par exosmose, et que celle-ci, devenue libre, est précipitée sous la forme de granulations associées aux restes des globules qui les ont fournies;

3° Que les granulations ainsi obtenues sont incapables d'engendrer des cellules, quel que soit le temps qu'on les conserve en expérience dans l'alcool à 45 degrés centésimaux.

NÉVROPATHIE CÉRÉBRO-CARDIAQUE. Note de M. *Krishaber*. — Ce travail est en voie de publication dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

OZONE ATMOSPHÉRIQUE. Extrait d'une lettre de M. *L. Palmieri* à M. Ch. Sainte-Claire Deville. — « J'ai voulu, dit l'auteur, constater, au moyen de mon électromètre bifilaire *à conducteur mobile*, qui est maintenant employé au Vésuve et dans plusieurs observatoires d'Italie, au petit Saint-Bernard, à Vienne et à Saint-Pétersbourg, s'il existait quelque relation entre les tensions électriques de l'air et l'ozone mesuré au moyen des papiers ozonoscopiques; ce qui permettrait de substituer les indications d'un instrument exact aux grossières approximations données par ces papiers.

» La difficulté était d'éviter la variation dans la vitesse de

l'air mis en contact avec le papier, M. Houzeau et d'autres physiciens ayant déjà remarqué que la coloration est d'autant plus vive que cet air est plus agité. Pour cela, j'ai fait construire un grand aspirateur pouvant faire passer sur les papiers une quantité d'air avec une vitesse connue : 15 litres par heure ; mais les papiers ordinaires, après vingt-quatre heures, ne se coloraient pas : les plus sensibles prenaient seulement une teinte très-faible. Ce fait, en apparence inexplicable, est certain. Le passage de l'air dans un tube de verre lui enlèverait donc, en très-grande partie, la propriété de colorer les papiers ozonoscopiques. Je vais chercher un autre moyen de comparer les indications ozonométriques avec celles de mon électromètre. »

Après cette lecture, M. *Sainte-Claire Deville* fait observer que le fait reconnu par M. Palmieri s'accorde parfaitement avec l'expérience de M. Houzeau, qui montre que l'*ozone pur* se détruit en partie lorsqu'il a traversé un long tube de verre. M. Houzeau attribue ce fait à l'action du frottement contre les parois du tube.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 14 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département du Cher et dans les arrondissements de Bourges, de Saint-Amand et de Castelnoudery. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Pilot* sur une épidémie de variole dans la commune de Péronne (Nord) en 1872. (*Commission des épidémies*) — c. Un rapport de M. le docteur *Finaz* sur le service médical des eaux minérales de Charbonnières (Rhône) en 1870. (*Commission des eaux minérales*.)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Tisseire*, d'Azille (Aude), renfermant une réclamation de priorité au sujet de la note présentée par M. *Jules Guérin*, au nom de M. le docteur *Carcassonne*, sur une modification au procédé *Rousset* pour la taille hypogastrique. — *b*. Une lettre de M. *Roux*, pharmacien en chef de la marine à Rochefort, qui sollicite le titre de membre correspondant. — c. Une lettre de remercîments de M. le docteur *Sentex* (de Saint-Sever), lauréat de l'Académie.

M. *Béclard*, pour M. *Gubler* absent, présente une brochure de M. le professeur *Fraser* (d'Édimbourg), intitulée : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ANTAGONISME ENTRE LES ACTIONS DES PHYSOSTIGMA ET DE L'ATROPINE.

M. *Depaul* présente : 1° De la part de M. le professeur *Rizzoli* (de Bologne), un volume intitulé : CLINIQUE CHIRURGICALE, traduit de l'italien par M. le docteur *Andréini* ; 2° de la part de M. le docteur *Fano*, le deuxième volume d'un TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE CHIRURGIE ; 3° de la part de M. le docteur *Duboué* (de Pau), un mémoire manuscrit sur l'emploi et les bons effets du tannin dans le traitement de la pleurésie, et spécialement de la pleurésie purulente.

M. *Larrey* présente un opuscule de M. le docteur Ély, intitulé : PARIS, ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE ET MÉDICALE.

M. *Chassaignac* présente un mémoire de M. le docteur *Duménil* (de Rouen) sur le drainage chirurgical appliqué au traitement des épanchements purulents de la poitrine.

M. *Fauvel* présente une brochure intitulée : LE CHOLÉRA AU MAROC, sa marche au Sahara jusqu'au Sénégal en 1868, par M. *Beaumier*, consul de France à Mogador.

APPEL AUX MEMBRES CORRESPONDANTS DE L'ACADÉMIE.—Messieurs les membres correspondants de l'Académie nationale de médecine qui nous faites l'honneur de nous lire, écoutez bien ceci : L'honorable président, M. Barth, et, avec lui, tout le Bureau, vous adjurent de donner signe de vie, et de faire savoir par lettres patentes si vous êtes encore de ce monde. Le conseil d'administration a pris la peine de vous écrire, et sur 75 que vous êtes, 36 seulement ont eu la politesse de répondre. Les 39 autres n'ont pas répondu, et l'Académie se demande, non sans raison, s'il faut attribuer ce silence à une négligence blâmable, à un oubli des convenances, ou, ce qui serait très-douloureux, mais fort excusable, à la mort. Il importe absolument que l'Académie sache, et dans le plus bref délai, quel est le nombre rigoureusement exact de ses correspondants, afin de pourvoir aux vacances et de satisfaire aux nombreuses demandes qui lui sont adressées de toutes parts.

En conséquence, il vient d'être décidé qu'on adresserait un second appel ou plutôt une seconde *sommation* aux récalcitrants; et ceux qui ne répondront pas seront considérés ni plus ni moins comme démissionnaires ou défunts, et bel et bien remplacés. M. le Président a dit, avec infiniment d'à-propos, que c'était mal justifier le titre de correspondant que de ne pas même répondre aux lettres de l'Académie. Messieurs, vous voilà bien avertis; ce ne sera pas la faute de la GAZETTE s'il vous arrive malheur.

M. le président s'émeut aussi de la pénurie des rapports et des travaux confiés aux commissions. Il prie instamment MM. les rapporteurs de hâter leur besogne, afin de ne pas exposer l'Académie à rester en détresse.

ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE DANS LES LYCÉES. — M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie qu'il a reçu le programme destiné à l'enseignement élémentaire de l'hygiène dans les lycées. Il remercie la savante compagnie et la félicite de cette œuvre « parfaitement entendue pour le but qu'on veut atteindre ». Le cours d'hygiène sera institué, dès cette année, dans les hautes classes.

LE BUDGET ACADÉMIQUE. — Pour témoigner à l'Académie sa satisfaction et sa gratitude, M. Jules Simon lui fait savoir, par l'organe de M. *Alphonse Guérin*, qu'il est tout disposé à appuyer devant l'Assemblée nationale une demande tendant à une augmentation de fonds. Il suffirait qu'un des médecins qui siégent à la Chambre en fît l'objet d'un amendement. Voilà pour MM. Bouisson et Théophile Roussel une belle occasion de montrer leur dévouement aux intérêts de l'Académie.

LA DIGITALINE AMORPHE ET LA DIGITALINE CRISTALLISÉE. — On se souvient que, dans la dernière séance, M. Gubler a dit qu'il n'était pas convaincu de la supériorité de la digitaline cristallisée sur la digitaline amorphe ; que, dans ses expériences sur les animaux, la digitaline de MM. Homole et Quevenne lui avait paru plus active que la digitaline de M. Nativelle ; qu'enfin les deux médicaments lui avaient donné cliniquement les mêmes résultats.

M. *Devergie* demande comment M. Gubler peut accorder cette opinion avec celle qui lui est attribuée dans le rapport de M. Buignet pour le prix Orfila, opinion formellement favorable à la digitaline cristallisée. M. Devergie regrette que M. Gubler ne soit pas présent pour répondre à cette interpellation.

OPÉRATION DE L'EMPYÈME. — Nous devons d'abord une explication toute courtoise à M. *Béhier*, qui, sans nous nommer, s'est plaint, avec une certaine amertume, des expressions dont nous nous sommes servi pour qualifier, d'une part, les résultats de l'opération de l'empyème par incision, et d'autre part, la préférence que l'éminent professeur accorde à ce procédé. Les mots de « opération désastreuse, déclaration téméraire et dangereuse », que nous avons employés, ne sont aucunement l'expression d'une appréciation personnelle; ils sont tout simplement la traduction condensée du jugement longuement motivé de M. Chassaignac sur le mode opératoire dont M. Béhier s'est fait le défenseur. Nos notes nous permettent d'affirmer que ces termes, bien que nous ne les retrouvions pas dans le *Bulletin*, rendent d'une manière exacte le sens des paroles de l'honorable chirurgien. Nous avons cité ; nous n'avons pas jugé.

Cette fois, ce n'est pas une simple protestation que M. Béhier est venu faire en faveur de l'incision dans le traitement chirurgical des pleurésies purulentes, c'est une démonstration clinique de l'utilité et de l'efficacité de ce mode opératoire. L'incision a été employée avec succès par MM. Marrotte, Barthez, Laboulbène, Voillez et Lereboullet. M. Moutard-Martin y a eu recours seize fois, et a réussi dans treize cas. M. Béhier lui-même l'a pratiquée trois fois, et a obtenu trois guérisons. Les trocarts, les sondes, le drainage, les appareils aspirateurs, peuvent avoir leur opportunité et rendre d'éminents services; mais ils ne sauraient remplacer l'incision large lorsqu'il s'agit d'évacuer de la cavité pleurale d'énormes paquets de fausses membranes mélangées au pus. Il ne faut donc pas proscrire l'incision; il faut la conserver, au contraire, comme une ressource précieuse, et la réserver pour

les cas encore assez fréquents où les divers procédés de thoracocentèse sont insuffisants.

M. *Gosselin* monte à la tribune. Avec cette méthode, cette maturité, cette sage réserve qu'il apporte dans tout ce qu'il dit et dans tout ce qu'il écrit, le savant chirurgien examine les divers procédés employés pour l'évacuation des collections purulentes de la plèvre. La ponction simple compte quelques cas incontestables de guérison; mais ces résultats heureux ont été observés principalement sur des enfants, chez lesquels la plèvre a beaucoup plus de tendance que chez l'adulte à reprendre ses propriétés et ses fonctions de membrane séreuse.

Chez l'adulte, où la pleurésie purulente ne guérit habituellement que par l'adhérence des deux feuillets séreux, on ne doit pas compter sur la ponction pour obtenir ce résultat; il ne faut guère l'employer que comme moyen de diagnostic, et recourir, pour le traitement, à des procédés plus efficaces.

Dans trois cas de pleurésie purulente traumatique, et dans trois autres de pleurésie purulente spontanée, M. Gosselin a employé le drainage, mais avec une légère modification au procédé de M. Chassaignac; cette modification consiste à pratiquer la première ouverture, l'ouverture postérieure, avec un bistouri, afin de donner tout d'abord une large issue au pus et aux fausses membranes, et la seconde ouverture, ouverture antérieure ou contre-ouverture, avec un trocart pour le passage du drain. Les trois pleurésies purulentes spontanées et l'une des traumatiques ont guéri par ce moyen; les deux autres opérés, atteints de pleurésies traumatiques compliquées de fracture des côtes et de blessure avec gangrène du poumon, ont succombé.

M. Gosselin attache à la distinction des pleurésies purulentes spontanée et traumatique une valeur et une importance, très-formellement contestées par M. Jules Guérin.

Une question sur laquelle M. Gosselin croit devoir insister très-particulièrement, c'est celle du temps que le tube de drainage peut rester en place dans le thorax. Il n'est pas possible d'assigner une limite fixe à ce séjour, dont la durée est nécessairement subordonnée à l'évacuation complète du liquide et à l'oblitération de la cavité pleurale. Dans un cas, M. Gosselin a pu retirer le tube au bout de deux mois et demi. Chez un autre malade, le tube a été enlevé une première fois au bout de trois mois; mais, six mois après, l'épanchement pleurétique s'est reproduit, le drainage a été pratiqué de nouveau et continué pendant six mois. Dix mois plus tard, seconde rechute, troisième application du drainage; le tube est laissé à demeure pendant huit mois. Le malade est sorti guéri à la fin de 1869 et n'a pas été revu depuis.

Ces exemples prouvent que le drainage chirurgical, tout en constituant un progrès sérieux dans le traitement de l'empyème, n'est pas encore arrivé au dernier degré de perfectionnement, puisqu'il ne met pas à l'abri des récidives et qu'il laisse toujours indécise et irrésolue la question du temps qu'exige le travail d'oblitération adhésive de la plèvre.

Tout en déclarant que le drainage est un procédé très-supérieur à l'incision, M. Gosselin reconnaît que, dans certains cas, il est nécessaire de combiner ces deux pratiques, toutes les fois, par exemple, qu'on veut donner issue non-seulement au pus, mais encore aux fausses membranes amassées dans la plèvre.

Comparant le drainage avec le procédé de M. Potain (ponction avec un trocart, introduction d'une sonde de caoutchouc à demeure, évacuations et lavages par le système du siphon), M. Gosselin attribue à ce dernier moyen l'avantage d'éviter sûrement l'introduction de l'air dans le foyer purulent; mais il présente l'inconvénient grave de ne pas permettre l'évacuation des fausses membranes.

M. Gosselin conclut en disant que le choix des procédés opératoires pour l'empyème, doit varier selon les circonstances et d'après les indications résultant de la nature et de la consistance de l'épanchement pleurétique.

Dans la dernière séance, M. Chassaignac avait demandé à M. *Jules Guérin* des faits à l'appui de son apologie de la thoracocentèse sous-cutanée. M. J. Guérin est venu donner satisfaction aux réclamations de son contradicteur. Il a cité trois observations fort concluantes relatives à des adultes, contrairement à l'opinion émise tout à l'heure par M. Gosselin, et d'autant plus significatives qu'elles remontent à l'époque où l'incision était le seul procédé de l'empyème, et où les plus grands chirurgiens, désespérés de l'insuccès de cette opération, paraissaient résolus à laisser mourir les malades plutôt que de compromettre l'art plus longtemps par une intervention toujours malheureuse.

Suivant M. J. Guérin le drainage chirurgical est loin de valoir la thoracocentèse sous-cutanée. Le drainage n'est, à tout prendre, qu'un « expédient opératoire insuffisant », qui a l'inconvénient grave de ne pas vider entièrement la poitrine, de laisser pénétrer l'air dans le foyer purulent, de ne permettre que des lavages incomplets, et par conséquent, de ne pas mettre à l'abri des accidents de la putridité.

Quant aux autres procédés et appareils aspirateurs récemment imaginés, M. J. Guérin soutient qu'ils sont une copie, et non un perfectionnement du procédé et de l'appareil qu'il a inventés.

Le procédé est simple et inoffensif; l'appareil est facile à manier et disposé de manière à pouvoir effectuer tour à tour l'évacuation du pus et le lavage du foyer. C'est le meilleur moyen chirurgical que l'on puisse employer pour les épanchements séreux et pour les collections purulentes simples. En ce qui concerne les pleurésies tuberculeuses ou compliquées de fistule pulmonaire, M. J. Guérin convient que son procédé ne saurait mieux réussir que les autres.

La suite de cette intéressante discussion est renvoyée à mardi prochain (1).

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 MARS 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

A l'occasion du procès-verbal et du rapport sur les maladies régnantes, M. *Moissenet* dit que les cas de pleurésies compliquant la grippe ne nécessitent pas en général la thoracocentèse. Il cite à l'appui l'observation d'une jeune femme atteinte de pleurésie avec grand épanchement dans le côté gauche survenu à la suite d'une grippe. Une large application de vésicatoires fit résoudre l'épanchement; la malade guérit en trois semaines. —Mais cette malade eût peut-être guéri plus vite par la thoracocentèse, réplique M. *Moutard-Martin*. Il dit avoir ponctionné une pleurésie au sixième jour, laquelle huit jours après était guérie complétement. La pleurésie, grâce à la ponction, n'avait donc duré en tout que quatorze jours. M. Moutard-Martin insiste sur les avantages des ponctions dans les pleurésies jeunes, très-jeunes, parce que à ce moment le liquide ne se reproduit pas après l'opération. Quand, au contraire, on fait la thoracocentèse dans des pleurésies qui remontent à plus d'un mois, la reproduction du liquide est presque certaine. — Ce serait, au dire de M. *Marrotte*, sur la persistance des phénomènes fébriles que doit se baser le pronostic de l'opération. Si la fièvre persiste après la ponction, c'est que le liquide se reproduit. — Telle n'est pas l'opinion de M. *Moutard-Martin*, car dans beaucoup de cas, la pleurésie étant ancienne, on n'a plus affaire qu'à un véritable hydrothorax, et dans ces cas-là, bien qu'il n'y ait pas de fièvre, l'épanchement reparait.—Selon M. *Ed. Labbé*, il importe après l'opération, quand elle est faite dans les premiers jours de la pleurésie, de combattre l'élément inflammatoire par l'application de vésicatoires. C'est là un élément de succès pour le traitement par les ponctions hâtives.

— M. *M. Raynaud* cite un cas de lupus scrofuleux de la face survenu chez une infirmière de l'Hôtel-Dieu, et que l'on

(1) Voyez au *Bulletin de l'Académie* du 19 mai les discours *in extenso* de MM. Béhier, Gosselin et J. Guérin.

a tenté deguérir par des injections hypodermiques de sublimé, suivant la méthode de Liégeois. Une notable amélioration fut d'abord obtenue, et M. Brouadel a pu constater de la façon la plus nette que les tubercules de lupus qui occupaient toute la face et le col, sauf un espace assez large autour des paupières, diminuaient rapidement. Deux mois après le début du traitement, les joues, le front et une partie du col étaient presque complétement libres; cependant le traitement ayant été cessé, on vit le lupus reparaître, et les injections ont dû être reprises. — M. Lallier insiste sur la seule amélioration qu'on a pu obtenir et sur la non-guérison de la malade par le procédé Liégeois.

— M. *Bucquoy* présente un malade atteint d'*angine ulcéreuse*. Agé de dix-sept ans, d'apparence chétive, le sujet de cette observation commença à souffrir de la gorge il y a trois mois. On ne trouve dans ses antécédents aucune trace manifeste de scrofule ou de syphilis, bien que l'enfant ait des maux d'yeux assez fréquents, des croûtes dans le nez et de l'otorrhée purulente, ainsi qu'une conformation en croissant des incisives supérieures, signe de syphilis congénitale, suivant quelques auteurs anglais.

L'angine fut peu aiguë à son début; douleur médiocre, déglutition peu gênée; plus tard, altération du timbre de la voix, qui est nasonnée, à demi éteinte; ronflement intense pendant la nuit. L'examen direct fait constater une tuméfaction générale des parties latérales de l'isthme du gosier, avec rougeur peu intense. Les piliers sont durs, tendus; les postérieurs sont appliqués sur le fond du pharynx et y adhèrent. A droite, vers l'union de la voûte avec le voile du palais, existent deux perforations larges d'environ 25 millimètres chacune, séparées par une petite bride de muqueuse : les bords en sont minces, souples, non ulcérés. Vers la suture médiopalatine on voit deux ou trois petites ulcérations superficielles presque cicatrisées. Luette courte, irrégulière, adhérente par son bord droit avec le pilier correspondant : l'adhérence est dure et blanchâtre.

Le miroir laryngoscopique montre une destruction presque totale de l'épiglotte et un boursouflement des replis aryténo-épiglottiques: les cordes vocales sont minces, atrophiées.

Est-ce là une angine scrofuleuse ou est-ce une angine syphilitique? Évidemment, dit M. Bucquoy, beaucoup des signes attribués par MM. Paul et Isambert aux angines scrofuleuses se trouvent chez ce malade, mais d'autre part la destruction de l'épiglotte semble appartenir à l'angine syphilitique. Si l'on ne considère que l'état général, on a peine à voir en ce jeune sujet un scrofuleux véritable, et si l'on étudie l'ensemble de cet individu, on reste persuadé qu'il y a eu chez lui de la syphilis congénitale. En effet, l'arrêt de développement, qui fait qu'à dix-sept ans il ressemble à un enfant de treize ans, la conformation particulière de ses deux incisives médianes supérieures, échancrées en croissant, malformation regardée comme spéciale à la syphilis congénitale par certains auteurs anglais, permettent de songer à une angine syphilitique. Il s'agirait donc là de lésions tertiaires d'une syphilis congénitale dont les lésions secondaires n'auraient laissé aucune trace; mais il faut remarquer combien est petite la distance entre cette espèce d'angine et certaines angines scrofuleuses. L'expression originale de Ricord : « scrofulate de vérole », trouve ici son application. On pourrait donc dénommer cette angine du nom de scrofulo-syphilitique.

MM. *Bergeron* et *J. Guyot* refusent à la conformation des dents une valeur suffisante pour en conclure à de la syphilis congénitale. M. Bucquoy répond que Hutchinson considère cette altération dentaire comme pathognomonique de la syphilis. Telle n'est pas l'opinion des syphiliographes français.

M. *Dumont-Pallier* croit que M. Bucquoy donne trop d'importance à la forme des lésions de l'épiglotte pour en conclure à l'affection syphilitique. M. *Isambert* conteste aussi la nature syphilitique de l'angine du malade de M. Bucquoy et dit que la déformation des piliers, les colonnes lardacées sans zone inflammatoire rouge du pharynx ne sont nullement caractéristiques de l'angine syphilitique.

SÉANCE DU 12 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

M. *Potain* offre, au nom de M. Malassez, deux brochures l'une sur le molluscum, l'autre sur les ulcérations anales.

M. *Lallier* rend compte de la séance supplémentaire qui a eu lieu à l'hôpital Saint-Louis. Si le nombre des malades était assez grand, le nombre des médecins qui sont venus a été minime. Douze médecins seulement se sont rendus à l'invitation de M. Lallier.

Vingt-cinq malades atteints d'ulcérations scrofuleuses ou syphilitiques de l'arrière-gorge ont pu être examinés. L'opinion commune a été que les signes objectifs seuls étaient insuffisants pour trancher la question du diagnostic.

—M. *Cornil* lit une note pour servir à l'histoire de la convalescence de la fièvre typhoïde. La question des récidives ou des rechutes de la fièvre typhoïde, et la possibilité du développement de tubercules pulmonaires pendant la convalescence, sont les deux points qu'a cherché à élucider l'auteur à propos de l'observation suivante, dont nous donnons le résumé : Une malade, après avoir présenté les symptômes d'une fièvre typhoïde grave, entre péniblement en convalescence. Pendant quelques jours il reste du subdélirium, particulièrement la nuit. Au bout de quelque temps survient une rechute fébrile qui s'accompagne de tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Au bout de quinze jours de cette rechute les symptômes graves s'amendèrent, mais la malade conserva du subdélirium, de la surdité et de la diarrhée. Vers le vingtième jour, on constate une amélioration marquée, mais la diarrhée persistait. Au bout de quelques jours apparaissent des vomissements, puis de la toux avec des crachats muco-purulents. La malade s'affaiblit de jour en jour avec une diarrhée incoercible accompagnée de vomissements, et meurt.

L'autopsie fait constater les traces d'une fièvre typhoïde : les plaques de Peyer ardoisées et en voie de cicatrisation, une dégénérescence graisseuse du foie, des reins et du cœur, et une tuberculisation miliaire dans les deux poumons. En même temps on trouvait les lésions d'une entérite généralisée.

Un examen microscopique approfondi fait par M. Cornil a montré : 1° sur l'intestin normal les villosités, dont les vaisseaux sont remplis de sang et les glandes en tubes ; 2° au niveau des plaques de Peyer, l'absence totale de la couche superficielle de l'intestin; ni villosités ni glandes en tubes, ni follicules clos. Il y existe seulement un tissu embryonnaire composé de petits éléments sphériques très-nombreux, séparés par des fibrilles minces; un certain nombre de ces éléments, surtout autour des vaisseaux, sont infiltrés de pigment noir. Nulle part on ne trouve d'agglomération de ces éléments sous forme de nodules, ni de dégénérescence granulo-graisseuse qui se puisse rapporter à la tuberculose.

M. Cornil, en rapprochant les symptômes observés chez sa malade des lésions anatomiques, croit pouvoir établir que les cicatrices ardoisées trouvées dans l'intestin proviennent de la première fièvre typhoïde, et non de la rechute, et qu'au moment de cette rechute il ne s'est pas fait de nouvelles ulcérations sur les plaques de Peyer, dont la couche muqueuse et les glandes avaient déjà été détruites par la première attaque. La diarrhée et les vomissements qui ont pris naissance lors de la rechute, ont été le résultat de l'inflammation du gros intestin et de la propagation de cette inflammation à tout le tube gastro-intestinal; à la fin seulement se sont produits les signes d'une affection pulmonaire tuberculeuse.

Les phénomènes morbides se sont donc succédé de la façon suivante : 1° une fièvre typhoïde grave; 2° une rechute de fièvre à *symptômes typhoïdes*, causée par un catarrheiléo-colique

très-intense ; 3° une éruption tuberculeuse discrète. L'auteur se demande alors si les rechutes de la fièvre typhoïde sont caractérisées anatomiquement par une tuméfaction des glandes de Peyer analogue à celle de la fièvre typhoïde initiale, ou seulement par une entéro-colite commune.

Quant à l'antagonisme de la fièvre typhoïde et de la phthisie, est à peine besoin de dire que l'on n'y croit plus.

La dégénérescence graisseuse si prononcée du foie, du cœur et des reins est en tout comparable à celle qui résulte de l'empoisonnement par le phosphore et l'arsenic, mais, ne s'accompagnant pas d'albuminurie, est un fait extrêmement remarquable sur lequel M. Cornil aura occasion de revenir.

M. *Potain* pense qu'on ne pourrait pas généraliser l'exemple de M. Cornil. Il y a de véritables exemples de rechutes de fièvre typhoïde avec lésions récentes des plaques de Peyer. Récemment, il a soigné dans son service un malade qui présenta plusieurs rechutes de fièvre typhoïde : chaque fois la température fut prise et la courbe thermométrique obtenue fut toujours conforme à la courbe typique de la fièvre typhoïde. Le catarrhe de l'intestin n'était pas en cause, car pendant le cours de ces rechutes le malade n'avait que peu de diarrhée.

M. *Chauffard* pense que ce qui a été pris par M. Cornil pour une rechute de fièvre typhoïde, n'était qu'un catarrhe du gros intestin chez un malade en puissance d'une diathèse tuberculeuse ancienne ou récente; mais l'apparition de taches rosées au septième jour de la rechute constitue une grave objection à cette manière de voir; d'autre part, la non-existence de lésions appartenant à une rechute de fièvre typhoïde témoigne de la nature de la maladie bien plus que les taches lenticulaires.

M. *Cornil* répond à ces objections et, reprenant l'observation par ses symptômes les plus saillants et montrant combien discrète avait été la poussée de granulations tuberculeuses, maintient son diagnostic de rechute de fièvre typhoïde avec tuberculisation lui succédant. Il ne veut pas généraliser ce fait, il se borne à l'interpréter et à montrer le rôle considérable qu'a joué l'apparition du catarrhe intestinal.

M. *Bucquoy* s'étonne que M. Cornil ait pu dire qu'il ne fallait pas s'attendre à trouver dans la rechute des lésions intestinales analogues à celles de la fièvre primitive, puisque les plaques de Peyer avaient été détruites par les premières ulcérations. Mais il n'est pas de médecin qui n'ait vu dans les autopsies de fièvre typhoïde à rechutes des ulcérations récentes siéger sur des plaques à côté de parties cicatrisées ou en voie de cicatrisation. Cela s'explique, car les lésions ne portent pas sur toutes les plaques à la fois et sur toute leur étendue. D'autre part, dans certains cas, lors de la récidive, les lésions nouvelles portent sur les follicules isolés au lieu de s'arrêter sur les follicules agminés. C'est la même évolution frappant le même organe, mais dans un autre siége.

— M. *Bourdillat* lit une observation de trachéotomie pratiquée pour un croup chez *un enfant de dix mois*. L'opération a été suivie de succès. Or, en France, on ne connaît que cinq cas de croup guéri par la trachéotomie au-dessous d'un an et demi (un chez un enfant de dix-sept mois opéré à Corbeil (M. Vigla), un chez un enfant de seize mois (M. Isambert), et trois cas à treize mois (Trousseau, Barthez et Archambault). Scoutteten rapporte bien une observation d'un enfant de six semaines opéré et guéri, mais il est très-contestable que cet enfant ait été atteint du croup. En Angleterre, Syme (d'Édimbourg) a cité un enfant de sept mois et demi atteint de croup et qui fut opéré et guéri à l'Infirmerie royale par le docteur J. Bell. Le cas de M. Bourdillat vient donc s'ajouter aux précédents et démontrer qu'on ne doit pas renoncer à l'opération, même chez les enfants très-jeunes.

A. Legroux.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

MOTION D'ORDRE. — POLYPE DU LARYNX ; ÉCRASEMENT SUR PLACE PAR LES VOIES NATURELLES. — AMPUTATION SOUS-ASTRAGALIENNE ; REPRODUCTION D'UNE PARTIE DU CALCANÉUM.

« A l'avenir, en vertu de l'article 7 du titre Ier du règlement de la Société, ne seront inscrites sur la liste des candidats que les personnes qui auront adressé à la Société une lettre de candidature pour la place de membre titulaire déclarée vacante, avant la nomination de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à cette place. »

— M. *Guyon* fait un rapport oral sur une observation de M. Krishaber. Il s'agit d'une femme de cinquante-trois ans, ayant une dyspnée continue avec recrudescences intermittentes et une altération profonde de la voix. MM. Odier (de Genève) et Krishaber reconnurent l'existence d'un polype de forme irrégulière, obstruant les deux tiers de la glotte et parfaitement mobile, quoique inséré par une base large sur tout le tiers antérieur de la corde vocale inférieure gauche. La malade toussait depuis l'âge de vingt-cinq ans, mais la voix n'était sérieusement altérée que depuis deux ans.

M. Krishaber fit des tentatives d'extraction, d'abord avec une pince laryngée dont les mors s'ouvraient latéralement, et ensuite avec une pince s'ouvrant d'arrière en avant, le mors postérieur étant fixe. Ces tentatives restèrent infructueuses. Le lendemain, avec cette dernière pince, et après des essais répétés, la tumeur fut saisie exactement à son point d'insertion. En fermant la pince, M. Krishaber sentit une assez forte résistance vaincue. On ne trouva sur les mors que des débris de la tumeur ; d'autres débris furent retrouvés dans les crachats et dans le sang qui avait été rejeté abondamment. La malade fut immédiatement soulagée ; la respiration était redevenue libre et la voix revint instantanément. Le polype était fibro-glandulaire. L'examen laryngoscopique, fait pour la dernière fois trois jours après l'opération, permet de reconnaître une trace presque imperceptible près de l'angle antérieur de la corde vocale gauche ; c'est le point où la tumeur était insérée. On ne peut pas encore affirmer la stabilité de la guérison : le polype étant fibro-glandulaire, il peut y avoir récidive ; tandis que dans les cas de polypes fibreux la guérison est ordinairement radicale.

— M. *Desprès* présente le moule en plâtre d'un moignon d'amputation sous-astragalienne, avec reproduction partielle du calcanéum. M. Desprès avait probablement conservé quelques lambeaux de périoste en rasant l'os. M. Ollier a observé un ou deux faits analogues. Le résultat est très-favorable pour le malade. M. Desprès attribue ce bon résultat à un décollement du périoste du calcanéum, suite de l'ébranlement produit par l'éclat d'obus qui avait frappé le pied.

M. *Verneuil* fait remarquer qu'avant d'affirmer la reproduction de l'os du talon, il serait bon de s'en assurer avec une aiguille à acupuncture, ce que l'on n'a pas fait.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CONTRACTURE DU MUSCLE COUTURIER ; MYOTOMIE. — SUR LES CAUSES ET LE MÉCANISME DES ÉRYSIPÈLES PRÉCOCES.

M. *Fleury* (de Clermont) adresse une observation de contracture du muscle couturier. Une fille de vingt-sept ans, robuste, sujette à des douleurs rhumatismales, s'étant baissée pour allumer son feu, éprouva en se relevant la sensation d'un craquement au niveau du pli de l'aine gauche ; elle ne put se relever. Trois semaines après l'accident, elle entre à l'hôpital de Clermont. La cuisse gauche a 3 centimètres de moins que la droite pour la circonférence ; de plus, elle est fléchie sur le bassin et on ne peut l'allonger. En palpant le membre, on

sent, au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, un cordon dur qui se dirige en bas et en dedans, et que l'on perd au niveau de la partie moyenne et interne de la cuisse. Non douloureux, ce cordon devient dur et tendu lorsqu'on allonge le membre. Le cordon a donc la direction et les rapports du couturier; le tendon du droit antérieur est bien plus en arrière.

L'indication curative était formelle; il fallait couper le cordon en pratiquant la section du muscle. Le tendon du couturier a été incisé au niveau et un peu au-dessous de son insertion à l'épine antérieure et supérieure. La cuisse a pu être immédiatement allongée sans faire éprouver à la malade une douleur bien vive. Au bout de dix jours, la malade s'est levée; mais la jambe était toujours très-faible. Le temps et un exercice graduel rétabliront probablement les choses dans leur ancien état.

— M. *Verneuil* fait une communication sur l'érysipèle. On a beaucoup discuté sur les causes de cette maladie, et cependant l'étiologie est encore obscure. L'existence de l'érysipèle spontané est contestée de plus en plus; au lieu d'établir une division en érysipèles spontanés et érysipèles traumatiques, on pourrait admettre l'érysipèle pathologique et l'érysipèle traumatique. Comme exemple du premier, M. Verneuil cite celui survenant à la suite d'herpès guttural. L'érysipèle est-il inoculable, et de quelle manière? par auto-inoculation ou par sujet étranger? C'est sur l'auto-inoculation de l'érysipèle que M. Verneuil veut appeler l'attention de la Société, sur une variété de l'érysipèle traumatique : l'érysipèle précoce.

Les auteurs sont peu d'accord sur l'époque d'apparition de l'érysipèle. Il peut survenir le lendemain de la blessure ou très-tard. Il y a une variété bien nette, l'érysipèle précoce, qui survient dans les vingt-quatre heures de la blessure. Dans ce cas, il est assez difficile d'admettre une contagion venant du dehors et se propageant si vite. Lorsqu'on observe les érysipèles ordinaires à la suite d'amputation du sein, d'opération sur la face, chez des individus sains, c'est au cinquième, sixième, septième ou huitième jour après l'opération que la rougeur paraît. Au contraire, l'érysipèle précoce vient plutôt à la suite d'opérations insignifiantes, exploration d'un trajet fistuleux, pansement laborieux, extraction d'esquilles, drainage, etc. Dans tous ces cas, il ne s'agit pas seulement d'un foyer saignant, il y a aussi un foyer en voie de suppuration. En voyant l'érysipèle survenir brusquement, M. Verneuil a cru à une auto-inoculation; le malade fournit la matière septique et le chirurgien ouvre la porte à l'absorption. C'est pour cette variété que M. Verneuil propose le nom d'érysipèle par auto-inoculation : le malade porte sur lui-même le poison.

M. Verneuil n'a pas voulu seulement établir une variété d'érysipèle; il en tire des déductions. Ainsi il a fait les contre-ouvertures avec le caustique, ou bien il cautérise les bords de la plaie, ou enfin il y fait des injections détersives chlorurées; depuis, les érysipèles sont plus rares dans ses salles.

Les orateurs qui prennent la parole au sujet de cette communication traitent la contagion ou la non-contagion de l'érysipèle, l'identité ou la non-identité de l'érysipèle et de l'angioleucite, et la question de l'érysipèle spontané.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi des bains tièdes dans la variole grave, par le professeur Stokes.

Le professeur M. Stokes (de Dublin), considère ce moyen de traitement comme une ressource précieuse dans les cas de variole grave en suppuration, avec décollements, eschares, état septique, etc. Il cite un cas dans lequel, à la suite d'une variole confluente hémorrhagique arrivée à la période de suppuration, le malade semblait n'avoir plus que quelques heures à vivre. L'odeur était infecte; le pouls faible, rapide, intermittent; le malade délirait; il était condamné depuis plusieurs jours. C'est dans ces conditions que le professeur Stokes ordonna un bain tiède dans lequel le patient fut laissé pendant sept heures. Une liqueur alcoolique (*brandy*) fut administrée pendant tout ce temps, de manière à provoquer un commencement d'ivresse. Au bout de très-peu de temps, le malade éprouva une amélioration et un bien-être extraordinaire. Le délire cessa et la fétidité disparut. Un deuxième bain, donné le lendemain, procura un sommeil réparateur, à la suite duquel la guérison s'établit progressivement.

A l'hôpital de Vienne, Hébra, dans des cas analogues, a prolongé les bains pendant *cent* heures avec les meilleurs résultats.

On peut, comme le conseille le docteur Stevens (de Plymouth), additionner les bains d'une solution désinfectante. Des bains ainsi préparés sont également indiqués après la guérison pour prévenir toute contagion de la part des malades. (*British med. Journ.*, févr. 1872.)

Contagion de la rougeole, par M. le docteur A. Dumas.

Les observations de M. le docteur Adolphe Dumas, médecin adjoint de l'hôpital de Cette, se rapportent à certains points déjà discutés par M. le docteur Girard (de Marseille) à propos de la contagion des fièvres éruptives, dans une lettre adressée, en 1865, à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Rappelons que dans cette lettre M. le docteur Girard cherchait à établir que la transmission des fièvres éruptives avait lieu exclusivement dès le premier jour, au moment de la période d'invasion, et que l'incubation pour chaque fièvre avait une durée déterminée : 14 jours pour la varicelle, 15 jours pour la variole, 16 jours pour la scarlatine, 13 jours pour la rougeole.

Ces affirmations furent assez vivement contestées dans le sein de la Société.

M. le docteur A. Dumas reprend aujourd'hui ces conclusions en ce qui concerne particulièrement la rougeole.

Son travail se base sur 12 cas observés du 23 mars au 16 juin 1871. Ces cas sont parfaitement nets, constatés *de visu* tous les soins nécessaires, et confirment les assertions de M. le docteur Girard.

M. Dumas arrive aux conclusions suivantes :

« 1° La transmission de la rougeole peut se faire dès la première heure de la période d'invasion, alors que l'enfant peut encore sortir et se livrer à ses jeux, ce qui rend inutile l'isolement consécutif des enfants, si déjà les rapports ont eu lieu.

2° Il reste à démontrer que la contagion peut se produire pendant les autres périodes, et que même dans ce cas elle n'est pas due à la persistance des *semina* morbifiques existants dès l'invasion dans le milieu habité par le malade.

3° L'incubation a une durée à peu près régulière. Elle varie de dix à quatorze jours et finit dans la plupart des cas le treizième jour. » (*Montpellier médical*, mars 1872.)

Sur le myoïdème de la phthisie, par Lawson Tait.

Sous ce titre, l'auteur appelle l'attention des cliniciens sur un symptôme perçu par la percussion, et qui aurait une importance réelle dans le diagnostic et le pronostic de la phthisie pulmonaire. Ce signe n'est pas une découverte nouvelle, Graves et Stokes en ont donné la description. Ces habiles observateurs eurent l'occasion de constater un symptôme des plus curieux chez un malade atteint de symptômes de phthisie pulmonaire; en percutant, ils remarquèrent avec surprise qu'à chacun des chocs portés avec les doigts, il apparaissait de petites tumeurs répondant au nombre et à la situation des doigts qui avaient frappé les téguments. Ces tumeurs restaient visibles quelques moments, disparaissaient

pour réapparaître lorsqu'on répétait la percussion. Plus tard, Stokes a décrit ce symptôme sous le nom d'*irritabilité musculaire*; il a observé que son apparition était liée au début de la phthisie, qu'il se produisait à la région correspondante aux lésions pulmonaires du début.

M. Tait a observé et étudié ce symptôme dans un grand nombre de cas, et publie le résultat de ses recherches, basé sur 117 observations dont il donne l'analyse; sur plusieurs points il est d'accord avec Stokes, mais ses conclusions diffèrent à quelques égards.

L'expression de myoïdema (myoïdème) exprime, suivant M. Tait, la cause du phénomène; il y aurait, à proprement parler, une hyperesthésie idio-musculaire, c'est-à-dire une contraction passagère de quelques faisceaux musculaires indépendante de l'action nerveuse, et produite par l'action immédiate de chocs répétés sur un faisceau musculaire.

Quoi qu'il en soit de la cause physiologique du symptôme, celui-ci présente des conditions cliniques diverses. La variété la plus commune est la formation instantanée d'un sillon au point percuté, et bien qu'on puisse observer ce phénomène chez des individus présentant les apparences d'une parfaite santé, M. Tait est si profondément persuadé de son importance clinique, que, dans ces cas, il conserve des doutes sur la santé de l'individu observé. Ce sillon est dû au passage instantané d'une onde de contraction du point frappé à l'autre extrémité du faisceau qui est soumis au choc. La seconde variété correspond au module ou à l'intumescence décrite par Stokes; M. Tait s'est assuré que ce phénomène se produit lorsque les ondes de contraction semblables aux ondes liquides réfléchies, retournent, de l'extrémité du faisceau, vers le point percuté formant une sorte de nodule tumultueux et frémissant; enfin plusieurs nodules peuvent se former, se combiner entre eux et se propager en diverses directions. La première variété est désignée sous le nom de *fasciculaire*, la seconde sous celui de *nodulaire*.

Le lieu le plus commun de la production du myoïdème est la portion claviculaire du grand pectoral, puis l'autre portion de ce muscle, le deltoïde, les muscles scapulaires, enfin même les muscles du dos. La contraction nodulaire ne s'observe que dans les cas sérieux; c'est un signe *pré-éminent* de l'affection tuberculeuse; et sur plus de cent observations directes, l'auteur ne l'a rencontré qu'une fois en dehors de la phthisie, chez un malade atteint de fièvre typhoïde; ce signe a même permis de distinguer plusieurs cas de phthisie aiguë d'avec la fièvre typhoïde. En résumé, le myoïdème nodulaire est pour l'auteur une indication absolument certaine du ramollissement des tubercules; il est en proportion exacte, en intensité, avec la rapidité ou l'étendue de la destruction pulmonaire. Dans la plupart des cas, le symptôme répond comme siége à la partie du poumon qui est la plus profondément altérée, mais presque exclusivement aux points où le ramollissement se produit. M. Tait ne prétend pas expliquer la cause de cette relation de siége, il ne s'étend pas encore sur la valeur pronostique de ce symptôme qui offre, suivant lui, une importance diagnostique si considérable; il est donc nécessaire que d'autres observateurs confirment les assertions de l'auteur; dans tous les cas il prouve par ses observations qu'il a étudié avec soin l'état pathologique de ses malades, il a même vérifié la marche de l'affection au moyen des pesées. Le myoïdème est un curieux symptôme, qui pourra ajouter quelque intérêt à l'examen des phthisiques, trop souvent négligé dans les hôpitaux, suivant M. Tait. Pour apprécier ainsi la valeur de ce symptôme, il faudrait démontrer qu'il est particulier à la phthisie, et nous signalons à l'auteur l'existence de ce symptôme dans les fièvres adynamiques en général, dans la fièvre typhoïde et la variole en particulier. (*The Dublin quarterly Journal*, novembre 1871.)

BIBLIOGRAPHIE.

Arsenal de la chirurgie contemporaine, tome II, par M. E. Spillmann.

Il y a déjà six ans, M. Gaujot faisait paraître le premier volume d'un ouvrage utile entre tous, l'Arsenal de la chirurgie contemporaine. Obligé par sa position de s'éloigner de Paris, M. Gaujot se vit empêché d'achever l'œuvre commencée; le soin de la continuer fut alors confié à M. Spillmann. C'était une lourde succession que celle qu'acceptait ainsi M. Spillmann, mais nul mieux que lui n'était apte à la recueillir; il nous l'a bien fait voir. Aujourd'hui, l'ouvrage est complet, l'œuvre est achevée, le second volume vient d'être publié. Les chirurgiens connaissent déjà le premier volume; on sait comment il a été accueilli par le public travailleur et par les praticiens; nous n'en parlerons pas, nous proposant de donner notre appréciation sur le second volume seulement. Cet ouvrage n'est pas le fruit d'une collaboration proprement dite; le premier volume est dû à la plume de M. Gaujot, le second à celle de M. Spillmann; la responsabilité de chacun de ces volumes incombe donc tout entière à chacun de ces chirurgiens.

On se tromperait étrangement si l'on supposait que l'Arsenal de chirurgie n'est qu'une sorte de catalogue établi scientifiquement, avec un texte explicatif; l'Arsenal de chirurgie n'est pas plus un catalogue qu'un traité d'anatomie n'est une nomenclature. Les anatomistes indiquent sans doute les noms des muscles, des nerfs, des vaisseaux, etc., mais en même temps ils précisent leurs rapports, ils déterminent leurs modes d'action, ils reconnaissent les liens qui les unissent; le résultat d'études ainsi conduites constitue une véritable science, et s'ils s'étaient contentés de nommer les muscles et les organes, les anatomistes n'auraient fait qu'une nomenclature. Appréciant d'une façon analogue le travail des auteurs de l'Arsenal de chirurgie, je dis qu'ils ont fait un véritable livre scientifique, et non un catalogue plus ou moins bien dissimulé. Un marchand peut dire le nom d'un instrument, mais indiquer avec rigueur et précision son action, son mode d'emploi et l'opportunité de son choix, seul le clinicien peut le faire. Au lit du malade, le chirurgien fait œuvre de pathologiste; il interroge les lésions, il pose les indications, il cherche le remède, il le discute, il le propose, et enfin l'opération est décidée; il applique alors les connaissances anatomiques, base de la médecine opératoire, et en même temps il fouille l'arsenal chirurgical pour y choisir l'instrument qui convient le mieux. Voilà donc ses deux aides : l'anatomie, qui indique le chemin, et l'instrument, qui doit suivre la route tracée. J'insiste sur ce parallèle entre les connaissances anatomiques et celles des instruments et appareils, pour bien démontrer qu'elles sont les deux grands moyens d'action des chirurgiens et qu'elles lui sont indispensables les unes et les autres pour mener à bien une opération décidée; tâchant de rendre ma pensée par une image, je dirai que dans une bibliothèque un livre de médecine opératoire doit être placé entre un traité d'anatomie et un traité d'appareil instrumental.

Le livre de M. Spillmann est divisé en deux parties. La première, de beaucoup la plus courte, renferme l'étude des appareils de prothèse; la seconde renferme celle des instruments proprement dits. Cette seconde partie est divisée en trois sections; dans la première, l'auteur décrit les instruments employés pour la pratique de la petite chirurgie, dans la seconde les instruments et appareils pour les opérations générales, et enfin dans la troisième les instruments et appareils pour les opérations spéciales.

La malheureuse époque que nous traversons est une de celles qui auront fourni le plus d'occasions aux applications de la prothèse; bien nombreux sont les blessés qui réclament ses secours. Les indications sur les appareils prothétiques ne pouvaient être fournies plus à propos. Osons le dire, les chirurgiens abandonnent trop souvent aux mécaniciens, aux inven-

teurs, aux spécialistes, le soin, non-seulement de confectionner d'après leurs propres inspirations, mais d'appliquer d'après leurs vues particulières les appareils prothétiques. Je sais bien que chacun d'eux en particulier se défendra de ce reproche; mais la preuve qu'on est en droit de le leur adresser, c'est le silence que gardent sur ce sujet la plupart des traités de pathologie et même de médecine opératoire.

M. Spillmann s'occupe d'abord de la prothèse de la face, puis de celle des membres supérieurs et inférieurs; il consacre aussi deux chapitres spéciaux aux appareils prothétiques pour les vices de conformation des membres et pour les résections articulaires.

Les pages relatives à la prothèse oculaire, nasale, etc., seront sans doute consultées avec fruit lorsqu'il s'agira de placer un œil ou un nez artificiels; mais j'ajoute qu'on les lira avec intérêt, si l'on est curieux de connaître les phases du développement de l'art prothétique. Du reste, je dois le dire une fois pour toutes, l'auteur a toujours traité avec grand soin la question historique : à propos de chaque appareil instrumental il raconte d'abord ce qui a été fait par les anciens, et nous montre par quelle gradation intelligente on est arrivé à ce qui se fait aujourd'hui. J'appellerai surtout l'attention du lecteur sur le chapitre si important de la prothèse des membres inférieurs. Quels appareils conviennent aux amputés de la cuisse, de la jambe? Quelles parties devront servir de point d'appui? Par quel point du membre artificiel doit passer le centre de gravité? Toutes ces questions ont été traitées avec un luxe de détails qui ne laisse rien à désirer. Je me laisserais volontiers entraîner à insister longuement sur ce sujet attrayant : l'art prothétique est une des consolations du chirurgien; il répare ce qui souvent semblait irréparable; il rend quelquefois douce et toujours supportable une vie sauvée au prix de courageuses mutilations.

L'étude des instruments de petite chirurgie, des instruments employés pour les opérations usuelles est, sans doute, fort aride; l'auteur ne s'est pas cru le droit de la négliger; il l'a faite très-complète, désignant chaque instrument et appréciant sa valeur en quelques lignes nettes et concises.

De nombreuses pages sont consacrées à la description des instruments servant aux résections et à la trépanation des os du crâne; elles m'ont paru d'autant plus intéressantes que la pratique des résections, assez peu usitée autrefois, tend aujourd'hui à se vulgariser de plus en plus, et qu'à cette occasion beaucoup d'instruments nouveaux ont été imaginés et construits.

Les deux chapitres qui ont été traités avec le plus de développements sont ceux dans lesquels l'auteur s'occupe des appareils et instruments employés dans les maladies de l'œil et de ses annexes, et des instruments employés dans les opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de l'homme. On sent en les lisant que M. Spillmann s'est laissé gagner par l'attrait de son sujet, et qu'il éprouvait de véritables jouissances d'esprit en décrivant les admirables instruments, si utiles dans le traitement des maladies des précieux organes de la vision et de la génération.

Je ne puis pas le suivre dans toutes ses descriptions, je me contenterai d'indiquer l'ordre suivant lequel elles sont faites. L'auteur étudie d'abord les instruments de diagnostic, ceux qui servent à mesurer l'acuité de la vision, les optomètres, ceux qui servent à reconnaître les lésions des diverses parties de l'œil, les lentilles, les ophthalmoscopes. Le chapitre consacré aux ophthalmoscopes est un véritable petit traité historique et pratique. Il décrit ensuite les instruments nécessaires pour les opérations qui se pratiquent sur les voies lacrymales, et Dieu sait s'ils sont nombreux; puis ceux pour les opérations qui se pratiquent sur les paupières, sur les muscles de l'œil, sur l'iris, le cristallin, la conjonctive, la cornée. J'ai remarqué surtout les passages qui ont trait au choix que l'on doit faire entre les différents couteaux proposés pour l'opération de la cataracte.

De toutes les maladies qui nous affligent, les plus pénibles, sans doute, sont les maladies chroniques, les infirmités, qui n'ont pas assez de puissance pour étouffer la vie, mais qui ont bien assez d'amertume pour l'empoisonner; parmi celles-là le premier rang appartient, je crois, aux maladies de l'urèthre et de la vessie. Depuis longtemps les chirurgiens s'ingénient à trouver contre elles de suffisants moyens thérapeutiques; non-seulement de nombreux procédés de traitement ont été imaginés, mais plusieurs méthodes ont été instituées. Il a fallu que M. Spillmann se livrât à de bien laborieuses recherches pour arriver à nous présenter tous les instruments, de quelque valeur, employés pour les opérations qui se pratiquent sur l'urèthre et la vessie. Chacun de nous se souvient d'avoir vu dans les arsenaux de chirurgie un nombre infini de sondes, de cathéters, d'uréthrotomes de toutes sortes : les décrire, les classer, les apprécier, faire la critique des méthodes et procédés opératoires pour lesquels on les utilise, n'a certes pas été un mince labeur. Les parties les plus intéressantes et les plus instructives de cette étude sont, il me semble, l'article des rétrécissements de l'urèthre et l'article de la taille.

Les deux derniers chapitres traitent des maladies de la femme; ils renferment la description des instruments employés dans les opérations qui se pratiquent sur les organes génito-urinaires de la femme, et celle des instruments d'obstétrique. Les limites de cet article me permettent seulement de les signaler.

Obligé de me borner, j'ai passé sous silence tout ce qui est relatif aux maladies de l'oreille, aux maladies de la bouche, du larynx, de l'intestin, de l'anus, etc., et cependant j'aurais eu d'excellentes remarques à faire sur chacun de ces sujets, surtout à propos de l'histoire des maladies de l'oreille, histoire assez mal connue, et de celle des sutures intestinales, qui ont été faites de la façon la plus complète. On peut dire de ces pages, et de beaucoup d'autres aussi, qu'elles renferment, sous l'apparence de descriptions attentives, d'excellents préceptes de thérapeutique chirurgicale.

Le texte est enrichi d'un très-grand nombre de figures (1855) qui facilitent singulièrement son intelligence. Chaque description est accompagnée d'un dessin explicatif sans lequel elle risquerait d'être mal comprise.

L'ARSENAL DE CHIRURGIE est un ouvrage considérable et très-important; son utilité flagrante s'affirmera chaque jour davantage, j'en suis convaincu; et puis, disons-le, ce livre est infiniment commode, nous fournissant tout de suite le renseignement demandé, nous évitant de longues et souvent stériles recherches; il est le fruit, qu'on me permette le mot, d'un effrayant travail. Sachons donc gré à ses auteurs d'avoir eu le courage d'entreprendre cette œuvre et la patience laborieuse de l'achever.

Dr SERVIER.

VARIÉTÉS.

Association française contre l'abus des boissons alcooliques.

L'Association française contre l'alcoolisme a fait un pas décisif dimanche dernier; elle s'est constituée et a posé, dans deux documents essentiels, les STATUTS et le RÈGLEMENT, les fondements de ses travaux ultérieurs. Grâce au zèle intelligent de MM. Barth et Lunier, l'un président et l'autre secrétaire général du *comité d'organisation*, une assemblée générale a pu avoir lieu, dimanche dernier, au *Cercle des Sociétés savantes*, composée, malgré un temps exécrable, de quatre-vingts membres environ sur les deux cents adhérents qui résident à Paris.

La séance s'est ouverte par une allocution de M. le président.

« Messieurs, a dit M. Barth, le comité d'organisation dont j'ai l'honneur d'être l'interprète, salue avec respect les hommes

de bonne volonté qui se sont empressés de répondre à son appel, et leur adresse, par ma voix, ses plus chaleureux remercîments. Il est heureux de fondre son humble initiative dans l'action collective et autorisée de tant d'intelligences supérieures associées pour le succès de notre entreprise.

» Le mal que nous voulons combattre, messieurs, grandit et se développe de jour en jour, d'heure en heure, et il est urgent de procéder sans retard à la mise en pratique des moyens capables d'en enrayer les progrès. Nous proposons, en conséquence, de passer immédiatement à l'exposé des statuts et du règlement que nous soumettons à votre sanction, et de constituer, dès aujourd'hui, le bureau et le conseil d'administration, chargés de mener à bonne fin notre œuvre de préservation sociale.

» La parole est à M. le docteur Lunier qui a bien voulu remplir les fonctions laborieuses de secrétaire général, et qui trouvera, dans l'expression de votre gratitude pour le passé et, je l'espère, dans l'unanimité de vos suffrages pour l'avenir, la juste récompense de ses louables efforts. »

M. Lunier a alors donné lecture de tous les articles des statuts et du règlement, lesquels ont été votés, sauf quelques modifications de peu d'importance, et après une courte discussion à laquelle ont pris part MM. Chaperon, Testelin, Bertrand (Ernest), Bergeron, Richelot, Ch. Vergé, Ballard, Hamers, Chauffard, Th. Roussel, Roubaud, marquis de Béthisy, Fauvel, Colmet-Daage, Alf. Maury, Dolet, Desavenières et Lunier.

STATUTS

I. — *But et moyens d'action de la Société.*

Art. 1. L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques a pour but :

a. De combattre les progrès incessants et les effets désastreux de l'ivrognerie ;

b. De provoquer la création à Paris et dans les départements de Sociétés locales tendant au même but.

Art. 2. Elle se propose d'employer à cet effet tous les moyens que l'expérience lui suggérera, et notamment :

a. D'instituer des conférences sur les dangers de l'intempérance ;

b. D'encourager toute espèce de publications conçues dans le même ordre d'idées, telles que livres, brochures, manuels, almanachs, estampes, etc. ;

c. De favoriser, particulièrement au moyen de Sociétés coopératives de consommation, le remplacement des liqueurs alcooliques par des boissons salubres, telles que les vins naturels, le cidre, le café, le thé, la bière ;

d. De provoquer la fondation de cercles de travailleurs où les membres trouveraient d'honnêtes et utiles distractions, et d'où seraient exclues les boissons spiritueuses ;

e. D'accorder des récompenses aux instituteurs, chefs d'ateliers, contre-maîtres, ouvriers, serviteurs et autres personnes qui seront signalés pour leur active propagande en faveur de la tempérance ;

f. De chercher à obtenir, tout en ménageant les intérêts du commerce et de l'industrie, l'augmentation de l'impôt sur les liqueurs alcooliques et, autant que possible, le dégrèvement des autres boissons ;

g. De réclamer de nouvelles mesures préventives contre l'ivrognerie, notamment la diminution du nombre des cabarets et une réglementation sévère de tous les débits de boissons ;

h. De publier un Bulletin qui fera connaître les actes de l'Association, et où seront traitées toutes les questions relatives à l'alcoolisme.

II. — *Organisation de la Société.*

Art. 3. La Société se compose, en nombre illimité, de membres honoraires, membres fondateurs, sociétaires, correspondants étrangers.

Art. 4. La cotisation des membres de la Société est fixée par le règlement intérieur.

Art. 5. On ne peut faire partie de l'Association qu'après avoir été admis par le conseil, sur la présentation d'un membre de la Société.

Art. 6. L'Association est administrée gratuitement par un conseil composé de : 1 président, 4 vice-présidents, 1 secrétaire général, 2 secrétaires généraux adjoints, 2 secrétaires des séances, 1 trésorier, 1 bibliothécaire-archiviste, et 48 conseillers.

Art. 7. Les membres du conseil sont choisis parmi les membres fondateurs et nommés par l'assemblée générale.

Art. 8. Le président, le secrétaire général, les secrétaires généraux adjoints, les secrétaires des séances, le trésorier et le bibliothécaire-archiviste sont nommés pour deux ans.

Le président n'est pas immédiatement rééligible. Les autres membres peuvent être réélus.

Art. 9. Les vice-présidents et les autres membres du conseil sont renouvelés chaque année par quart à tour de rôle. Les premières années, le sort désigne les vice-présidents et les conseillers qui doivent sortir. Ils ne sont pas immédiatement rééligibles.

III. — *Travaux de l'Association.*

Art. 10. L'Association tient chaque année deux séances générales au moins.

Art. 11. Le conseil d'administration se réunit tous les mois. Ses réunions mensuelles sont indépendantes de celles qui pourraient être provoquées extraordinairement par le bureau soit spontanément, soit sur une demande signée par dix membres au moins de l'Association.

Art. 12. Aucune lecture ne peut être faite à l'assemblée générale sans communication préalable du manuscrit au président.

Art. 13. Est interdite toute lecture qui contiendrait une appréciation quelconque des actes politiques du gouvernement, ou une attaque contre l'un des cultes reconnus par l'État.

IV. — *Dispositions générales.*

Art. 14. La Société a son siége à Paris.

En cas de dissolution, il sera statué par l'Association réunie à cet effet en assemblée générale sur l'emploi des fonds, livres, etc., appartenant à la Société.

Art. 15. Les présents statuts ne pourront être modifiés qu'à la suite d'une convocation spéciale et seulement à la majorité des deux tiers des voix des membres présents.

Il a été ensuite procédé à la nomination des *membres du bureau* et du *conseil*. Les membres présentés par le comité d'organisation ont été élus presque tous à l'unanimité. Ce sont :

BUREAU ET CONSEIL POUR LES ANNÉES 1872-1873.

Président : M. Hippolyte Passy, de l'Institut.

Vice-présidents : MM. Barth, président de l'Académie de médecine ; Dumas, de l'Institut ; Laboulaye, de l'Institut, député ; Renouard, de l'Institut, procureur général à la Cour de cassation.

Secrétaire général : M. L. Lunier, inspecteur général du service des aliénés.

Secrétaires généraux adjoints : MM. Bertrand (Edmond), juge suppléant ; Ach. Foville, médecin adjoint de la Maison de Charenton.

Secrétaires des séances : MM. Magnan, médecin à l'asile Sainte-Anne ; docteur Decaisne.

Bibliothécaire-archiviste : M. A. Motet, médecin aliéniste.

Trésorier : M. Gustave Maugin, avoué de 1re instance.

Conseillers : MM. Baillarger, de l'Académie de médecine ; Barthélemy Saint-Hilaire, de l'Institut, député ; Baltard (Victor), de l'Institut ; Béclard (Jules), professeur à la Faculté de médecine ; docteur Bergeron, de l'Académie de médecine ; Bertrand (Ernest), conseiller à la Cour d'appel ; Béthisy (marquis de) ; Blanche, médecin aliéniste ; Bouchardat, professeur à la Faculté de médecine ; Bouillaud, de l'Institut ; Bouruet-Aubertot, conseiller municipal ; Bouisson, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, député ; Chaperon, administrateur du chemin de fer de Lyon ; Chauffard, professeur à la Faculté de médecine ; Colmet Daage, doyen de la Faculté de droit ; docteur Dechambre ; Denormandie, député ; Desjardins (Albert), député ; Devergie, de l'Académie de médecine ; Fauvel, de l'Académie de médecine ; Franck, de l'Institut ; Gubler, professeur à la Faculté de médecine ; Haentjens, député ; Hérard, de l'Académie de médecine ; Janet (Paul), de l'Institut ; Jeannel, pharmacien principal de l'armée ; Jozon, député ; l'abbé Lamazou, vicaire de la Madeleine ; Larrey, de l'Institut, président du Conseil de santé des armées ; Latour (Amédée), de l'Académie de médecine ; Lavallée, fondateur de l'École centrale ; l'abbé Legrand, curé de Saint-Germain l'Auxerrois ; Martin (Henri), de l'Institut, député ; Maury (Alfred), de l'Institut ; Morin (Paul), député ; Pressensé (de), député ; Piras, inspecteur général des établissements de bienfaisance ; Reverchon, avocat général à la Cour de cassation : Roger, de l'Académie de médecine ; Roussel (Théophile), député ; Rozière (Eugène de), de l'Institut ; Sainte-Claire-Deville (Henri), de l'Institut ; Schœlcher, député ; Tardieu (Ambr.), professeur à la Faculté de médecine ; Vaney, substitut à la Cour d'appel ; Vergé (Ch.), de l'Institut ; Wolowski, de l'Institut, député ; Wurtz, de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine.

M. Hippolyte Passy, élu président, a pris alors possession du

fauteuil et, après avoir remercié l'assemblée en termes chaleureux, a fait ressortir en quelques mots l'importance du but que poursuit l'Association, et demandé qu'on s'occupât au plus tôt de fonder des Sociétés départementales et d'établir la nature des liens qui devront les rattacher au siége central de l'Association.

Une discussion s'est aussitôt engagée sur cette question, qui sera mise à l'ordre du jour de la prochaine réunion du conseil. M. Lunier a invité tous les membres présents qui avaient à faire des communications sur ce sujet à vouloir bien les lui faire parvenir promptement.

Voilà donc l'œuvre commencée et en voie de se développer. Ce qui doit inspirer confiance dans son avenir, même à ceux qui croient le moins à la possibilité de redresser les inclinations vicieuses d'une société, c'est qu'elle prend les choses de haut, et qu'elle manifeste — on peut le voir par les statuts — des intentions plus moralisatrices que répressives. Quant à nous, nous lui apporterons un concours soutenu et énergique.

La Gazette médicale de Strasbourg. — Nous apprenons, par une correspondance particulière, que cet important journal, qui avait pour rédacteur en chef M. Strauss, et dont MM. Tourdes et Stoltz étaient l'âme, reste à Strasbourg. Ceux de nos confrères qui se sont décidés à ne pas quitter cette ville, ont désiré y maintenir une feuille scientifique française, et la Gazette leur a été laissée.

Le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner, sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses ci-après aux médecins inspecteurs qui se sont le plus distingués dans le service des eaux minérales de la France pendant les années 1868-1869 :

1° *Médailles d'argent* à MM. Barrudel, Collin, Fégueux, Lemonnier, Mahier, Marturé, Montagnan, Privat, Subervie.

2° *Médailles de bronze* à MM. Grimaud, Hamel, Picon.

3° *Rappel de médailles d'argent* à MM. Auphan, Batbédat (François), Caulet, Chobannes, Charmasson de Puylavol, Crouzet, Damourette, Doyon, de Finance, Foubert, Niepce, de Puisaye, Tillot.

4° *Mentions honorables* à MM. Bailly, Bona, Besançon, Rockel.

Le ministre de l'agriculture et du commerce vient de décerner, sur la proposition de l'Académie de médecine, les récompenses ci-après aux personnes qui ont été signalées comme ayant fait le plus de vaccinations et comme ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en 1869:

1° *Prix de 1500 francs partagé entre* MM. Godefroy, Millet, Renault.

2° *Médailles d'or* à MM. Chipault, Leduc, Pangaud.

A Madame Abrion.

3° *Médailles d'argent* à MM. Artance, Astier, Baciocchi, Barely, Baverel, Bédel, Bellat, Bergerat, Blanc (Marius), Botzel, Buet, Clément, Compagnon, Courcelle, Dambax, Deschanels, Duclot, F. Ducom, Dufay, Faraut, de Férolles, Ferret, Finckler, Fontès, Foriat, Galtier, Gasne, Geneuil, Georgeon, Guilbert, J. Guillot, Jamyot, Jorrand, Kuzinski, Lebœuf, Lecler, Lemaistre, Leray, Louboutin, Mangin, Margoton, Morin, A. Mottard, Mouret, Nève (P. L.), Nogaret, Ollivier, Omouton, Petiteau (Marcel), Perrichon, Rabasso, Rambeau, Rapp, Régnier, Rémy, Ricque, Rivairol, Savy, Sée, Sénéchal, Soubrier, Vidal.

A Mesdames Anceaume, Angelot, Augé (femme Cabau), Avril, Barreau, Biron (née Zubler), Caumel, Chuvinier, Coisnon, Cordier, A. Fosses, Geoffroy, Gibory, Gillet, Guernet, Guignard, Guinot, Hélin, Istace, Langlais, la Perrière-Ferrand, Larpenteur, Lavabre-Duchatel, Legoux, Lœuillet, Madeslaire, Morillon, Parquet, Peyroux (née Rosier), Piedana-Mercier, Pinault, Pouplin, Roux (femme Fauvet), Tréauton, Truffert, Vachey, sages-femmes.

Réunion mensuelle des rédacteurs et collaborateurs aux journaux de médecine. — Le mercredi 1er mai, dans la soirée, cette réunion confraternelle a lieu chez leur président d'âge, le docteur Caffe, et remplace, à la satisfaction de tous, les banquets que nos malheurs publics rendent de plus en plus rares.

Entre autres résolutions importantes qui ont été prises, se trouve celle du syndicat de la presse scientifique, comprenant toutes les sections, notamment celle de l'agriculture, nos intérêts, rendus ainsi collectifs et solidaires, adouciront les âpretés fiscales.

Il a été en outre convenu que l'on constituerait un conseil de famille seulement entre les journaux de médecine, qui informerait sur les actes répréhensibles et sanctionnerait une pénalité efficace par la publicité.

Plusieurs reporters anglais docteurs en médecine, qui assistaient à cette réunion, ont exposé une particularité des mœurs médicales anglaises, qui fait une obligation toujours remplie et honorable de dénoncer les faits coupables de pratique médicale. Le médecin qui a encouru un blâme mérité et public de la part de ses confrères, sans autre pénalité que d'être mis en interdit par eux, tombe nécessairement dans la misère ; la loi, qui n'est en Angleterre établie en grande partie que sur le droit coutumier, ne lui accorde plus le privilége de réclamer des honoraires, en même temps qu'il est exclu de toutes les sociétés scientifiques. (*Journal des connaissances médicales.*)

Le buste de Delpech. — Ce buste a été inauguré au Capitole de Toulouse, dans la *salle des Illustres*, en présence des recteurs de Montpellier et de Toulouse, d'une délégation de la Faculté de Montpellier, des professeurs de l'École de médecine et des Facultés de Toulouse. Des discours ont été prononcés par MM. les docteurs Bouisson, Joly et Janod, qui ont été accueillis, le premier surtout, par de chaleureux applaudissements.

— Le docteur Charcot reprendra ses leçons sur les maladies du système nerveux, le mardi 21 mai, à 9 heures, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

Il paraîtra, à dater du mois de janvier 1873, à la librairie de G. Masson, un recueil publié sous la direction de M. le docteur G. Hayem, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et ayant pour titre : **Revue trimestrielle des sciences médicales en France et à l'étranger.**

Le but de cette publication est de présenter un résumé analytique et critique des principaux travaux qui se produisent tant en France qu'à l'étranger, soit dans les journaux, soit sous forme de brochures ou de volumes.

Le premier numéro devant contenir les derniers travaux de l'année 1872, on est prié de vouloir bien adresser dès maintenant tout ce qui peut intéresser la rédaction (journaux, livres, brochures), au nom de *M. le docteur Hayem, à la librairie de G. Masson.*

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 4 au 10 mai 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1.— Rougeole, 30. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 10. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 30. — Pneumonie, 55. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 191. — Affections chroniques, 310 (1). — Affections chirurgicales, 46. — Causes accidentelles, 22. — Total, 740.

---

(1) Sur ce chiffre de 310 décès, 159 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 23 mai 1872.

Les services médicaux de l'armée nouvelle.

(Troisième article.)

Organisation et fonctionnement. — Il est malheureusement hors de doute que le fléau de la guerre ne peut être encore, et ne sera pas de longtemps, écarté de l'avenir des sociétés européennes. Dans ces conditions, si l'on admet que, pour conserver son indépendance, la France doit posséder une armée permanente, il faut que l'on se pénètre aussi de plus en plus du principe suivant, presque banal à force d'être vrai : L'armée est faite pour la guerre, et la période de paix ne doit être regardée, au point de vue militaire, que comme une préparation à la guerre; l'armée doit être organisée de telle façon que les différents services destinés à former par leur réunion des unités tactiques, soient déjà groupés pendant la paix, afin que le passage sur le pied de guerre et la mobilisation soient aussi rapides que possible.

On avait, en France, singulièrement oublié ces principes, et, malgré l'exemple que nous offrait le peuple contre lequel nous devions fatalement nous heurter, nous conservions une organisation telle, que si nous avions des soldats nous ne possédions point une armée, du moins dans le sens moderne du mot.

Actuellement, on paraît décidé à sortir de cette situation, et le gouvernement, d'accord avec la commission de l'Assemblée, prépare une organisation de corps d'armée permanents répartis chacun sur une zone régionale déterminée. Le département de la guerre les voudrait au nombre de douze, afin de leur donner plus de consistance en les composant chacun de trois divisions d'infanterie; la commission parlementaire semble pencher pour le nombre de seize ; mais, quoi qu'il en soit, le principe est admis.

Chaque corps d'armée devra posséder d'une façon permanente ses régiments, ses batteries, son matériel de campagne. Il paraît logique de lui constituer aussi un corps médical permanent, doté d'un personnel suffisant pour assurer le service en temps de paix, et pour servir, en cas de guerre, de cadre aux éléments nouveaux qui lui seront fournis par l'appel des réserves.

Dès l'abord, nous nous trouvons en face d'une question qui ne doit même plus être discutée, celle de l'indépendance du corps de santé militaire. Jusqu'à présent, il y a eu dans l'armée des médecins; il n'y avait point, à proprement parler, de corps médical; car ce qui constitue un corps défini ce n'est point d'être réuni en groupe dans un Annuaire, mais de former un tout homogène fonctionnant d'une façon identique dans toutes ses parties, sous l'impulsion d'une autorité compétente. Or, les médecins de l'armée, disséminés dans les hôpitaux et les régiments, échappant complétement à l'autorité de leurs supérieurs, soumis, au contraire, d'une façon absolue au corps de l'intendance, et privés de toute responsabilité, ne pouvaient être que des *agents administratifs* d'un ordre inférieur. Toute initiative leur était refusée; ils n'avaient point le droit de donner même un conseil dans le domaine des faits où ils sont cependant seuls compétents, c'est-à-dire dans tout ce qui intéresse la santé du soldat. Depuis le membre du conseil de santé jusqu'au plus petit médecin de régiment, les médecins militaires n'avaient jamais qu'un rôle consultatif, et peu à peu on arrivait à les exclure de toutes les questions importantes, même de celles afférentes à l'hygiène des hôpitaux.

Cette situation et l'indifférence vraiment incompréhensible que manifestait la haute administration au sujet des services sanitaires de l'armée ont amené les résultats que chacun sait, que nous avons tous pu apprécier et que de nombreux travaux ont mis en lumière. Nous n'y reviendrons point; nos lecteurs ont tous évidemment suivi avec intérêt les discussions qui se sont succédé depuis quelques années. La dernière guerre,

FEUILLETON.

Exercice de la médecine et de la pharmacie : Question médico-légale.

Dans un département du midi de la France, un grand établissement industriel occupe un nombre très-considérable d'ouvriers, auxquels elle assure les soins médicaux et fournit gratis les médicaments. Comme cet établissement a son siége dans une localité dépourvue de pharmacie, il est obligé de s'approvisionner de médicaments dans une officine des environs, à laquelle il paye de ce chef, non par abonnement, mais sur facture, une somme qui s'élève par année à plus de *dix mille* francs.

Dans cette situation, un délégué de la Compagnie nous écrit pour nous poser les deux questions suivantes :

« 1° La Compagnie aurait-elle le droit d'acheter en gros aux droguistes de Paris, comme le font les pharmaciens, les produits dont elle a besoin, étant bien entendu que les médicaments continueraient à être délivrés aux malades sans la moindre rétribution de leur part, sous la surveillance et la responsabilité d'un médecin ?

» 2° L'élève en pharmacie, que le médecin pourrait s'adjoindre comme aide, pourrait-il faire compter comme un stage régulier le temps passé avec le médecin? »

La première question est moins simple qu'elle ne le paraît tout d'abord; et il importe d'autant plus, avant de prendre un parti, de se rendre un compte exact des dispositions de la loi, que, en cas de difficultés judiciaires, on ne manquerait pas de faire remarquer que l'expédient de la Compagnie n'a pas pour but de l'exonérer de charges exceptionnelles, mais plutôt de la soustraire aux charges communes. En effet, s'il existait une officine ouverte dans la localité où elle a son siége, comme il n'y aurait plus lieu à invoquer le bénéfice de l'article 27 de la loi de l'an XI, et que le médecin de la localité lui-même n'aurait plus qualité pour aucune ingérence pharmaceutique,

en montrant une fois de plus les immenses dangers de l'organisation actuelle, a porté le dernier coup à cet échafaudage élevé par la routine; le pays ne consentira plus, alors surtout que ses enfants seront tous soldats, à les laisser périr pour le maintien d'institutions qui n'ont d'autre mérite que celui d'être anciennes.

Les grandes armées étrangères ont toutes transformé leurs services sanitaires en prenant pour base la *responsabilité* et l'*indépendance* du corps médical; nous ne pouvons pas tarder plus longtemps à les imiter. La commission parlementaire de la réorganisation de l'armée paraît décidée à trancher la question en faveur du progrès : le procès est donc moralement gagné.

Dans cette courte étude, nous ne pouvons étudier en détail toutes les questions que soulève l'organisation des services médicaux militaires; nous chercherons simplement à tracer brièvement les principes qui doivent servir de bases à ceux qui, plus compétents que nous, seront chargés de cette mission.

En premier lieu, que faut-il entendre par indépendance du corps de santé militaire? A notre point de vue, les médecins doivent être indépendants en ce qui a trait à l'organisation des services sanitaires; ils ne pourront en pareille matière recevoir d'ordres et de direction que de leurs chefs médicaux, et seront responsables de la bonne exécution des services de secours. D'un autre côté, ils demeureront absolument soumis au commandement, en tout ce qui touche à l'exécution des règlements militaires, et prendront à ce sujet les ordres des officiers généraux; mais il importe que ces officiers ne délèguent point leurs pouvoirs à un corps particulier, à l'intendance par exemple. Le soldat mérite bien que ceux qui ont l'honneur de le conduire devant l'ennemi aient aussi mission de s'enquérir de ses besoins, de s'assurer que malade ou blessé, il reçoit les secours auxquels il a droit. C'est là un devoir que les vrais généraux veulent remplir eux-mêmes, et non par procuration; quelque nombreuses que soient les préoccupations d'un général commandant une division ou un corps d'armée, il doit trouver le temps de s'entendre avec le médecin en chef, de lui donner ses instructions et de prendre ses avis. Disons-le hautement et sans vouloir faire de récriminations : Si le corps de l'intendance, composé d'hommes distingués, aussi probes que laborieux, a pu, dans l'armée française, acquérir une situation telle que dans beaucoup de cas il domine même le commandement, la faute en est au commandement lui-même. Trop souvent les officiers généraux, peu au courant de l'administration des armées, se sont laissé enlever l'une après l'autre un grand nombre des attributions qui leur incombent. Nous devons espérer que, dans la nouvelle armée, ces faits ne se reproduiront plus.

Le corps de santé militaire ferait une faute considérable en cherchant à revendiquer dans les hôpitaux et les ambulances la responsabilité du service administratif. Les Américains ont commis cette erreur, et quoique, à tout prendre, ils s'en soient mieux tirés que d'autres, ce n'est pas un exemple à imiter : le médecin doit être médecin et rien de plus. A côté du corps médical, il importe d'organiser un corps d'agents administratifs comptables ou commissaires chargés d'assurer le service du matériel et des vivres. En campagne, il faut encore compter avec les nécessités du transport, service qui rentre dans les attributions du train; dans toutes ces branches du service de secours, on doit faire appel à des fonctionnaires compétents, mais comme il faut bien que quelqu'un commande, il semble logique de donner la direction du service au personnage le plus important. Or, dans une ambulance ou un hôpital, le médecin est l'élément primordial, indispensable; c'est donc lui qui doit exercer le commandement.

Le corps d'armée formant la base du nouveau système militaire, on peut étudier ses besoins médicaux pour en déduire ceux de l'armée tout entière.

Dans chaque corps d'armée, le général en chef doit avoir auprès de lui un fonctionnaire médical d'un rang assez élevé pour que son autorité de médecin en chef soit acceptée de tous. Il aura vis-à-vis du commandement la responsabilité de tout le service de secours, et pour y arriver réunira sous ses ordres tout le personnel médical du corps d'armée; il le répartira, suivant les besoins et les aptitudes individuelles, dans les régiments, les camps et les hôpitaux. En temps de guerre, ce personnel formera les ambulances divisionnaires ou celles de réserve. Ces ambulances devront, même en temps de paix, être constituées en matériel; leur personnel sera désigné à l'avance, afin que, au moment de la mobilisation, chacun puisse rejoindre son poste sans perte de temps. Lors des grandes manœuvres du corps d'armée, les ambulances pourront être mises en mouvement et suivre la marche des troupes; leur personnel sera de la sorte mis au courant du service et prêt à fonctionner pour toutes les éventualités.

---

la Compagnie achèterait ses médicaments dans cette officine, où elle les payerait sans doute au même prix que dans celle du bourg voisin, et elle n'y gagnerait que ses frais actuels de déplacement. Conséquemment, par la combinaison qu'elle a en vue, elle tournerait en avantage direct une condition onéreuse partout ailleurs, puisque dans les bourgs, villages ou communes dépourvus de pharmacies, c'est le médecin qui doit fournir aux malades les médicaments, et qui les leur fournit naturellement, ou du moins est autorisé à les leur fournir, au prix de pharmacie. La Compagnie, en un mot, attirerait à elle un bénéfice que la loi réserve de fait au médecin du lieu.

Mais cette considération n'entame en rien le droit de la Compagnie, s'il existe; elle laisse entière également la convenance d'en user, puisque son médecin paraît consentir à lui servir simplement d'intermédiaire désintéressé. Voyons donc la question de droit.

Toute personne peut emmagasiner chez elle des médicaments à la condition de ne pas « les mettre en vente » et de ne pas les « débiter »; mais tout le monde ne peut se procurer, sans aucune formalité, *toute espèce de médicament :* par exemple, des substances dites vénéneuses, dont la vente est régie par une ordonnance royale du 29 octobre 1846. Si ces substances sont achetées pour en faire commerce, une déclaration préalable doit être faite à la mairie; il en est de même si elles sont destinées à un emploi industriel; enfin, si elles doivent être *à l'usage de la médecine*, elles ne peuvent être délivrées que par les pharmaciens. Or, parmi ces substances, figurent les médicaments les plus usuels comme les plus efficaces : le chloroforme, la cantharide, l'opium, la belladone, l'arsenic, le seigle ergoté, etc. Sans doute ces prescriptions légales sont fréquemment éludées, et l'on monte tous les jours des pharmacies de famille, des phamacies de campagne, des pharmacies de château, des pharmacies de couvent, sans la moindre déclaration légale ou autre formalité. Mais, outre que la contravention ne conviendrait pas sans doute à la Compagnie, elle serait particulièrement scabreuse dans la circonstance, en raison de

Ici se présente une question qu'il importe de trancher, celle de la division encore existante des médecins militaires en médecins de régiments et médecins d'hôpitaux. Ces derniers peuvent seuls arriver aux grades supérieurs de la hiérarchie; il est vrai qu'ils ont justifié, dans un concours, de connaissances spéciales. Ce système offre quelques avantages, car il fait du savoir la condition de l'avancement, mais il a pour résultat d'éloigner du travail tous ceux que les circonstances ou l'absence d'ambition retiennent dans les régiments; ceux-ci n'ayant d'autre attribution que de soigner dans les infirmeries les affections les plus légères ou de signer des billets d'entrée aux hôpitaux, perdent peu à peu l'habitude du malade, trop souvent le goût de l'étude et, au moment de la guerre, ne sont peut-être pas toujours à la hauteur des circonstances.

Il est désirable que ces différences entre les membres d'un même corps ne subsistent plus dans l'armée nouvelle. Pour maintenir et élever le niveau scientifique, il est indispensable d'exiger des épreuves scientifiques de tous les médecins militaires, en faisant du concours la condition indispensable de l'avancement au moins jusqu'au grade de médecin principal. Sans doute l'expérience et l'ancienneté ont leur valeur, mais en France on l'exagère un peu. L'intérêt de l'armée exige que les officiers n'arrivent à un emploi supérieur que s'ils ont prouvé qu'ils sont aptes à le remplir, et pour les médecins militaires le fait doit être admis plus encore que dans tous les autres services. C'est là une donnée dont nous ne pouvons chercher ici l'application pratique, mais elle sera facile à trouver pour peu que l'on aborde le problème avec la ferme volonté de le résoudre.

Le corps médical militaire pourra donc être divisé en autant de groupes qu'il y aura de corps d'armée, — douze, si l'on veut, — formant avec les comptables et les infirmiers le service sanitaire du corps d'armée. Il serait fractionnable en autant de sections qu'il doit exister d'ambulances, chacune d'elles se trouvant placée sous les ordres d'un médecin en chef, responsable pour la partie militaire vis-à-vis du général divisionnaire et dépendant, pour la partie technique, du médecin en chef du corps d'armée. Les médecins feront alternativement le service des corps et celui des hôpitaux, mais de telle façon qu'ils ne perdent jamais l'habitude du malade. En Prusse, les médecins de corps soignent leurs propres hommes dans des hôpitaux régimentaires ou dans des salles spéciales pour chaque régiment. Ce système offre des inconvénients, mais on pourrait arriver chez nous à un résultat analogue en confiant aux médecins militaires seuls le service des salles militaires dans les hôpitaux civils. Un décret récent vient de constituer une commission mixte destinée à étudier la question du traitement des militaires dans les hôpitaux civils; nous désirons vivement qu'elle adopte cette mesure, que réclament depuis longtemps nos confrères de l'armée (1).

Le personnel des infirmiers militaires répond à peu près aux besoins; il devra seulement être considérablement augmenté, au moins pour le temps de guerre. On a tout avantage à conserver sa division en infirmiers ordinaires, dits d'*exploitation*, et en *infirmiers de visite*. Ces derniers, destinés à servir d'aides aux médecins, reçoivent une instruction technique et sont exercés à la pratique de la petite chirurgie; ils rendent de grands services. Il importe de les relever encore en leur assurant de nombreuses places de sous-officiers, en cherchant à les retenir par quelques avantages matériels et moraux. En temps de guerre, leur nombre pourrait s'accroître de celui des étudiants en médecine trop peu avancés dans leurs études pour être admis comme médecins. Ces jeunes gens ne sauraient être blessés de servir dans un grade inférieur : dans l'armée prussienne, les docteurs pourvus du double diplôme universitaire et de *pratique* débutent dans l'armée comme *Unterarzt*, assimilé au *Feldwebel* (sergent-major); les fils des plus orgueilleuses familles de la noblesse sortent des écoles militaires avec le même grade sous le titre de *Faehnrich*. Nous ne voyons pas pourquoi nos jeunes Français seraient plus difficiles. Souvenons-nous du reste que lorsqu'on sert son pays, il est aussi honorable de faire son devoir sous la capote du soldat que sous l'uniforme de l'officier.

L'expérience des guerres récentes, la nécessité de prati-

(1) Cette Commission, constituée par décret du 29 février 1872, sur le rapport de M. Lefranc, ministre de l'intérieur, et de M. de Cissey, ministre de la guerre, est composée ainsi qu'il suit :

Pour l'administration militaire :

MM. Blondeau, intendant général; Blaisot, intendant militaire; baron Larrey, médecin inspecteur, président du Conseil de santé; Poggiale, pharmacien inspecteur, membre du Conseil de santé; Le Grand (Louis), chef du bureau des hôpitaux, au ministère de la guerre, secrétaire.

Pour l'administration civile :

MM. Wion d'Ouzy, chef de la division communale et hospitalière au ministère de l'intérieur; Bucquet (Paul), inspecteur général de 1re classe des établissements de bienfaisance; Claveau, inspecteur général de 1re classe des établissements de bienfaisance; le docteur Barth, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine; Chevalier (Alexis), chef du bureau des hospices au ministère de l'intérieur.

La présidence de la Commission est confiée à M. l'intendant général Blondeau.

---

la grande échelle sur laquelle l'œuvre de bienfaisance paraît avoir été établie.

Voilà donc une première difficulté inhérente à la seule acquisition des médicaments. En voici une seconde inhérente à leur débit. L'établissement, devenu fournisseur de substances médicamenteuses, se trouverait dans la position des droguistes, qui, avec les épiciers, ne peuvent livrer aucune composition ou préparation pharmaceutique, aucun médicament au poids médicinal, sous peine de 500 fr. d'amende. Il ne serait aucunement couvert par les ordonnances du médecin, les pharmaciens seuls ayant le droit d'exécuter ces ordonnances; il ne le serait pas davantage par la remise gratuite des médicaments, le délit étant constitué par le fait de la distribution et non par le bénéfice qu'on en peut tirer, ainsi qu'il a été souvent jugé par les tribunaux.

Nous ne conseillons donc pas à la Compagnie de donner suite à son projet dans les termes où on nous le fait connaître. Elle n'a qu'un moyen d'alléger la lourde charge que lui imposent ses sentiments d'humanité; c'est de se placer absolument dans le droit commun, en s'en remettant de tout au médecin. Que le médecin possède les médicaments (sans les mettre publiquement en vente); que le médecin fasse les prescriptions; que le médecin les exécute; que le médecin enfin les distribue. Autant que nous en pouvons juger, la tâche lui serait bien lourde, et c'est vraisemblablement pour ce motif qu'il n'en a pas été chargé jusqu'à présent; mais il peut prendre un aide; et ceci nous mène à la seconde question.

Cette seconde question peut être jugée d'un mot. Non, un élève en pharmacie que s'adjoindrait le médecin ne pourrait faire compter le temps passé avec celui-ci comme un stage régulier. Aux termes de la loi de ventôse, le stage ne peut être fait que dans les pharmacies légalement établies, et il est obligatoire. Même la prise d'inscriptions dans une École de pharmacie n'en dispense pas; elle en réduit seulement la durée. Le stage n'est plus que de trois années au lieu de huit pour les élèves qui ont suivi pendant trois ans les cours d'une École.

A. D.

quer des opérations immédiates, démontrent combien il est essentiel d'enlever rapidement les blessés du champ de bataille et de leur porter des secours sans tarder. Dans l'armée française, ce service est toujours fort mal exécuté. Pour l'assurer, il faut non-seulement multiplier les moyens de transport, mais aussi constituer un personnel de brancardiers allant ramasser les blessés sur la ligne même du combat. Dans l'armée allemande, chaque régiment possède un certain nombre d'hommes qui, sans quitter leurs compagnies sont, pendant la paix, exercés à ce service ; au moment de la guerre ils prennent le brassard et, munis chacun d'un demi-brancard, suivent immédiatement leurs bataillons respectifs. En France on a proposé de créer des compagnies spéciales de brancardiers, ce qui ne revient pas tout à fait au même, car il y a avantage à faire relever les blessés par des hommes de leur compagnie qui auront pour un camarade plus de sollicitude que pour un étranger. Les brancardiers n'existeraient que virtuellement pendant la paix, recevraient des médecins de corps une petite instruction pratique, et, au moment de la guerre, passeraient entièrement sous leurs ordres.

La nécessité d'assurer des secours rapides fait également désirer que le nombre des médecins de régiment soit notablement augmenté en temps de guerre, afin de constituer une petite ambulance régimentaire, munie de voitures légères et accompagnée de quelques infirmiers de visite et des brancardiers (1). Ce personnel fonctionnerait immédiatement derrière la ligne des combattants. On dit que les médecins ne doivent point s'exposer, que leur existence est précieuse à tous, c'est là un principe essentiellement faux et qui pourrait avoir de déplorables conséquences. Les Allemands envoient leurs médecins sur la ligne de feu et leurs pertes sont loin d'être excessives, car sur les 2154 médecins prussiens qui sont entrés en France, 11 seulement sont morts à la suite de blessures (2). Le danger ne doit point entrer en ligne de compte, et il y a moins d'inconvénients à sacrifier quelques médecins qu'à exposer les blessés à ne recevoir que des secours tardifs.

Le groupement des médecins par corps d'armée ne pourrait, sans contredit, suffire à toutes les exigences. Les écoles, les hôpitaux thermaux, les missions et services détachés nécessiteraient peut-être la création d'emplois spéciaux. De même, en temps de guerre, il importerait de constituer le personnel des hôpitaux territoriaux laissés vacants par le départ des médecins du service actif, des hôpitaux de nouvelle création, d'assurer le service des lignes d'étapes et celui des évacuations ; on pourrait confier beaucoup de ces emplois aux médecins de la réserve et à d'anciens médecins militaires qui, en prenant leur retraite, consentiraient à figurer avec leurs grades dans un cadre spécial où l'on ne puiserait qu'en cas de guerre.

Nous n'avons point la prétention d'avoir, dans une aussi courte étude, abordé toutes les questions que soulève l'organisation du service médical de l'armée, nous avons voulu poser certains principes, émettre quelques idées, que d'autres pourront appliquer et développer. Ces principes peuvent se résumer brièvement :

1° Constitution du corps des médecins militaires sous le titre de *Corps de santé militaire* ; indépendance absolue de ce corps en tant que service professionnel largement compris, subordination au commandement pour les questions purement militaires.

2° Direction donnée aux médecins sur le service des corps annexes, tels que agents administratifs, train des ambulances, infirmeries, etc.

3° Répartition des médecins dans les corps d'armée et créations d'ambulances organisées, dont le médecin en chef garde le commandement.

4° Augmentation du nombre des infirmiers et création des brancardiers dans les corps de troupes.

5° Unification du corps médical militaire, et perfectionnement constant par l'application du principe du concours dans l'avancement.

(1) Les services sanitaires d'un régiment prussien à trois bataillons sont composés ainsi qu'il suit, indépendamment des ambulances qui, proportionnellement, sont aussi richement dotées : 6 médecins, 12 aides de santé, 48 brancardiers, 3 voitures d'ambulance régimentaire, 18 brancards. (Voy. *Étude sur le service de santé de l'armée prussienne*, in *Revue militaire de l'Étranger*, nos 14 et 15, Paris, 1872. Voy. aussi *Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance*, par William Mac Cormac, traduit par le docteur Morache, page XVII (introduction). Paris, 1872.)

(2) Tableau du personnel médico-militaire de l'armée prussienne opérant en France (indépendamment des Bavarois, Saxons ou autres alliés) :

		Décorés de la croix de fer.	Morts de blessures.	Morts de maladies.
Médecins de l'armée active..	876	579 (660 p. 100)	»	»
Médecins de la réserve.....	289	81 (280 p. 100)	»	»
Médecins de la landwehr....	951	385 (494 p. 100)	»	»
Médecins de la marine.....	29	?	»	»
Médecins de la seewehr....	9	?	»	»
	2154		11	35 sur lesquels 15 par typhus, 6 par dysentérie.

(Extrait du *Deutsche militärztliche Zeitschrift*, 1872, p. 16, et du *Militär Wochenblatt, die Statistick des eisernen Kreuzes.*)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

RECHERCHES SUR LES FERMENTATIONS DU PUS DANS L'ORGANISME, par Ed. MATHIEU, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Dans un article précédent (*Gaz. hebd.*, 14 juillet 1871, voy. la description de l'appareil, *Arch. de physiol.*, t. IV, p. 8), nous avons donné les résultats d'un certain nombre d'analyses des gaz du pus par la machine pneumatique à mercure. Ces analyses indiquaient, mêlés aux produits de la suppuration, de l'*hydrogène pur*, de l'azote et de l'acide carbonique. Que l'analyse fût faite immédiatement ou retardée de quelques heures, que le pus fût recueilli à l'abri de l'air ou laissé à son contact, les résultats étaient identiques, à part quelques différences de degré.

La présence d'une quantité appréciable d'hydrogène libre, et l'absence complète d'oxygène dans un liquide de l'organisme ne pouvaient se concilier qu'en admettant un travail de *fermentation* caractérisé par la décomposition de la substance purulente, l'absorption de l'oxygène élémentaire, la formation d'acide carbonique et de composés ammoniacaux que l'on obtient en quantité considérable, enfin le dégagement de l'hydrogène en excès. L'hypothèse d'une fermentation était d'autant plus acceptable que le même pus, privé de ses gaz par le vide et la chaleur, contenait une nouvelle quantité d'hydrogène après un jour ou deux de conservation dans le vide de l'appareil.

Dans cette première série de recherches, de l'hydrogène avait été rencontré d'une manière constante dans le pus, quel que fût l'origine et la nature du foyer purulent d'où il avait été extrait. Mais il est à remarquer que l'infection purulente régnait épidémiquement à l'époque où ces recherches furent

entreprises. Depuis, de nouvelles expériences, pratiquées dans des conditions toutes différentes de milieu, prouvent que le même gaz ne se trouve pas invariablement parmi les produits de la suppuration.

Les chiffres suivants établissent, en effet, que le pus peut renfermer de l'*oxygène*, de l'azote et de l'acide carbonique, comme les autres liquides de l'organisme, et, dans ce cas, il ne contient pas d'hydrogène libre.

Proportions de gaz contenus dans 100cc de pus.

Abcès froid de la paroi thoracique.	Pus phlegmoneux mêlé de sang.	Adénite cervicale suppurée.
O = 2,57	O = 5,66	O = 3,54
Az = 3,70	Az = 1,52	Az = 2,36
CO^2 = 32,35	CO^2 = 52,64	CO^2 = 27,27

Pus d'un psoïtis		
Recueilli à l'abri de l'air.	Conservé à l'air (réaction acide).	Après la mort non précédée de frissons.
O = 1,76	O = 0,66	O = 0,70
Az = 2,94	Az = 1,88	Az = 1,90
CO^2 = 31,76	CO^2 = 45,26	CO^2 = 53,40

Abcès par congestion.		
Pus recueilli à l'abri de l'air.	Après la mort, précédée d'accès fébriles.	Phlegmon de la cuisse, consécutif à une fracture ancienne par armes à feu (supp. acide).
O = 1,79	H = 9,28	O = 0,00
Az = 1,20	Az = 1,86	Az = 2,00
CO^2 = 39,41	CO^2 = 89,28	CO^2 = 109,33

Ces analyses démontrent que l'oxygène peut se rencontrer dans le pus à l'exclusion de l'hydrogène. Les analyses publiées au mois de juillet dernier indiquaient, au contraire, une proportion notable de gaz inflammable et absence complète d'oxygène. Cette circonstance s'est reproduite dans une des analyses du tableau précédent.

On peut donc admettre deux variétés de pus : l'une, hydrogénée, contenant beaucoup d'acide carbonique; l'autre, plus ou moins oxygénée et peu chargée de gaz acide. Mais là ne se bornent pas les différences. Du pus hydrogéné, privé de l'hydrogène qu'il contient, en donne une nouvelle quantité après quelques jours de conservation dans le vide; tandis que le pus primitivement sans oxygène ne dégage que de l'acide carbonique après le même temps et le même mode de conservation. De plus, l'un distille une eau fétide et ammoniacale qui passe avec les gaz, l'autre, le plus souvent, ne donne rien de semblable. Enfin, le premier est franchement alcalin, le second est généralement neutre ou acide. Cet ensemble de caractères peut servir à différencier les deux produits, sans avoir recours à des analyses quantitatives. Cependant le pus phlegmoneux fait souvent exception; il peut être alcalin et exhaler une mauvaise odeur, sans qu'il contienne nécessairement de l'hydrogène libre.

La présence du gaz hydrogène dans le pus implique l'idée d'une fermentation ou, en d'autres termes, d'un phénomène d'oxydation opéré aux dépens d'une partie des substances organiques qui le constituent. Les diverses variétés de pus, cependant, sont susceptibles d'absorber l'oxygène de l'air, il est facile de s'en assurer par le procédé de d'Arcet (*Rech. sur les abcès multiples*, 1842, p. 21), en mettant du pus au contact d'une atmosphère limitée et en dosant la quantité d'oxygène restant après un temps déterminé. Mais l'affinité des deux pus pour l'oxygène est fort inégale; l'un ne paraît fixer que l'oxygène à l'état libre, l'autre est tellement avide de ce gaz qu'il s'assimile l'oxygène combiné et, au milieu de l'organisme, se décompose partiellement pour en trouver. Ce dernier possède donc une propriété particulière, et il y a lieu d'examiner dans quelles conditions il l'acquiert.

La distinction entre les abcès chauds et les abcès froids est fort ancienne; récemment M. Verneuil l'a invoquée pour différencier le pus toxique d'un autre produit de suppuration qui ne le serait pas. C'est dans un cas chronique que j'ai rencontré, pour la première fois, du pus sans hydrogène, c'est-à-dire non fermenté. Ce pus avait été retiré d'un abcès indolent de la paroi thoracique, datant de plusieurs mois, emprunté au service de mon collègue Spillmann. On pouvait penser, en présence de ce résultat, que la différence de composition, accusée par l'analyse des gaz, tenait à l'absence d'état inflammatoire antérieur. Mais d'autres faits sont venus infirmer cette hypothèse. Du pus retiré d'un psoïtis, du pus phlegmoneux franc, peuvent ne pas contenir d'hydrogène et présenter de l'oxygène. Du pus provenant d'adénites suppurées, qui, à une certaine époque, renfermait de l'hydrogène, n'en contenait plus dans une seconde série de recherches. La provenance, par conséquent, ne peut pas servir de moyen de distinction certaine entre le pus en fermentation putride et celui qui ne l'est pas.

On a déjà remarqué que l'infection purulente existait dans les salles de blessés, sous forme épidémique, au moment où l'analyse des gaz indiquait invariablement de l'hydrogène. Ce produit de dissociation se rencontrait, non-seulement dans la suppuration des pyohémiques, mais dans celle des sujets atteints d'affections relativement bénignes, d'adénites suppurées par exemple. La proportion d'hydrogène, dans ces cas, était plus élevée, lorsque le porteur avait fait un plus long séjour dans les salles de chirurgie; mais elle atteignait son maximum chez les sujets septicémiques. Dans la série d'analyses relatées au commmencement de ce travail, le fait inverse s'observe : les gaz du pus n'indiquent plus une décomposition de ce liquide; mais l'infection purulente avait disparu en même temps. Cette relation entre l'altération locale du pus et les accidents généraux de la pyohémie nous a paru d'autant plus remarquable qu'il nous a été donné de l'observer dans la circonstance suivante.

Chez un malade présentant un abcès par congestion, consécutif à une carie vertébrale de nature tuberculeuse, l'analyse des gaz du pus a été faite avant et après la mort. Lors des premières explorations, le pus était oxygéné et ne contenait pas traces d'hydrogène libre, l'état général du malade était assez satisfaisant. Mais, des ouvertures fistuleuses s'étant établies, le pus peu à peu a contracté de la fétidité, la suppuration s'est tarie et le malade est mort après avoir présenté des accidents fébriles sous forme d'accès nettement définis. A l'autopsie, le pus recueilli dans les anfractuosités du foyer présentait une proportion assez notable de gaz inflammable, indiquant une altération prononcée de la matière purulente. La contre-partie de cette observation est donnée par l'analyse des gaz du pus, avant et après la mort, chez un sujet atteint de psoïtis qui a succombé dans un état d'épuisement complet, sans avoir éprouvé de frissons. Le pus de ce psoïtis a été constamment privé de gaz hydrogène. La coïncidence entre le symptôme fièvre et une certaine modification du pus mérite d'être notée.

L'observation précédente conduit à une autre remarque : Le pus d'un abcès peut ne pas renfermer d'hydrogène pendant une première période et en contenir pendant une seconde, lorsque l'air extérieur communique plus ou moins librement avec le foyer en suppuration. Il semble par conséquent que la propriété de se décomposer et de dégager de l'hydrogène soit une qualité nouvelle, acquise par le pus, et empruntée à l'atmosphère. Il y aurait à rechercher ce qui communique à la matière purulente la propriété d'entrer en fermentation et de mettre en liberté des produits de désagrégation.

On invoque volontiers, depuis les expériences de M. Pasteur, l'intervention des germes atmosphériques pour expliquer les phénomènes de fermentation. Il n'est pas rare de constater leur présence dans le pus. Sous forme de bactéridies ou de granulations de diamètre variable, dont certaines au moins peuvent être rangées dans la catégorie des spores. Mais je ne veux pas aborder cette question qui demanderait des recherches suivies, je désire seulement établir que la fermentation purulente dont j'ai esquissé les traits principaux et l'oxy-

dation du pus à l'air libre sont deux phénomènes très-différents, qu'il n'est pas possible de confondre.

Exposé à l'air, le pus s'oxyde, il absorbe de l'oxygène et rend de l'acide carbonique. Dans une première série de recherches sur le pus, il a été donné des preuves directes de ce fait que confirment encore les chiffres suivants:

Composition d'une atmosphère limitée, laissée deux heures en contact de 5cc de pus, à une température de 40°.

A. Pus sans mélange.	Le même mêlé d'eau āā.	Le même souillé de poussières purulentes, 0,05
O = 18,49	O = 18,45	O = 17,14
Az = 79,00	Az = 79,00	Az = 79,00
Oxygène absorbé = 2cc,51	= 2cc,55	= 3cc,86

B. Pus sans mélange.	Le même mêlé d'alcool.	Le même souillé de poussières purulentes, 0,10.
O = 19,13	O = 18,05	O = 17,94
Az = 79,00	Az = 79,00	Az = 79,00
Oxygène absorbé = 1cc87,	= 2cc,95	= 3cc,06

Par conséquent, le pus abandonné à l'air s'oxyde d'une manière incessante. Les produits de cette oxydation sont des composés acides, facilement reconnaissables, qui se développent en même temps qu'une certaine quantité d'acide carbonique. Cette combustion lente communique au pus une odeur de farine aigrie, mais elle ne paraît pas aboutir, dans l'atmosphère d'un laboratoire, à une transformation mettant en liberté de l'hydrogène; jusqu'à présent au moins je n'ai pu obtenir ce résultat. L'altération acide du pus peut se rencontrer chez l'homme, sans que le porteur en paraisse affecté; la dernière analyse du premier tableau en est un spécimen. Dans ces cas l'oxygène fait à peu près défaut, le pus ne renferme que de l'acide carbonique en forte proportion.

Ces détails montrent qu'il n'y a aucun rapport entre l'oxydation simple du pus et l'oxydation accompagnée d'un dégagement d'hydrogène. Comme caractère différentiel également important, le pus devenu acide par exposition à l'air arrête la fermentation proprement dite de la matière purulente. Enfin, d'après le tableau précédent, le mélange d'alcool augmenterait la propriété du pus d'absorber l'oxygène libre, tandis qu'en introduisant de l'alcool sur du pus dégageant de l'hydrogène, ce dégagement cesse de se produire. Les deux altérations pour être connexes sont donc fort différentes; et, si l'oxydation simple du pus est due à un ferment, ce qui est possible (Andral et Gavarret, *Recherches sur le développement du* Penicillum glaucum *sous l'influence de l'acidification dans les liqueurs albumineuses* (*Annales de chimie et physique*, 1843, 3e série, t. VIII, p. 385), on ne saurait confondre deux fermentations qui sont, l'une acide, l'autre alcaline.

L'action du pus hydrogéné frais ou desséché sur du pus normal, neutre ou alcalin, mérite aussi d'être signalée; dans ce cas l'altération de l'un se communique à l'autre. On peut le constater à l'aide de la machine pneumatique à mercure, en ajoutant à du pus récent ne renfermant pas d'hydrogène, et dont on a extrait tous les gaz, du pus ou des poussières de pus fermenté. Une température un peu élevée favorise la réaction. Le pus des septicémiques agit d'une manière analogue sur le sang. A défaut de pus alcalin, comme milieu fermentescible, ce serait là un moyen de vérifier la nature d'une suppuration suspecte trop peu abondante pour être analysée. Une observation de ce genre a été faite sur un sujet mort d'infection purulente dans les salles de clinique de M. Servier : des abcès métastatiques miliaires existaient dans les poumons en même temps qu'une lésion cervicale, point de départ des accidents. Malgré la multiplicité des foyers purulents, il me fut impossible de recueillir autre chose que du sang et quelques gouttes de matière purulente concrète. Ce mélange, composé en grande partie de liquide sanguin, soumis à une première analyse, n'a pas donné de gaz hydrogène; mais, abandonné pendant cinq jours dans le vide, de nouveaux gaz se sont produits, et parmi ceux-ci une quantité très-appréciable d'hydrogène. La température moyenne pendant la durée de l'expérience était de 8 degrés environ.

Chacun de ces faits tend à établir que la fermentation du pus, caractérisée par un dégagement de gaz inflammable, est un phénomène spécial. Il reste à vérifier si cette fermentation communique au pus des propriétés toxiques. La coïncidence de l'infection purulente et de cette décomposition spontanée tendrait à le faire admettre; quelques expériences d'injections sous-cutanées trop peu nombreuses pour entraîner la conviction, prononcent dans ce sens. Enfin, la discussion récemment soulevée à l'Académie de médecine ne s'oppose pas à une telle conclusion; mais ce sera l'objet de recherches ultérieures.

On peut remarquer l'analogie singulière qui existe entre les fermentations du pus et celles du lait. Les éléments du lait sont le point de départ de deux fermentations: la fermentation lactique ou acide proprement dite et la fermentatien butyrique; celle-ci caractérisée par la formation de butyrates et l'élimination, par parties égales, d'une certaine quantité d'acide carbonique et d'hydrogène libre. Le pus présente deux altérations similaires; la modification qui se rencontre dans la suppuration des pyohémiques correspondant à la fermentation butyrique. Ce rapprochement ou plutôt cette généralisation appartient à un chimiste de l'école centrale, M. Urbain, qui a déterminé dans le vide la fermentation butyrique du lait en y ajoutant des détritus de pus septique. Mais l'identité entre les deux fermentations nauséeuses ne doit pas être absolue, car la fermentation butyrique ou hydrogénée du pus, lorsqu'elle se produit dans l'organisme, est accompagnée d'une décomposition des substances azotées, se traduisant par des composés ammoniacaux et l'alcalinité de la liqueur.

Pathologie interne.

Névropathie cérébro-cardiaque, par le docteur M. Krishaber.

(Suite. — Voyez le numéro 20.)

Obs. II. M. ***, colonel dans l'armée anglaise, chef de police à M.... (Indes orientales), âgé de quarante-trois ans, ne présente dans sa famille aucun antécédent névropathique, mais son père est mort de ramollissement cérébral, à l'âge de cinquante-six ans.

Pendant son adolescence, M. *** avait eu des cauchemars très-pénibles, qui se terminaient par de véritables attaques de catalepsie de très-courte duré. A la même époque, il avait, de temps en temps, une conception bizarre qui consistait *à se croire double*.

Douze ans avant le début de la maladie que nous allons décrire, M. *** en avait ressenti quelques légères et passagères atteintes. C'était une sensation de rêve et de vague dans les idées, qu'il attribue à des pertes séminales nocturnes. Cette sensation s'est rapidement dissipée, et cela en même temps que la cause qui l'avait provoquée, sous l'influence d'un traitement hydrothérapique suivi à Nilghery-Hills (établissement situé à 7000 pieds au-dessus du niveau de la mer).

M. *** a toujours eu des habitudes de tempérance et n'a jamais commis d'excès d'aucun genre, à l'exception de travaux intellectuels exagérés et longtemps continués. Pour pouvoir veiller, il combattait le sommeil par du thé et du café, mais après quelque temps, il ressentit un grand affaissement physique.

Indépendamment de ces travaux de cabinet, ses fonctions lui imposaient des fatigues matérielles considérables; il visitait ses postes à cheval, à toute heure de jour et de nuit, la contrée de M..... exigeant une surveillance très-active.

A la même époque, de violents chagrins vinrent, selon toute apparence, contribuer au développement de la maladie.

C'est dans ces conditions que M. *** fut pris un jour, en sortant de table, d'une douleur « spasmodique » à la région du cœur, avec tremblement général et sensation violente de *strangulation*. Il se sentait extrêmement *nerveux*, et pouvait à peine retenir ses larmes. Pendant la journée, il recherchait la solitude : d'heure en heure, le malaise augmentait. Il semblait au malade que quelque chose « tendait à l'en-

velopper » tout entier et à s'interposer comme un obstacle entre lui et le monde extérieur, en lui donnant le sentiment de *profond isolement :* « I felt as if I was almost entirely separated from the world and as if there was some barrier between me and it. »

Lorsqu'il parlait, sa *voix* lui semblait étrange, il ne la reconnaissait pas et ne la croyait pas sienne. Lorsqu'on lui parlait, il se sentait *étourdi* comme si plusieurs personnes parlaient à la fois, et il lui était impossible de fixer son attention sur ce qu'on lui disait. A ces impressions s'en ajoutait une autre : il concevait des *doutes sur son existence,* il lui semblait qu'il n'était pas lui-même, et pouvait à peine croire à l'identité de sa propre personne. Par moment, il était même *sûr* qu'il n'existait pas. « I doubted of my own existence and at times even dis« belived in it. » En même temps il avait perdu conscience de la réalité du monde extérieur et se sentait comme plongé dans un *rêve* profond. Le soir venu, il s'endormit comme à l'ordinaire, mais il fut bientôt réveillé en sursaut par des *cauchemars,* des *palpitations,* des horripilations et des sueurs profuses. Il était anxieux, terrifié et comme hébété ; s'endormant de nouveau, il fut encore réveillé, et ainsi toute la nuit, ne sommeillant jamais plus de quelques minutes de suite. Depuis ce premier jour, et cela pendant plusieurs mois, il n'eut pas une heure de sommeil non interrompu.

Le troisième jour, à dater du premier accès, accès nouveau, et plus violent qu'auparavant ; toutes les sensations éprouvées s'augmentèrent, celle de l'isolement était telle, qu'il lui semblait « être au fond d'un puits, ou muré dans un bloc de glace. »

Le quatrième jour, troisième accès. Voulant faire néanmoins une course à cheval, il fut pris en route d'une *faiblesse* extrême. Il lui semblait qu'il tombait en morceaux : « I felt as if I was literally falling to « pieces. »

A partir de ce jour, il n'eut plus d'autre accès. Son état devint permanent ; d'autres symptômes sont survenus sans que ceux des quatre premiers jours aient jamais cessé un seul instant pendant plus de deux ans ; ils se dissipérent ensuite lentement pendant le cours de la troisième année.

Durant les cinq premiers mois, la douleur précordiale fut accompagnée d'une angoisse permanente et d'un sentiment très-pénible de strangulation.

Dés les premiers jours de la maladie, il ne *sentait pas le sol en marchant,* ce qui rendait ses pas incertains et lui donnait la crainte de tomber ; ses jambes étaient mues comme par un ressort « étranger à sa volonté » ; il lui semblait constamment qu'elles ne lui appartenaient pas.

Nous dirons ici, par anticipation, que de tous les symptômes survenus, la non-perception de la résistance du sol fut le plus durable ; il ne disparut complétement qu'après trois ans révolus.

Par instant, M. *** se sentait tellement défaillant et anéanti qu'il croyait mourir. Ces défaillances ne se sont présentées que dans les cinq premiers mois, et jamais il n'est arrivé qu'il eût complétement perdu connaissance.

Quelques jours après le début de la maladie, M. *** fut pris de *vertiges* et d'*étourdissements,* qui devinrent persistants dés leur apparition ; il s'exprime très-clairement sur la différence de ces deux sensations. Le vertige ne survenait que dans certaines positions de sa tête, lorsqu'il se baissait pour ramasser un objet ou lacer ses bottines, etc., quelquefois aussi lorsqu'il voulait écrire ou regarder seulement de côté ; les objets alors tournaient autour de lui. Dans la station absolument verticale, les vertiges, le plus souvent, n'existaient pas ; quant aux étourdissements, ils se reproduisaient sans cesse. C'était un vague dans l'esprit qui l'empêchait de reconnaître ce qui était devant ses yeux. Si l'on passait rapidement devant lui ou s'il se trouvait devant une voiture en marche, l'étourdissement devenait immédiatement tel, qu'il perdait complétement la notion des lieux et des choses et ne pouvait plus se diriger. « Lorsque j'entrais dans une maison étrangère, je ne pouvais plus m'orienter en la quittant, ou au moins il me fallait faire un long et pénible effort pour me retrouver. »

Souvent il lui est arrivé de se trouver à une courte distance de sa demeure et de ne pouvoir reconnaître son chemin qu'après de longs efforts de réflexion ; deux ou trois fois il s'assit sur la route, désespérant de retrouver sa maison et se mit à pleurer à chaudes larmes.

En même temps que le vertige, survinrent des troubles visuels, et notamment la *diplopie,* et il lui devint impossible de fixer son regard sur un objet. Lorsqu'il causait avec quelqu'un, il lui voyait deux têtes incomplétement emboîtées l'une dans l'autre ; mais en regardant simplement devant lui, sans rien fixer, la diplopie était moindre. Elle était toujours plus accusée la nuit que le jour, mais surtout pour les objets luisants et éloignés ; c'est ainsi qu'en regardant un livre, par exemple, il lui semblait incomplétement dédoublé ; mais s'il regardait la lune, il en voyait distinctement deux. Il en était de même d'une lumière vue à grande distance.

A part ce trouble visuel, il en éprouvait un autre plus difficile à définir : les objets avaient perdu leur aspect naturel ; tout ce qu'il voyait avait changé de manière d'être. Le malade dit très-énergiquement à ce sujet : « L'étrangeté de tout ce que je voyais était telle, que je me croyais transporté sur une autre planète. » Il était constamment *étonné,* il lui semblait qu'il se trouvait en ce monde pour la première fois. Il n'y avait dans son esprit aucun rapport, aucune relation entre ce qui l'entourait et son passé. Il n'était pas le même homme qu'avant, il avait comme perdu la conscience de lui-même, et c'est ainsi qu'il arriva quelquefois à cette conviction, si étrange en elle-même, qu'il n'existait plus.

Il y avait, dit le malade, et il le répète souvent, entre ses troubles visuels et le doute sur son existence, une relation intime ; l'un augmentait avec l'autre.

Il eut quelquefois peur qu'on ne le crût fou et qu'il ne le devînt ; il sentait cependant parfaitement qu'il ne l'était pas.

Il avait souvent une sensation d'*ivresse ;* ce symptôme n'était pas, à beaucoup près, aussi permanent que les autres ; c'était plutôt le matin qu'il survenait.

Nous avons dit que dés les premiers jours de la maladie apparut une *angoisse* particulière que le malade rapporta au cœur, et qui était accompagnée d'un sentiment constant de *strangulation.* C'est à cette strangulation continuelle que M. *** attribue ses rêves de pendaison et d'étranglement. Il lui est arrivé deux fois, pendant le sommeil, de déchirer sa chemise au cou et aux poignets, dans l'excès de vivacité de ses rêves horribles. Dans ses cauchemars, il se sentait souvent enroulé par des serpents qui l'étreignaient et l'étouffaient ; d'autres fois il croyait être assassiné, noyé, etc. Toutes les nuits se passaient en une succession de cauchemars affreux, interrompus par des réveils en sursaut, des palpitations et des terreurs nexprimables.

Le colonel nous donna ensuite la description d'un symptôme difficile à définir ; il semble avoir été pris parfois d'une espèce de *cauchemar* à l'*état éveillé ;* « De tout ce que j'ai enduré, dit-il, c'était le sentiment le plus pénible ; la terreur que j'en éprouvais m'eût tué, je crois, si ce cauchemar à l'état éveillé avait duré plus d'une ou deux minutes. » Il n'eut de ces accès que pendant les six premières semaines.

Des bourdonnements d'oreille survinrent dés le début, mais ils n'étaient pas continuels ; c'était tantôt le bruit de l'eau qui bout, tantôt des notes aiguës de musique. Chaque fois que le malade était surpris par ce son musical, la sensation précordiale se faisait immédiatement sentir d'une façon très-violente.

Il entendit plusieurs fois un bruit particulier dans sa tête ; tantôt son crâne semblait se fracasser, tantôt c'était une détonation dans l'intérieur de la tête.

Pendant plusieurs mois, et coïncidant avec les troubles les plus accusés de la vue et de l'ouïe, le malade eut une profonde perversion des autres sens ; il ne reconnaissait ni le goût, ni l'odeur des mets, et ne distinguait pas les objets au toucher, les yeux fermés.

Pendant les six premiers mois, il transpirait presque constamment ; plus tard la peau devint sèche et froide.

Nous allons laisser la parole au malade :

« Une autre sensation existait en même temps dans les oreilles, dans les yeux, sur la langue, au nez, au palais, dans la gorge, aux tempes ; elle a duré pendant les trois premiers mois. Je ne saurais en déterminer la nature. Un an aprés et sous l'influence de l'hydrothérapie, elle a été vivement réveillée, mais sous la forme de *névralgies* dans tous les points énumérés plus haut. Mes facultés intellectuelles avaient subi de sérieuses modifications. Dans les premiers mois, il m'était impossible de fixer mon esprit sur aucun sujet ; je restais complétement inactif, je ne pouvais ni lire, ni écrire une ligne. Plus tard, j'eus, au contraire, des moments de *surexcitation intellectuelle,* pendant lesquels mes facultés étaient doublées en quelque sorte. C'est ainsi que j'écrivis des articles de journaux qui furent jugés meilleurs que ceux écrits avant ma maladie, et pourtant j'étais affreusement étourdi et me sentais profondément troublé pendant que je les composais. J'avais constamment une complète défiance de moi-même ; il me semblait ne plus rien savoir, et lorsque j'appris que mes articles étaient appréciés j'en fus très-étonné. Mon découragement était si profond que j'aurais voulu m'isoler du monde entier ; cent fois dans la journée je me répétais : Je ne suis plus un homme, je suis inutile et méprisé de tout le monde ; je fuyais mes amis, me sentant humilié devant eux.

» Voici de quelle manière ma mémoire a été troublée, mais elle ne l'était pas pour toutes choses : Je confondais souvent les faits réels avec le souvenir de mes rêves, et je ne pouvais les distinguer les uns des autres, à moins qu'il ne s'agît de choses qui m'eussent très-vivement frappé ; mais je gardais le souvenir le plus exact et le plus vif de tout ce qui se rapportait à ma maladie ; encore fallait-il que les faits me fussent rappelés isolément. Lorsque je voulais, le soir venu, me souvenir des faits passés dans la journée, je n'y parvenais pas ; il me semblait même *que rien n'était advenu,* tant tout s'était rapidement effacé de ma mémoire. Mais souvent il se fit dans mon esprit une *association d'idées et de sou-*

venirs involontaires; en voyant tel ou tel objet ou telle ou telle personne, ou en en entendant parler, je me sentais involontairement ramené vers le passé, au point de ne pouvoir détacher ma pensée de ce qui s'imposait à elle ; mes souvenirs alors étaient très-vifs, ce qui m'amène à dire que ma mémoire, comme du reste toutes mes facultés, étaient tantôt déprimées ou anéanties, tantôt surexcitées, et en quelque sorte rehaussées.

» Quant à la *mémoire locale*, et cela d'une façon constante, elle était presque complétement *perdue*. Je ne reconnaissais pas les endroits où je m'étais déjà trouvé ; je regardais sans voir ; tout se déroulait devant moi sans attirer mon attention. Mes *facultés affectives* furent aussi *atteintes* que les autres; mes amis, ma famille, me devinrent indifférents ; à peine pouvais-je, et après un effort, m'occuper de mes enfants, lorsqu'ils étaient malades. J'étais *irritable* au plus haut point. De doux que j'avais été envers mes hommes et mes domestiques, je devins sévère à l'excès et j'eus des emportements insensés. La moindre faute, ou ce qui me paraissait une faute, prenait à mes yeux le caractère d'un cas pendable. J'avais de violentes *antipathies* nullement motivées contre certaines personnes. Je ne pouvais pas juger les choses avec calme, j'étais complétement changé et m'en rendais compte ; mes amis me le disaient souvent.

» J'avais une grande tendance à *prononcer des mots inconvenants ;* d'autres fois, ce n'est qu'à grand'peine que je pus réprimer des *mouvements involontaires*. Lorsque je n'étais pas excité, j'étais taciturne, abattu, complétement indifférent à tout. L'excitation survenait généralement le soir, alors je causais avec volubilité ; j'avais de la hardiesse d'esprit, des saillies qui ne m'étaient pas habituelles, et desquelles je m'étonnais tout le premier.

» Ma *prononciation*, ordinairement normale, *s'embarrassait* beaucoup par moments, mais ce trouble était passager.

» Je pensais constamment à mon mal, et je crois que pendant toute la durée de ma maladie il ne s'est pas écoulé une minute que mon esprit n'en fût occupé.

» En dehors des moments d'exaltation, j'étais *sans volonté*, *sans énergie*, tout *esprit d'initiative* était *brisé* en moi. Mais s'il s'agissait de ma santé, je retrouvais mon énergie. Je fis un jour vingt-quatre milles à pied, dans l'espoir de me procurer une bonne nuit. Pendant plusieurs semaines je me mis à défricher un champ couvert de rochers, et à y planter des pommes de terre. Mes nuits ne devinrent pas meilleures.

» Le sentiment de non-existence était si profond que j'avais horreur d'apercevoir mon image quelque part; pendant au moins quinze mois, je n'osais pas me regarder dans une glace. Des idées noires, un *désespoir* complet m'envahissaient de plus en plus. Je n'ai cependant *jamais* eu d'*idées de suicide*. (Mes convictions religieuses seules eussent suffi pour éloigner cette pensée.) Je ne pouvais me livrer à une occupation régulière ; je commençais une foule de choses mais les abandonnais aussitôt.

» Je ne pouvais regarder par la fenêtre sans éprouver de tels étourdissements, que je n'osai pendant quinze mois m'en approcher seulement ; tandis qu'en passant près d'un précipice, je pouvais, au contraire, y plonger mon regard (influence de la lumière).

» En général, j'étais plus souffrant par le temps humide ; la chaleur sèche ou le froid sec m'étaient favorables. J'avais presque toujours chaud, mais jamais la fièvre.

» Mes *digestions* étaient souvent *mauvaises*, j'avais de continuelles éructations, mon appétit était irrégulier et fantasque ; j'étais constipé et n'ai jamais eu de diarrhée ; je ne maigrissais pas. Je me suis quelquefois cru empoisonné. Étant chef de police et ayant découvert un vol considérable commis dans le palais des anciens rois de l'Inde, j'avais reçu des lettres anonymes qui me menaçaient d'empoisonnement ; cette crainte me tourmentait quelquefois. »

Questionné sur *la marche* de sa maladie, M. *** nous donna pour chacun des symptômes les détails les plus précis; nous allons les résumer :

Le *sommeil* est resté *mauvais* pendant *deux années*. Pendant les premiers mois, le malade ne dormait jamais plus de quelques minutes de suite. Plus tard il dormait les deux ou trois premières heures, puis le reste de la nuit était mauvais. Les cauchemars ont persisté pendant dix mois environ ; le sommeil devint alors moins pénible, mais il resta insuffisant pendant une quinzaine de mois encore. Ce n'est donc qu'après deux ans révolus qu'il redevint normal. Le besoin incessant et inassouvi de dormir fut pendant tout ce temps, un effroyable supplice. Dix mois après le début de la maladie, le colonel quitta les Indes et vint en Europe. Pendant la traversée, qui dura vingt-quatre jours, il se trouva un peu mieux. C'est surtout le *regard à l'infini* qui semblait apaiser sa tête. Tant qu'il regardait l'horizon, il n'avait pas d'étourdissements, mais les sensations de *rêve* et d'*ivresse*, le sentiment d'*isolement* sont restés les mêmes sur mer. La légère amélioration survenue s'est cependant maintenue en arrivant en Europe.

De Marseille, où il débarqua, M. *** se rendit à l'établissement hydrothérapique de Divonne, où il est resté plus de six mois. Sous l'influence du traitement (maillots humides et douches en colonne), tous les symptômes furent exaspérés. Puis le malade fut pris de névralgies sur tous les points d'émergence de la cinquième paire ; il en souffrit d'une manière continuelle pendant plusieurs mois. Il eut pourtant la constance de continuer le traitement et s'en trouva bien à la longue. C'est à dater du moment où il quitta Divonne que la maladie commença sérieusement à diminuer. Les névralgies cessèrent, la sensation d'ivresse devint de plus en plus rare, la sensation de rêve diminua notablement. Le doute de son existence ne le tourmenta plus et ne revint qu'à de rares intervalles.

Sous l'influence des douches, il était survenu un grand nombre de furoncles dans la région de l'hypochondre droit.

Il quitta Divonne non guéri, mais véritablement amélioré.

« C'est depuis ce moment (deux ans, à partir du début de ma maladie), dit M. ***, que je commençai à avoir la notion exacte du monde extérieur ; je me sentais, petit à petit, revenir à la réalité, mais je retombais encore parfois dans mon *état de rêve*. La sensation précordiale a cédé au traitement hydrothérapique ; les bourdonnements d'oreille, la perturbation du goût et de l'odorat, ont cessé beaucoup plus tôt. Les troubles visuels et le défaut du sentiment de la résistance du sol disparurent en dernier lieu. En quittant Divonne, je n'étais pas encore amélioré à ce dernier point de vue. Je voyais toujours double et mes jambes me semblaient ne pas m'appartenir.

» Ma maladie a donc duré trois ans. L'hydrothérapie est le seul moyen de traitement qui m'ait réussi. Les médicaments que j'ai pris à l'intérieur sont restés inefficaces ; loin de me soulager, ils agissaient parfois en sens inverse. C'est ainsi que l'opium, au lieu de me calmer, m'excitait. »

M. ***, depuis sa guérison, éprouve quelquefois de petits accès qui lui rappellent quelques-uns des symptômes de sa longue maladie. Mais, d'une manière habituelle, il jouit d'une excellente santé. Il est retourné à M..., aux Indes, où il a repris ses fonctions de chef de police.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Alger, le 10 mai 1872.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Traitement de la thoracocentèse.

Vous avez publié, dans le numéro du 3 mai 1872 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, un travail très-intéressant de M. le docteur Lereboullet, destiné à recommander, dans le traitement des pleurésies purulentes, le procédé des ponctions successives, préférablement à l'opération de l'empyème avec large ouverture du thorax. Si ces conclusions me paraissent dans bien des cas susceptibles d'être acceptées, je demande cependant la permission de rétablir dans son intégrité une observation qui m'est personnelle et que M. Lereboullet rapporte sous le n° III, et, en second lieu, de faire quelques réserves sur la possibilité, dans maintes circonstances, de se borner au traitement prôné par notre collègue.

Quant au premier point, je regrette qu'il ne m'ait pas été demandé communication de l'observation ; je la possède tout au long jusqu'au moment où j'ai cédé mon service à M. le docteur Kelsch, mon successeur; elle me semble fournir d'autres enseignements que ceux qu'on en a tirés. Présentée sous une forme abrégée, elle paraît destinée à servir de repoussoir à deux cas de guérison, dont l'un au moins ne lui ressemble aucunement, puisqu'il ne s'agit ni de thoracocentèse ni d'empyème, mais d'une élimination du liquide d'une pleurésie purulente par une fistule bronchique. Le cas qui me concerne est intitulé en effet : *Pleurésie purulente; empyème; mort.* Il est question d'un malade, Ravau, entré à l'hôpital le 21 janvier 1869, pour une pleurésie du côté gauche. Après avoir très-succinctement indiqué l'abondance de l'épanchement, sa résistance aux traitements, l'observation ajoute : « la fièvre avait pris les caractères de l'hectisie ; le malade était dans un état des plus graves. M. Aron pratiqua l'opération

de l'*empyème*....; un tube de caoutchouc fut laissé dans la plaie, etc. » Et dans les réflexions qui suivent, M. Lereboullet dit : « En pratiquant l'opération de l'empyème, M. Aron a certainement prolongé d'une année la vie de son malade. Eût-il été guéri par la thoracocentèse? l'opération pratiquée de manière à empêcher la pénétration de l'air n'aurait-elle pas eu un résultat aussi favorable que chez notre premier malade? »

A ces questions, l'histoire authentique, recueillie par M. Lubanski et continuée par M. Cluzan, tous deux mes aides de clinique, répondrait clairement; sa longueur me porte à rétablir seulement les faits suivants : Après avoir été traité depuis son entrée jusqu'au 5 février par les antiphlogistiques locaux (sangsues, ventouses scarifiées), par le calomel à dose antiphlogistique, par une saignée ensuite, puis par les vésicatoires et les diurétiques, après avoir passé par un amendement réel, notre malade voit la fièvre s'allumer, nocturne, avec des frissons caractéristiques; l'épanchement augmente et est reconnu purulent dès le 8 février. Au moment de l'intervention chirurgicale, le 22, voici ce que dit l'observation : « Matité toujours complète à gauche, et en avant comme en arrière, souffle dans toute la hauteur; refoulement du cœur à droite; augmentation de la fièvre le soir (40,2) avec transpiration vespérine, persistance des douleurs locales; amaigrissement et affaiblissement progressif. Après l'emploi d'un cautère sous la clavicule et des badigeonnages iodés, la *thoracocentèse* est pratiquée le 22 février; elle est faite classiquement entre la sixième et la septième côte, à 4 centimètres en dehors de l'insertion externe du grand pectoral. L'anesthésie locale a été obtenue au moyen du jet d'éther pulvérisé et la ponction effectuée par le trocart à robinet garni de baudruche. 1300 grammes de pus sont retirés, mais vers la fin de l'écoulement le malade est pris de toux violente, la respiration devient difficile, la face se cyanose, l'anxiété est extrême, mais il n'y eut pas de syncope. On retire la canule avec précaution et l'on ferme l'ouverture avec des morceaux de diachylon superposés. » — C'est donc bien la thoracocentèse et non pas l'empyème, et rien n'a été négligé des précautions habituelles pour empêcher la pénétration de l'air. A la date du 26, dit encore l'observation, la piqûre paraît cicatrisée, mais l'épanchement s'est reproduit, et le 20 on constate en arrière de la piqûre une tumeur molle, et au-dessous de l'œdème des parties avec douleur et rougeur. Ce n'est que le 1er mars, à la suite d'efforts de toux et de cris, que la première ponction s'est rouverte et qu'il s'en est écoulé une grande quantité de pus. Alors seulement j'élargis cette ouverture et j'introduis une sonde de caoutchouc pour aspirer, au moyen d'une seringue, 1500 grammes de pus, et pratiquer des injections d'eau tiède, etc., etc. »

En résumé, les reproches de M. Lereboullet reposent sur une erreur : la thoracocentèse a été faite, l'accès de l'air empêché; l'empyème n'est venu que plus tard. Je ne saurais affirmer que les ponctions successives n'eussent pas réussi à guérir totalement le malade que je suis parvenu à faire vivre pendant une année. Mais alors que la première ponction s'était rouverte, n'était-il pas véritablement indiqué de l'élargir et d'employer à ce moment l'aspiration quotidienne et les lavages? Ainsi, du moins, recommandent d'agir MM. Sédillot, Chassaignac, et tout récemment M. Woillez. Ainsi jugent MM. Briquet, Vulpian, Gosselin, dans la discussion académique de 1865, et c'est par ce procédé que nous voyons obtenir deux belles et complètes guérisons par M. Laboulbène (*Bulletin de thérapeutique*, 15 février 1872) et par M. Bouchard (même journal, 15 avril 1872).

Après cette rectification de l'observation citée, nous sera-t-il permis d'ajouter que tout en acceptant comme fort rationnelles les recommandations de M. Lereboullet, et sans méconnaître les inconvénients signalés bien anciennement du danger de la pénétration de l'air s'opposant à l'ampliation du poumon et entravant le rétrécissement salutaire du côté malade, il y a lieu de se demander si les règles un peu absolues posées par notre collègue ne doivent pas maintes fois fléchir devant la fortuité des circonstances que l'observation clinique retrouve dans les variétés d'épanchements. Il ne consent à admettre comme exception à la loi des ponctions multiples que les cas où l'épanchement se reproduit aussi abondant dix ou douze jours après les deux premières ponctions. Alors seulement l'introduction d'une canule à demeure serait légitime. Mais que faire lorsque, comme dans notre cas, la reproduction d'un vaste épanchement n'attend pas jusque-là pour ouvrir avec effraction une première piqûre?

En rappelant nos souvenirs d'école et de pratique, nous devons avouer que ce n'est jamais sans un profond découragement que nous voyons s'écouler du pus par la canule du trocart, tellement s'assombrit aussitôt à nos yeux le pronostic, en dépit de tous les procédés opératoires.

M. Lereboullet a été assez heureux pour pouvoir renvoyer de l'hôpital un malade portant au bout de trois mois une fistule thoracique qui ne fournissait plus qu'une à deux gouttes de pus. A coup sûr, la situation était des plus rassurantes, et le succès inespéré. A Dieu ne plaise que nous évoquions de mauvais augures, et nous préférons ajouter ce beau résultat à d'autres exceptions telles que des guérisons d'épanchements par les injections en général, et les iodées en particulier (Mémoire de M. Boinet dans les *Archives de médecine*, 1853; celui de Gairdner d'Édimbourg, en 1862), mais je ne puis m'empêcher de me souvenir que si j'ai eu des guérisons absolues au bout de quinze jours à la suite de thoracocentèses pratiquées dans des cas précoces avec épanchement séreux et menace d'asphyxie, j'ai vu également dans ma pratique des cas de pyothorax me fournir, après de nombreux jours d'espoir, des déceptions bien vives.

J'ai adressé en 1866 au conseil de santé l'observation d'un jeune soldat qui, après avoir été à deux reprises et à quatre semaines d'intervalle, ponctionné en Amérique, m'était arrivé en France porteur d'une fistule thoracique et le côté gauche rempli de pus; la méthode employée avait été celle des ponctions successives; plus tard, il fallut réunir par un débridement les deux piqûres et élargir la plaie. Ce jeune homme fut pendant près d'une année traité par moi au moyen de l'aspiration quotidienne et des injections médicamenteuses, et conduit à travers des complications diverses, telles que la persistance d'une double fistule thoracique et bronchique, un abcès des parois pectorales vers une situation des plus satisfaisantes qui autorisait l'espoir d'une guérison complète; lui aussi ne rendait plus qu'une quantité insignifiante de pus par la fistule au moment où il me quitta pour aller à la campagne. Je l'avais présenté plusieurs fois à M. le professeur Schützenberger à l'établissement de la Toussaint. J'ai su depuis que, après une année, de nouvelles complications survenues avaient fini par enlever ce malade.

En 1870, un cas presque identique s'offrit à moi en Kabylie, à Fort-National. Un jeune israélite indigène de vingt et un ans avait depuis un an été traité par deux médecins pour une affection chronique des voies respiratoires soupçonnée tuberculeuse : il s'agissait en réalité d'un simple épanchement pleurétique chronique. Une première ponction faite retira trois litres et demi de sérosité purulente. La plaie, refermée, guérit sans aucun accident; mais six semaines après l'épanchement s'était reproduit; une seconde ponction retira 1800 grammes de pus bien lié. Dès lors, malgré tout, la plaie devint fistuleuse; le sondage, l'aspiration méthodique, les injections phéniquées et iodées maintinrent notre opéré dans des conditions satisfaisantes pendant plusieurs mois, lorsque, malgré les encouragements de l'état général, la mort eut lieu presque subitement, par suite d'une syncope. L'autopsie nous fut refusée. Second exemple, où les ponctions multiples ne parvinrent à empêcher ni l'empyème consécutif, ni, en fin de compte, la mort.

En 1871, à l'hôpital du Dey, à Alger, je pratiquai la thoracocentèse pour un pyothorax. Après avoir retiré 1200 à

1300 grammes de pus, je me trouvai arrêté par la cessation de l'écoulement, et cependant les signes stéthoscopiques révélaient la persistance d'une certaine quantité de liquide à la base du côté droit. Je n'osai, il est vrai, faire une seconde ponction plus bas, à cause de la présence du foie, et me bornai à ouvrir une collection purulente développée à la région lombaire droite et qui me paraissait devoir communiquer avec l'abcès intra-pulmonaire. L'autopsie me confirma malheureusement cette dernière opinion et m'expliqua la cause de la suspension de l'écoulement avant l'évacuation complète du liquide. Il existait deux poches purulentes superposées, séparées par une languette de tissu pulmonaire adhérent sous forme de diaphragme à la paroi costale et simulant les deux cavités d'un sablier que réunissait un trajet fistuleux. J'avais vidé la poche supérieure, mais l'inférieure était inaccessible, située derrière le foie, et s'était fait jour, à travers les piliers du diaphragme, jusque dans la région lombaire. Les ponctions multiples eussent-elles été plus heureuses?

Je crois inutile d'ajouter que toutes les opérations que je rapporte ont été pratiquées par le procédé et avec les précautions indiquées par Trousseau et Reybard.

J'ai établi : 1° que, chez le malade cité par M. Lereboullet la thoracocentèse avait précédé l'empyème, contrairement au récit qui en a été donné; 2° j'admets avec lui l'utilité des ponctions multiples, puisque je les pratique moi-même. Mais je ne pense pas être démenti en soutenant que, étant donnée la nature purulente de l'épanchement, les illusions sur la gravité du pronostic ne sauraient être détruites, même par la répétition des ponctions : dans certains cas, elles resteront insuffisantes, ne préviendront pas les fistules thoraciques, et celles-ci, une fois établies, je reste, avec les éminents opérateurs que j'ai cités, partisan quand même du lavage à grande eau, du drainage et des injections médicamenteuses. Si les nouveaux procédés d'aspiration que chaque jour voit perfectionner arrivent, tout en le simplifiant, à réaliser dans le pyothorax les cures remarquables que la thoracocentèse compte dans l'hydrothorax, ils auront accompli une des plus précieuses conquêtes de l'art de guérir. En l'état, l'enseignement à retenir, c'est que la ponction hâtive est, dans la majorité des cas, le vrai moyen d'éviter la nécessité des ponctions successives.

Veuillez agréer, etc.

Dr Jules Aron,
Médecin-major de 1re classe.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Effets du fusil Chassepot. — M. *le docteur Bedoin* adresse une note relative aux effets produits par une balle de fusil Chassepot, dans un cas de suicide.

Les lésions et les désordres produits par la balle ont été tels que, en l'absence d'autres documents, on eût pu être conduit à les attribuer à une balle explosible; cependant la balle a été retrouvée entière. Le projectile présentait un aspect boursouflé, indiquant une fusion partielle, ce que l'auteur regarde comme confirmant l'opinion émise par M. Coze, dans sa communication à l'Académie du 20 novembre 1871. L'auteur pense qu'on peut trouver ici réalisées les conditions signalées par M. Melsens, dans la séance du 29 avril 1872. (*Comm.* précédemment nommés : MM. Morin, Phillips, Larrey, Dupuy de Lôme.)

Concours. — M. *Legrand du Saulle* adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie (fondation Montyon), un ouvrage portant pour titre : Le délire des persécutions. (Renvoi à la commission.)

Alcaloïdes tirés de l'opium. — M. *Bouchut* adresse un mémoire dont les conclusions sont :

1° Que les alcaloïdes tirés de l'opium, administrés par l'estomac ou par le tissu cellulaire, se divisent en deux groupes, l'un comprenant les alcaloïdes doués de propriétés soporifiques, et l'autre les alcaloïdes qui sont inertes; 2° que ceux qui font dormir ont une action différemment énergique; 3° que, aux doses assez fortes où il est possible de les administrer, il n'y en a pas qui ait d'action convulsivante; 4° que ceux qui font le mieux dormir sont ceux qui sont toxiques lorsqu'on les emploie à des doses trop considérables; 5° que la morphine et les sels de morphine sont les préparations les plus actives de l'opium; 6° que la codéine vient après la morphine, pour les propriétés dormitives et anesthésiques; 7° qu'il faut employer trois fois plus de codéine que de morphine, pour avoir des effets soporifiques et anesthésiques semblables; 8° que la narcéine ne vient qu'après la morphine et la codéine, pour ses propriétés dormitives, et qu'on peut, si elle est bien pure, en faire absorber des doses considérables sans produire d'effet appréciable; 9° que la papavérine, en injections dans le tissu cellulaire à la dose de 10 centigrammes, et dans l'estomac à la dose de 1 gramme, n'a aucune action; 10° que la narcotine à 50 centigrammes n'a aucun effet narcotique ou anesthésique; 11° que la thébaïne à 50 centigrammes est absolument inerte; 12° que la méconine à 30 et 50 centigrammes ne produit aucun effet appréciable; 13° que l'acide opianique est une substance inerte; 14° que, dans l'usage médical, il n'y a que l'opium d'abord, puis la morphine et la codéine, qui soient utiles aux malades; 15° qu'enfin la différence des résultats obtenus par les observateurs, sur les propriétés des alcaloïdes et des bases de l'opium, dépend de l'état de pureté ou d'impureté des substances soumises à l'expérimentation.

Sur le développement des cestoïdes inermes. Note de M. *J. P. Mégnin*. — Le travail de M. Mégnin repose sur l'observation d'un cheval mort de péritonite, sur lequel il trouva deux kystes contenant plusieurs petits *Tænia* et communiquant avec l'iléum, contre la muqueuse duquel adhéraient beaucoup d'autres vers semblables. Ce *Tænia*, non décrit par Van Beneden, Davaine, Gervais et Dujardin, est voisin du *Tænia perfoliata* (Goeze), du *Tænia plicata* (Rud.), du *Tænia mamillana* (Mehlis); mais c'est d'une espèce innommée, décrite par M. Baillet dans le Dictionnaire de médecine vétérinaire de Bouley et Reynal, et trouvée par lui dans le gros intestin d'un mulet, qu'il se rapproche le plus. Comme il n'en diffère guère que par sa taille plus petite et par l'absence d'organes sexuels; que la tête, la forme et la disposition des anneaux sont les mêmes, l'auteur est amené à penser qu'ils sont de la même espèce et qu'ils ne diffèrent que par l'âge : son tænia est au début de l'état strobilaire; celui de M. Baillet est à l'âge de l'émission des *proglottis*. L'observation de M. Mégnin semble montrer que le *scolex* du *Tænia inerme* se développe dans les kystes péri-intestinaux.

Eaux de Luchon. — M. *Garrigou* adresse une note sur la nature du principe sulfureux des eaux de Luchon. L'auteur conclut que le principe sulfureux des eaux de Luchon est un monosulfure alcalin. Suivant les sources, c'est du sulfhydrate de sulfure de sodium, ou de l'acide sulfhydrique libre.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 21 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur *Fouquet* (de Vannes) sur les épidémies, les épizooties et les travaux du conseil d'hygiène du Morbihan pendant l'année 1871. (*Commission des épidémies.*)

M. le ministre des affaires étrangères envoie une lettre du consul général de France aux États-Unis, accompagnée d'une caisse contenant des échantillons de bois et d'écorce de condurango. (*Commission des remèdes nouveaux.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. le docteur *Burq* sur une application nouvelle de la métallothérapie au traitement du diabète. (*Comm.* : MM. Gubler et Marey.) — *b*. Un mémoire sur les inhumations prématurées et sur les moyens de les prévenir. (*Commission du prix d'Ourches*). — *c*. Une lettre de remerciments de M. le docteur *Autellet* (de Civray), lauréat de l'Académie. — *d*. Une note descriptive concernant un instrument, nommé *propulseur* ou *chasse-épingle*, et construit par M. *Guéride* sur les indications de M. le docteur *Cintrat*.

M. *Gubler* offre en hommage : 1° en son nom, un exemplaire de la REVUE SCIENTIFIQUE (n° 46) renfermant la leçon d'ouverture de son cours sur les eaux minérales de France; 2° de la part de MM. les docteurs *Martin-Damourette* et *Pelvet*, une ÉTUDE SUR LA CIGUE ET SON ALCALOÏDE; 3° Un manuscrit de M. le docteur *Day* sur une modification de la pile de Doniott.

M. *Larrey* présente : 1° une brochure sur la pleurésie et la thoracocentèse, par M. le docteur *Lereboullet*; 2° une étude sur les conseils de révision et la nouvelle organisation militaire, par M. le docteur *Dionis des Carrières*; 3° un mémoire sur les amputations sous-périostées, par M. le docteur *Poncet*; 4° une brochure sur la ponction de l'intestin, par M. le docteur *Isnard* (de Marseille); 5° un ouvrage sur les eaux et boues minérales de Barboton (Gers), par M. le docteur *de Sarbés*.

M. *Amédée Latour* présente, avec des éloges mérités, au nom de M. le docteur *Garrigou*, médecin consultant aux eaux de Luchon, un ouvrage intitulé : MONOGRAPHIE DE LUCHON. Cet ouvrage n'est que le premier volume de la grande Monographie des eaux minérales de la chaîne des Pyrénées, dont M. Garrigou a entrepris la publication.

DIGITALINE AMORPHE ET DIGITALINE CRISTALLISÉE. — La guerre est bien décidemment déclarée entre ces deux sœurs ennemies. Leurs champions sont entrés en lice de nouveau : M. *Gubler* tenant toujours bon pour l'aînée, M. *Devergie* pour la cadette.

Afin que sa pensée ne soit pas mal interprétée et sa déclaration mal comprise, M. Gubler n'a pas cru devoir se contenter de parler; il a mieux aimé lire ce qu'il avait à répondre à son honorable adversaire. Il maintient les propositions qu'il a déjà émises, à savoir que, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible d'établir, de démontrer la supériorité de l'une ou de l'autre des deux digitalines; et que, s'il s'en rapportait à ses propres expériences sur les animaux, ce serait la digitaline amorphe de MM. Homolle et Quévenne qui mériterait la priorité. M. Gubler s'attache à prouver que cette conclusion n'a rien de contradictoire avec le jugement qu'il a porté devant la commission du prix Orfila sur la digitaline cristallisée, et qui est formulé en ces termes : « la digitaline cristallisée possède toutes les propriétés thérapeutiques et toxiques *de la digitale* elle-même, avec une intensité d'action incomparablement supérieure, et telle qu'on doit l'attendre du principe actif pur de la plante. » Y a-t-il, dans cette phrase, un mot qui établisse la prééminence de la digitaline cristallisée sur la digitaline amorphe? Il est question de sa supériorité *sur la digitale*, mais nullement sur la digitaline rivale. La confusion faite par M. Devergie est donc évidente et son objection n'a plus de fondement. Ce que l'honorable académicien a pris pour un acte d'opposition de la part de M. Gubler n'a été que l'expression d'une simple réserve et d'un doute philosophique, réserve bien naturelle, doute bien légitime, en présence d'un agent thérapeutique nouveau et d'un nombre encore insuffisant d'expériences. M. Gubler, tout en protestant de son extrême déférence pour les décisions des commissions académiques, ne croit pas devoir aller, suivant l'exemple de M. Devergie, jusqu'à admettre leur infaillibilité.

M. *Devergie* s'étonne que M. Gubler hésite encore à reconnaître la supériorité de la digitaline cristallisée sur la digitaline amorphe, lorsque tout concourt à démontrer cette supériorité : caractères physiques, propriétés chimiques, qualités physiologiques et vertus thérapeutiques, se traduisant par l'état cristallin, la prompte et belle réaction vert-émeraude au contact de l'acide chlorhydrique, l'action rapide sur le cœur des grenouilles, l'influence énergique sur l'homme malade. Les expériences de M. Vulpian et les essais cliniques de M. Marrotte ne laissent aucun doute à cet égard.

M. *Vulpian* fait observer, avec raison, que pour que des expériences soient comparables il faut qu'elles soient faites dans des conditions identiques, avec les mêmes agents préparés de la même manière et provenant de la même origine, sur les mêmes animaux, et aussi sur les mêmes régions du corps de ces animaux. Ainsi, lorsqu'il s'agit d'expérimenter la digitaline sur la grenouille, il n'est pas indifférent d'introduire la substance active par la peau du ventre ou par la peau du dos, attendu qu'une matière quelconque insérée par cette dernière voie produit toujours une modification sur les mouvements du cœur des batraciens. M. Vulpian a donc injecté la digitaline par la peau de l'abdomen; il s'est servi tour à tour d'une solution aqueuse et d'une solution alcoolique. Or, la digitaline amorphe étant très-soluble dans l'eau, son absorption, sous cette forme, est un peu plus rapide que celle de la digitaline cristallisée, qui est moins soluble. A l'état de solution alcoolique, les deux digitalines se valent, et s'il y avait une différence elle serait plutôt à l'avantage de la digitaline cristallisée.

M. *Gubler* répond qu'il s'est servi de la solution alcoolique et qu'il l'a injectée sous la peau de la cuisse des grenouilles. Il a fait douze expériences comparatives avec les deux digitalines, et il affirme que la digitaline amorphe de MM. Homolle et Quévenne ne s'est jamais montrée inférieure à la digitaline cristallisée de M. Nativelle.

La question ayant été renvoyée à l'examen d'une commission spéciale, M. le *Président* décide qu'il y a lieu de suspendre la discussion jusqu'à la lecture du rapport de cette commission.

DE L'IDENTITÉ DES CAUSES DU SUICIDE, DU CRIME ET DE L'ALIÉNATION MENTALE. — M. *Félix Voisin* donne lecture, sous ce titre, d'une étude basée sur une longue série de faits et remplie des considérations les plus élevées de philosophie, de morale, de philanthropie et de psychologie morbide. L'auteur, à l'appui de sa thèse, montre les jeunes filles séduites, les maris trompés, les commerçants malheureux, poussés, suivant leur tempérament, tantôt au suicide, tantôt au meurtre, tantôt à la folie, d'autres fois à des résolutions énergiques qui sauvent leur honneur et leur situation.

La lecture de M. Voisin a été faite avec une certaine émotion, et écoutée, comme toujours, avec la plus grande faveur.

TRAITEMENT DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE. — M. *Demarquay* a présenté un jeune homme atteint d'une hernie inguinale gauche, congénitale, dont l'étranglement avait résisté à de nombreuses tentatives de taxis, et qui fut promptement et facilement réduite par le procédé de l'aspiration pratiquée au moyen d'un trocart capillaire et d'un appareil à faire le vide.

La communication de M. Demarquay aurait été complète s'il eût ajouté que les premières opérations de ce genre ont été pratiquées, avec un plein succès, à l'aide de l'aspirateur pneumatique de M. Dieulafoy.

VACANCES. — M. le *Président* prononce trois vacances, dans les sections d'hygiène, de physiologie et de médecine opératoire.

A. LINAS.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE. — APPAREILS ASPIRATEURS POUR LA THORACOCENTÈSE; DISCUSSION. — TROCART POUR SERVIR DE CONDUCTEUR DANS L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME.

M. *C. Paul* présente une malade qu'il dit offrir l'exemple d'une *épilepsie traumatique*. C'est une jeune fille de quatorze à quinze ans qui, à l'âge de trois ans, reçut sur la tête une

tuile qui lui défonça le côté droit du crâne. Il en résulta une encéphalite qui dura six semaines avec hémiplégie gauche, et une dépression avec perte de substance de l'os, assez étendue et à travers laquelle on sent les pulsations du cerveau. De trois à onze ans, cette enfant fut bien portante. Mais au moment de l'établissement de la menstruation et à l'occasion d'une frayeur qui joua le rôle de cause occasionnelle, il survint des attaques d'épilepsie limitées dans le côté gauche, côté autrefois paralysé. Le bromure de potassium a réussi à arrêter les accès, mais sitôt qu'il est suspendu, l'épilepsie reparaît.

M. Paul considère ce cas comme un exemple d'épilepsie cérébrale. Il est persuadé que si l'on pouvait rendre au cerveau les conditions de circulation qu'il avait avant l'établissement de la menstruation, on amènerait la guérison.

M. *Marrotte* se refuse à voir là une relation naturelle et facile à découvrir entre le traumatisme qui eut lieu à l'âge de trois ans et les accès d'épilepsie qui se montrent à l'époque de la puberté. S'il n'y avait pas dans les antécédents de cette enfant un traumatisme, et s'il n'y avait pas cette perte de substance du crâne, ce serait un cas vulgaire, tel qu'on en observe chaque jour.

M. *Paul* répond que les convulsions épileptiques se produisant dans le côté autrefois paralysé, autorisent à penser que la lésion cérébrale joue là un rôle de cause organique.

— Après cette communication intéressante, mais qui occupa assez peu l'attention de la Société, survint une série des présentations d'appareils destinés à la thoracocentèse. Ici, au contraire, les conversations particulières se turent. C'est que la Société des hôpitaux a une prédilection marquée pour tout ce qui touche à cette opération. Si Trousseau doit conserver toute la gloire d'avoir montré l'innocuité et l'importance de la thoracocentèse, il est juste de revendiquer pour la Société des hôpitaux, formée de ses collègues et de ses élèves, une large part dans la vulgarisation de cette belle opération. Chacun a ici ses opinions, étayées non sur de simples visées d'esprit, mais sur une vaste expérience, parce que chacun a pratiqué et pratique journellement cette opération. Il n'est pas de Société dont les archives soient plus riches sur une question quelconque que ne le sont celles de la Société des médecins des hôpitaux sur la thoracocentèse. Aussi voit-on tout le monde demander la parole et les séances s'étendre au delà des heures habituelles lorsque la discussion est entamée sur ce sujet. Ce n'est pas nous qui nous en plaindrons, quoique nous voyions à côté d'aperçus nouveaux et originaux se reproduire, dans ces discussions qui semblent toujours nouvelles tant on y met d'ardeur, cent arguments cent fois édités déjà par les uns ou les autres.

L'ordre du jour appelait donc la présentation d'appareils nouveaux. — Les premiers, imaginés par le docteur *Ténot*, ont paru un peu compliqués. Un de ses appareils est composé d'une sorte de chaudière de cuivre, dans laquelle on peut faire le vide en y vaporisant une petite quantité d'eau et l'y laissant refroidir. Cet appareil, au moyen de tubes, d'ajutages divers, peut servir à donner des fumigations d'eau phéniquée, goudronnée, etc., des bains et des douches de vapeur. En cela, croyons-nous, il sera plus employé que pour la thoracocentèse. Le second appareil est plus simple, mais pas beaucoup plus pratique, parce qu'il faut avoir avec soi un réservoir de gaz acide carbonique : il se compose d'une bouteille ordinaire remplie d'eau et renversée dans l'eau. On la remplit de gaz carbonique et, quand elle est pleine, on injecte quelques grammes de potasse caustique : aussitôt le vide se fait par l'absorption du gaz par la potasse et l'on a ainsi un réservoir privé d'air qu'on peut adapter à la canule d'un trocart.

Enfin, M. Ténot présente le dessin d'un trocart nouveau destiné à permettre la substitution d'une canule plus grosse à une canule plus petite par simple glissement sans retirer l'instrument de la poitrine. L'instrument nous a paru compliqué et d'une utilité contestable. La Société est d'ailleurs restée froide devant ces appareils : évidemment, elle n'approuvait pas. Elle n'en remercia pas moins M. Ténot de sa communication. — Vint ensuite M. *Potain*, qui présenta l'appareil de M. *Paul Regnard*, dont les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE ont trouvé la description et le dessin dans le n° 18, page 275. La simplicité de l'appareil, la facilité de sa construction, lui feront donner la préférence. D'ailleurs, beaucoup de procédés peuvent donner le vide, depuis la simple pompe à ventouse jusqu'au procédé des vidanges barométriques (gaz ammoniac dans lequel on injecte quelques litres d'eau : le gaz se dissout rapidement dans l'eau et le vide est fait); le plus simple est encore la vapeur d'eau qui se condense par le froid.

La préoccupation générale semble se porter actuellement vers les appareils aspirateurs, aussi M. *Marrotte*, le rapporteur de cette commission (composée de Gendrin, Trousseau, Legroux, Hardy et Marrotte), qui en 1855 donna un long et si important travail sur la thoracocentèse et ses indications, M. Marrotte, sans vouloir arrêter le progrès, se demande si ces appareils aspirateurs sont si avantageux qu'on le dit. La plèvre, quand on la vide, doit être comblée par le poumon; celui-ci se dilate plus ou moins bien. Si l'on pratique l'aspiration, on force la dilatation pulmonaire, alors qu'il est reconnu qu'il faut à cet organe de la lenteur pour reprendre son volume primitif. Avec le procédé de Reybard, il y a équilibre constant entre la pression extérieure et la pression intérieure dans la plèvre; le poumon se déplisse dans la mesure du possible, sans trop de secousses, sans trop de violence.

M. *Moutard-Martin* partage les scrupules de M. Marrotte à l'égard des appareils aspirateurs et il les croit plus nuisibles qu'utiles. Il y a quelques années, on était dans une voie toute opposée : M. Blachez présentait un petit trocart, au moyen duquel il avait l'avantage d'avoir un écoulement très-lent et d'éviter les quintes de toux. Avec le trocart ordinaire, muni de sa baudruche, on peut arrêter l'écoulement, le ralentir à volonté. Je crois, dit M. Moutard-Martin, qu'il faut que la pression intra-pulmonaire s'équilibre lentement avec la pression intra-pleurale.

M. *Potain* défend sagement la méthode d'aspiration. Certes, l'aspiration a ses dangers. C'est pour obvier à quelques-uns d'entre eux que j'ai employé les trocarts vraiment capillaires au moyen desquels on peut sans douleur répéter souvent les ponctions, obtenir en plusieurs séances l'écoulement des épanchements. L'aspiration d'ailleurs peut se régler comme on le veut : cela reste à l'appréciation de l'opérateur.

M. *Isambert* remarque aussi qu'avec les appareils aspirateurs et les trocarts capillaires on n'a pas un écoulement plus rapide qu'avec le trocart ordinaire et qu'on peut ralentir à volonté, de manière à modérer la toux.

— M. *Woillez* présente un trocart destiné à transformer en une plaie fistuleuse la ponction simple dans les cas où le liquide étant formé de pus, il faut en arriver à l'opération de l'empyème. La canule du trocart est munie d'une rainure dans laquelle on glisse un bistouri : au moyen de ce dernier, on incise l'espace intercostal.

Cette présentation soulève une discussion confuse dont nous ne pouvons suivre les éléments. D'ailleurs, la Société décide de mettre ces questions à l'ordre du jour de la prochaine séance.

A. LEGROUX.

SÉANCE DU 10 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

M. *Lailler*, à propos du dépouillement de la correspondance imprimée, qui comprend le Bulletin de plusieurs sociétés médicales de la province, fait observer à ses collègues que, à l'exemple de la Société des hôpitaux de Paris, un grand nombre de sociétés de province font une étude régulière des constitutions médicales au milieu desquelles elles vivent. Il

émet le vœu que M. Besnier perfectionne, s'il est possible, les savants rapports auxquels il a habitué le public médical, en les fortifiant de l'étude des constitutions médicales de province. Il y a là évidemment une sorte de centralisation scientifique à effectuer, et la *carte* des constitutions médicales de France serait un document des plus intéressants.

La discussion sur le mode opératoire et l'aspiration dans la thoracocentèse continue.

M. *Woillez* répond en quelques mots, à propos du procès-verbal, à une objection qu'avait posée M. Galard dans la dernière séance, à l'emploi du *trocart* fendu. M. Woillez explique comment le mécanisme de ce trocart s'oppose à l'entrée de l'air dans la poitrine.

M. *Laboulbène*, empêché d'assister à la séance, répond par lettre à ce qui a été dit dans la dernière séance, de l'addition d'un robinet à la canule. Il croit que la suspension que le robinet sert à provoquer dans l'écoulement est chose mauvaise; il a vu dans une pleurésie aiguë ponctionnée le liquide cesser de couler lorsqu'il rouvrit le robinet momentanément fermé; ce phénomène tenait à la présence, dans la canule, d'un bouchon, véritable moule, qui s'était formé pendant le repos provoqué du liquide fibrinogène constituant cet épanchement aigu.

M. *Proust* envisage les inconvénients de l'aspiration en elle-même. Or, les indications sont pour lui précisément inverses dans la pleurésie aiguë et dans la pleurésie chronique.

Lorsque des fausses membranes vasculaires existent dans la poitrine, l'aspiration aurait alors pour résultat d'amener la rupture des vaisseaux de la néo-membrane; il cite à l'appui de son opinion un cas où, après avoir recueilli une certaine quantité de pus, il vit s'écouler du sang par la canule. Or, ce sang ne venait pas du poumon, puisqu'il avait été précédé par le pus; et que, d'ailleurs, une modification qu'il a fait faire au trocart de Dieulafoy forçait la pointe à revenir sur elle-même après la ponction, et s'opposait ainsi à la piqûre du poumon.

M. *Liebermann* présente à ce sujet quelques considérations qu'on trouvera dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 20, p. 326.

M. *Second-Féréol* donne lecture d'un mémoire qui, entre autres mérites, a celui de ne donner dans aucune opinion excessive et de n'avoir aucun de ces partis pris qui sont fréquents dans les questions *actuelles*; son juste milieu exprime sincèrement le résultat de sa pratique plutôt qu'il ne cherche à formuler des principes. Toute la question des indications et contre-indications de la thoracocentèse réside pour lui dans la quantité du liquide épanché et dans sa tendance à se résorber. Les épanchements rhumatismaux, généralement peu abondants et tendant plus généralement encore à la résorption, ne demandent pas, selon lui, l'intervention chirurgicale; un épanchement double ne le déterminerait pas davantage à agir; il ne considère pas la dyspnée, par elle-même, comme une indication; il veut encore que derrière cette dyspnée il y ait un épanchement abondant pour intervenir avec le trocart; il ne veut pas, en un mot, que la thoracocentèse devienne le traitement unique des épanchements.

M. Second-Féréol se pose ensuite la question de contre-indication de la thoracocentèse donnée par la présence de tubercules pulmonaires. Il ne conclut dans aucun sens d'une façon absolue. « Il y a des tuberculeux, dit-il, chez qui la thoracocentèse peut et doit même être pratiquée ». Donner ici une règle générale lui semble difficile; il ajoute qu'exclure en principe les tuberculeux de la thoracocentèse, ce serait limiter beaucoup le champ de cette opération.

La thoracocentèse a-t-elle une influence sur les récidives? Les dix-huit ponctions que M. Féréol a pratiquées en quatre mois, à l'hôpital Saint-Antoine, se répartissent sur dix malades : cinq malades ont subi 13 ponctions; les cinq autres n'en n'ont, par conséquent, subi qu'une seule; c'étaient des cas simples : après une première ponction, un vésicatoire suffit alors à enrayer la récidive. Chez les cinq malades qui ont présenté des récidives sérieuses, M. Féréol fait intervenir comme cause unique l'état général et non l'opération.

Quant au mode opératoire, M. Féréol est d'avis que l'écoulement du liquide doit avoir lieu rapidement; il a pu retirer deux litres de liquide en moins de 4 minutes. Il voit dans cette rapidité un avantage consistant d'abord dans la diminution de durée d'une opération toujours douloureuse; il croit, en outre, qu'on évite ainsi les quintes de toux angoissantes, la congestion et l'œdème pulmonaire qu'on voit parfois apparaître après la thoracocentèse.

M. Féréol se résume en disant que la thoracocentèse est une opération excellente, le plus souvent innocente et incapable d'aggraver ou de compliquer l'état des malades, dût-on l'employer un peu à tort dans les épanchements simples. Mais si dans la période ascendante d'un épanchement aigu le trocart n'est pas dangereux, il est au moins inutile; de plus, le trocart même le plus fin est douloureux; il ne faut donc user du remède que sur une indication précise, et les révulsifs, les toniques et les évacuants sont des moyens qu'il ne faut point abandonner.

Au surplus, ajoute-t-il, si l'excès est à redouter, c'est plus dans l'abstension que dans l'intervention, et c'est un des avantages du trocart fin d'effrayer moins que le trocart à hydrocèle et malade et médecin, de rendre, par suite, l'opération plus fréquente; enfin la succion est bonne parce qu'elle diminue la douleur, qu'elle évacue plus complétement la plèvre, qu'elle atténue les quintes de toux.

M. *Potain* désire resserrer la question dans l'étude seule des nouveaux appareils. Ceux-ci nous apportent-ils de nouvelles indications? Telle est la question. Produire avec le moins de douleur possible le moins de lésions possibles, tel est le but du médecin. Pour cela il faut une très-petite canule; mais pour que le liquide sorte rapidement par une petite canule, l'aspiration est nécessaire; c'est donc dans le tube que l'aspiration est nécessaire; dans la plèvre elle est inutile.

La ponction abrége-t-elle notablement la durée de la maladie? Question qui a son importance, car il est évidemment urgent d'abréger la durée. M. Potain émet, à ce sujet, une théorie qui a pour but d'expliquer pourquoi certains épanchements se reproduisent toujours à la même hauteur. Il considère les deux forces opposées, dont l'une tend à retenir le liquide dans les vaisseaux, dont l'autre tend à l'en faire sortir. Le changement apporté par un épanchement aurait pour résultat de changer les conditions d'équilibre de ces deux forces de telle façon que cet équilibre ne serait possible qu'alors qu'une quantité de liquide de ...... (toujours la même), serait épanchée; de là l'indication de ne pas laisser la plèvre s'acclimater à un épanchement. M. Potain est donc d'avis de ponctionner les épanchements même peu considérables.

M. *Isambert* fait observer avec raison qu'on traite à la fois deux pratiques qui sont cependant séparées : l'aspiration et la thoracocentèse.

Dr A. BORDIER.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'orchite rhumatismale liée à la fièvre,
par Georges DUFFEY.

L'auteur écrit sous le climat de Malte et s'occupe principalement de la fièvre éphémère et de la fièvre continue ou fièvre entérique; celle-ci semble correspondre aux formes bénignes de la fièvre typhoïde; M. Duffey a observé fréquemment des affections rhumatismales des tissus musculaires et fibreux survenues dans le cours de ces fièvres; il insiste sur l'orchite rhumatismale, dont il a recueilli dix-huit observations parmi les soldats d'un même régiment baraqué à Malte; à

l'exception de quatre cas, les malades avaient été traités comme atteints de fièvre, et presque toujours c'était dans la période de convalescence que se manifestait l'orchite; celle-ci se comportait comme une épididymite aiguë : apparition soudaine de douleurs, de tuméfactions, surtout à la partie postérieure de l'épididyme, épanchement intra-vaginal, tuméfaction du scrotum. Ces symptômes disparaissaient en trois ou quatre jours, laissant une induration persistante et souvent douloureuse. Dans un cas, il y eut production d'abcès.

L'auteur considère cette affection comme rhumatismale, tout en remarquant son apparition en quelque sorte épidémique. Il est regrettable qu'il n'ait pas signalé l'état des régions parotidiennes, afin de bien établir qu'il ne s'agissait pas d'une épidémie d'oreillons; des observations détaillées n'auraient pas été superflues pour déterminer une variété d'orchite non signalée jusqu'à présent. (*The Dublin Journal of Medical science*, février 1872.)

Travaux à consulter.

SUR LES AFFECTIONS ARTICULAIRES A LA SUITE DE L'IMMOBILITÉ PROLONGÉE, par le docteur A. MENZEL. — S'inspirant des travaux de Cloquet, Teissier, Bonnet et Volkmann, l'auteur a étudié expérimentalement les altérations articulaires consécutives à l'immobilité prolongée. Il a surtout observé des altérations dans les cartilages, état velvétique, ramollissement, par apparition de l'état fibrillaire dans la substance fondamentale, et multiplication des noyaux dans les chondroplastes, production de vaisseaux, etc. Les altérations de la synoviale ont été nulles, et ce fait établit une différence entre les résultats expérimentaux et les faits cliniques de Tessier et Bonnet. (*Archiv für klinische Chirurgie*, 12ᵉ Bd., 3ᵉ Heft.

SUR LES LÉSIONS ET LES ANÉVRYSMES DE L'ARTÈRE VERTÉBRALE, par le docteur Théodoro KOCHER. — L'auteur rapporto une observation de plaie de l'artèro vertébrale dans laquelle le tamponnement avec la charpie imbibée do perchlorure a pu arrêter l'hémorrhagie. C'est le vingt et unième cas de blessure de cette artère. L'auteur utilise la monographie d'Agiostino Barbieri, et los quatre observations do Pilz pour tracer uno étude intéressante dos faits de ce genre. (*Arch. f. klin. Chir.*, 12ᵉ Bd., 3ᵉ Heft.)

DE L'EMPLOI DU PHOSPHORE DANS CERTAINES AFFECTIONS DE LA PEAU, par le docteur Henry EAMES. — Le phosphate a été récemment introduit en Angleterre dans la thérapeutique des affections cutanées par les docteurs Burgess, Broadbent et Tilbury Fox comme succédané de l'arsenic. Suivant M. Eames, le phosphore réussit dans les cas où l'arsenic échoue; ce médecin administre le phosphore en dissolution dans l'huile ; on dissout 5 décigrammes de phosphoro dans 30 grammes d'huile et on le renferme dans des capsules contenant 1/10ᵉ, 1/20ᵉ, 1/30ᵉ de phosphore pur, dose correspondante à cinq ou dix gouttes de la solution prise trois fois par jour. Le phosphore produit à la longue de la dyspepsie, de la diaphorèse ainsi que l'arsenic, mais ces accidents disparaissent promptement par la cessation du traitement. L'auteur rapporte plusieurs observations qui démontrent les bons effets du traitement par le phosphore dans le lupus (trois observations), dans le psoriasis, le pemphigus, enfin dans les engorgements ganglionnaires chroniques volumineux. (*The Dublin Journal of Medical science*, janvier 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de pathologie externe, par E. FOLLIN et S. DUPLAY. — 3 vol. grand in-8 avec figures dans le texte. Paris, G. Masson, 37 fr.

Entreprendre la rédaction d'un traité complet de pathologie n'est pas chose commode. Mener une semblable entreprise à bon port et en arriver à écrire le mot *fin* au bout du dernier volume est plus malaisé encore — les acquéreurs du *Compendium de chirurgie* ne me contrediront pas, j'en suis certain. — Aussi ai-je toujours admiré les hommes assez courageux pour attaquer résolûment cette rude et laborieuse besogne, assez patients et assez devoués pour y consacrer de longues années, assez actifs ou assez désintéressés pour atteindre le but, pour *couronner l'édifice*, comme disaient naguère les journaux politiques. Follin était un de ces hommes, et nul doute qu'il ne fût arrivé à parfaire sa tâche, si la mort ne l'avait malheureusement arrêté alors qu'il n'avait encore terminé que les deux premiers volumes de son TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE. Chacun connaît ces deux volumes; étudiants et praticiens sont aujourd'hui fixés sur la valeur de cette œuvre remarquable dont je n'ai point à refaire l'éloge.

L'ouvrage restait donc inachevé, et c'était grand dommage. Il s'agissait de le continuer. Mais, s'il est difficile d'entreprendre pour son propre compte, combien n'est-il pas plus difficile encore de se plier aux exigences d'un plan que l'on n'a point conçu, de suivre une route dans laquelle on ne se fût peut-être point engagé *proprio motu*, et dont on ne doit cependant pas sortir, sous peine de ne donner au public qu'une œuvre disparate et mal agencée. Pour réaliser ces conditions, il faut — et je demande pardon à mes lecteurs pour la trivialité de cette expression qui rend pourtant bien ma pensée — il faut, dis-je, que le continuateur entre, pour ainsi dire, dans la peau de son prédécesseur. Or, nous savons que le vêtement n'est pas toujours fait à sa taille. C'est ce que nous avons pu voir pour une œuvre du même genre que celle de Follin, œuvre parfaitement commencée par l'auteur, puis continuée par d'autres, et devenue assez médiocre dans ses dernières parties. Pour ma part, si l'on me proposait une semblable affaire, je crois que j'aimerais mieux tout recommencer ; seulement, l'éditeur ne l'entendrait pas ainsi.

En acceptant d'être le continuateur de Follin, sans avoir été son collaborateur, M. Duplay ne s'est sans doute pas dissimulé les difficultés sérieuses qu'il aurait à surmonter, et, à ce titre, il méritait, dès le début, sinon les éloges, au moins les encouragements du public et de la critique. Follin avait, d'ailleurs, laissé quelques notes afférentes aux maladies des articulations, et ces notes ont été largement utilisées pour la confection des deux premiers fascicules du tome III; ceci soit dit sans diminuer en rien la part qui revient à M. Duplay pour la coordination de tous ces matériaux et la rédaction de ces deux fascicules dont je ne dirai rien de plus, sinon qu'ils sont tout à fait à la hauteur des deux premiers volumes publiés par Follin.

J'arrive à l'examen de la troisième partie, intitulée : *Maladies des régions*. C'est ici que commence, à proprement parler, l'œuvre personnelle de M. Duplay. Elle comprend, dans un premier chapitre, les *maladies du crâne :* lésions traumatiques, vitales, organiques, etc., des parties molles, des os, des méninges et du cerveau. Ce chapitre occupe, à lui seul, près de deux cents pages : c'est dire qu'il est extrêmement complet, car, si l'on peut reprocher quelque chose à l'auteur, ce n'est certes pas de s'abandonner au verbiage. Pas un de ses mots qui ne porte; tout cela est compacte et bien rempli, sans devenir indigeste à la lecture. Le second chapitre traite des *maladies du rachis et de la moelle épinière.* Comme quantité, il est inférieur au précédent, et cela se conçoit; mais comme qualité il ne lui cède en rien. Le dernier chapitre du volume est consacré aux *maladies de l'appareil olfactif.* Je pourrais même aller plus loin, et si je ne craignais de commettre une indiscrétion, je vous dirais que j'ai eu la bonne fortune de posséder ces jours-ci les épreuves du premier fascicule du tome IV, un fascicule qui va bientôt paraître, et qui contient les *maladies de l'appareil auditif.* Je n'apprendrai rien à personne en disant que ces deux parties du livre sont traitées de main de maître; car lorsqu'il s'agit des maladies du nez ou des oreilles chacun sait que M. Duplay est déjà un maître. On trouvera, dans le premier de ces deux chapitres, la description et la figure du *speculum nasi* et du *rhinoscope*, deux instruments ingénieux inventés par l'auteur, et aujourd'hui passés dans la pratique, pour l'exploration complète de tout l'appareil olfactif.

Après ces éloges, je voudrais pourtant bien adresser quelques reproches à M. Duplay, ne fut-ce que pour lui prouver que

j'ai lu son livre; mais je ne m'en sens pas le courage, et voici pourquoi : Lorsqu'on apprécie une œuvre didactique et générale, comme celle dont il est question, la critique ne peut guère attaquer que des choses d'ensemble; descendre aux détails serait presque de la puérilité. Or, mes observations porteraient sur des points si secondaires, si insignifiants, qu'elles feraient probablement hausser les épaules à M. Duplay et qu'elles me nuiraient certainement à moi-même dans l'esprit de mes lecteurs. Que penseriez-vous, en effet, d'un critique d'art qui vous signalerait la forme défectueuse d'un doigt ou d'un orteil dans le tableau des noces de Cana? J'aime donc mieux me taire, ou plutôt me résumer en ces quatre mots, qui s'appliquent autant à la rédaction qu'à l'exécution matérielle du livre : l'ouvrage a été bien commencé et bien continué; espérons qu'il sera bien et bientôt fini.

V. Paulet.

VARIÉTÉS.

Assistance publique dans les campagnes.

(Suite. — Voyez le numéro 19).

La charge de la médecine cantonale dans un département où elle a été si bien constituée, représente à peine, on le voit, une dépense de 1100 francs pour chacune des circonscriptions cantonales comprenant un ou plusieurs cantons.

On doit donc facilement reconnaître qu'on ne grèverait pas bien lourdement les budgets départementaux ou municipaux en étendant à la France entière cette excellente organisation. Quels avantages n'en tirerait-on pas, dans l'intérêt de la santé publique et par l'accroissement des produits du travail?

On a cependant élevé de vives critiques contre l'établissement des médecins cantonaux; nous ne pouvons les passer sous silence.

« Cette institution serait, a-t-on dit, un nouveau développement du système de la charité légale, qui crée de faux indigents et accroît les maux qu'il cherche à prévenir. Les médecins libres se font un devoir de prodiguer gratuitement leurs soins aux malades pauvres, qui dédaignent plus les secours de l'art, qu'ils n'en sont réellement privés. Lorsque des médecins cantonaux, dont la principale pensée sera, quoi qu'on fasse, de se former une clientèle fructueuse, auront été établis, les médecins libres se croiront dispensés d'aider de leurs conseils les pauvres malades qui, en définitive, perdront plus qu'ils ne gagneront à l'institution nouvelle.

» Les médecins ne manquent pas en France, mais ils sont répartis sur le territoire d'une manière étrangement inégale; or, l'exemple de l'Alsace prouve que les médecins cantonaux éloignent les médecins libres et diminuent les ressources médicales d'une contrée. Pour parer à cet inconvénient, il faudra multiplier les médecins cantonaux, en créer deux ou plusieurs par canton, les surveiller attentivement afin qu'ils n'oublient pas le vrai caractère de leurs fonctions, et les rétribuer de façon qu'ils puissent fournir gratuitement des remèdes aux indigents. Les budgets départementaux n'y suffiront pas. »

On objecte encore la nécessité de respecter l'indépendance du malade dans le choix du médecin : on ne doit pas, dit-on, faire violence à sa confiance, à ses préférences même, au milieu de ses souffrances.

Ces objections diverses tomberont, suivant nous, en face de la généralisation de l'institution de la médecine cantonale, de la considération et du crédit qu'elle s'acquerra au sein des populations, de la coopération que lui apporteront les médecins eux-mêmes. L'expérience et la reconnaissance des services rendus vaincront, nous n'en doutons pas, bien des résistances et bien des préjugés.

Nous offrons d'ailleurs les moyens d'obvier à tous les inconvénients signalés. Notre projet propose de faire délivrer, comme mode d'exécution et de contrôle de l'organisation médicale, des bons de visite et consultation aux malades, par l'entremise et sous la surveillance des bureaux de bienfaisance des communes. Ces bons, remis à un médecin du canton, librement choisi par le malade, serviront à établir chaque année le nombre des visites faites par chacun.

Il y aura aussi un système de surveillance du service de l'assistance, d'état de la dépense et même de statistique tout naturellement établi.

Nous laisserions donc à tous les médecins exerçant leur profession dans le même canton la faculté de s'organiser entre eux en syndicat, dans le cas où ils voudraient se concerter pour prendre en commun la charge de l'assistance médicale de leur circonscription.

Nous n'imposerions même pas au malade, à défaut de cette entente, les soins du médecin de l'administration.

Nous investirions, de préférence, du mandat d'exercer l'assistance, des médecins déjà accrédités dans le canton, qui ne sauraient dédaigner, nous n'en doutons pas, une juste amélioration dans leur modeste position.

Peut-être éviterait-on ainsi des rivalités et des résistances qui, dans quelques départements, ont empêché les tentatives d'organisation de la médecine cantonale d'aboutir au succès. On donnerait aussi, par ce moyen, une entière satisfaction au droit si respectable du malade de choisir son médecin.

Dans ce cas, tous les médecins d'un même canton qui voudraient concourir à l'œuvre de l'assistance pourraient y participer, et leur rémunération serait proportionnelle aux services rendus. Ce n'est, d'après ce système, que dans les seuls cantons où le corps médical négligerait les soins de l'assistance, ou dans ceux actuellement dépourvus de médecins, qu'un titulaire spécial serait nommé pour assurer le service de la santé publique.

L'organisation des secours pharmaceutiques n'est pas moins importante ni moins essentielle à nos yeux que celle des secours médicaux.

Il existe en France des régions entières qui sont dépourvues d'officines médicinales; dans les vastes départements de montagnes, le Puy-de-Dôme, notamment, on pourrait parcourir quatre ou cinq cantons contigus sans y rencontrer une pharmacie : les médecins seuls disposent, dans ces contrées, à l'usage de leurs clients, ou en les donnant par sentiment de bienfaisance, de quelques remèdes rudimentaires. Le plus souvent, la facilité de se procurer un médicament pour les secours urgents en cas d'accident et les premiers soulagements de la maladie, fait absolument défaut.

Nous avons vu passer bien des gouvernements se proclamant particulièrement soucieux de l'assistance, de la protection du travail et des besoins des classes ouvrières; bien des hommes d'État se disant dévoués aux intérêts des masses qui représentent, par le suffrage, les assises mêmes de nos institutions ; aucun d'eux cependant n'a su pourvoir à un état de choses dont le spectacle est si attristant pour l'humanité.

Nous voudrions, à cet égard, tout en protégeant la sécurité des personnes contre la délivrance des substances nuisibles, par la surveillance du médecin cantonal, laisser la plus grande latitude à l'établissement des dépôts de médicaments. Est-ce en effet le cas, en face d'une affligeante pénurie de secours, d'engager une lutte mesquine sur la capacité des dépositaires ? de contester de parti pris, par exemple, à des établissements religieux le droit d'ouvrir des pharmacies où l'indigent trouve les plus urgents et les plus utiles soulagements?

Non, il faut s'éclairer, en cette matière, des sentiments délicats de la bienfaisance, et moins regarder d'où elle vient que s'efforcer d'assurer partout et toujours la facilité et la libéralité de ses secours!

Des dépôts de médicaments seront d'abord établis chez le médecin du canton, cela est nécessaire. On pourra aussi déposer utilement, dans les mairies des communes, certains remèdes essentiels pour la facilité des premiers secours dans les cas pressants.

Enfin, s'il appartient au législateur d'ouvrir la voie de l'assistance et de susciter l'élan des cœurs généreux, il doit compter également sur l'initiative individuelle pour féconder par l'expérience et la pratique toutes les dispositions d'une loi qui s'inspire des vues les plus élevées d'humanité.

Secours hospitaliers.

Si partisans que nous soyons de l'organisation la plus large de l'assistance sous la forme du secours à domicile, nous ne pouvons méconnaître que, dans beaucoup de circonstances, à raison même de la nature du mal dont il est atteint, l'hospice est, pour le malade pauvre, un moyen d'assistance que rien ne peut remplacer. Nous devons donc porter notre attention sur l'état actuel de nos établissements hospitaliers, et nous demander si cette branche de l'assistance publique est parvenue à un développement en rapport avec les besoins et les nécessités auxquels elle doit pourvoir.

La création des établissements hospitaliers a été la préoccupation constante de la charité chrétienne dès l'année 787. Le second concile de Nicée ordonnait, dans son article 70, l'érection, dans chaque ville, d'un asile hospitalier.

Cette tradition fut suivie par l'Eglise à travers les temps les plus agités du moyen âge : partout en France des hospices furent établis pour les vieillards, les femmes, les enfants ; on créa en outre des « maladreries » et des « léproseries » dans les lieux isolés.

De nombreux règlements furent édictés par nos anciens rois pour l'extension de ces établissements non-seulement dans les villes, mais encore dans les villages des campagnos.

Plus tard, les déclarations du mois de juin 1662 et du 20 juillet 1677 ordonnèrent qu'il serait incessamment établi un hôpital en chacune des

villes et gros bourgs du royaume pour les pauvres et les orphelins. 2,000 hospices furent ainsi fondés. C'est grâce à cette législation, qui a été l'objet de tant d'attaques, que nous voyons subsister encore la plupart des hôpitaux actuellement existants.

Les lois de la Révolution, notamment celle du 23 messidor an II, spolièrent les établissements charitables et réunirent au domaine national l'actif et le passif de ces établissements.

Le nombre des hospices diminua alors considérablement, et la sollicitude des gouvernements qui se sont succédé depuis la période révolutionnaire n'a pu parvenir, par des efforts et des améliorations soutenues et successives, à en accroître le développement, ni même à les rétablir dans leur état passé.

D'après la statistique relevée par M. de Watteville (en 1847), le nombre total des hospices ou hôpitaux en France est de 1338; leurs revenus s'élèvent à 53,632,992 francs.

Parmi ces établissements charitables, 188 sont situés dans les chefs-lieux de département; ils représentent 35 millions de revenus.

Les autres se répartissent ainsi : 318 dans les chefs-lieux d'arrondissement; 840 dans les chefs-lieux de canton.

On voit que cette répartition est très-défavorable aux campagnes, surtout pour leur part afférente des revenus.

La distribution topographique des asiles hospitaliers n'est pas moins vicieuse.

Il ne s'est pas fondé en France 30 hôpitaux depuis un demi-siècle: les dons se sont accumulés sur certains établissements favorisés, sans que l'on ait songé à faire un emploi plus judicieux de ces ressources en créant de nouveaux établissements.

La distribution défectueuse des hôpitaux ou des hospices dans les départements, autant que la répartition inégale de leur fortune, est un obstacle souvent insurmontable au bien qu'on pourrait en attendre. Ainsi quatre-vingts administrations hospitalières sur 1164 possèdent 38 millions de revenus ordinaires, tandis que 669 de ces mêmes administrations n'ont pas trois millions, ce qui établit seulement, pour chacune d'elles, un revenu moyen de 4500 francs environ.

La position des hôpitaux a son importance : dans tel département, ces établissements sont nombreux ; ailleurs fort rares, et parfois si éloignés de certaines communes, qu'il faut parcourir, pour y arriver, plusieurs myriamètres; il devient ainsi impossible, pour le pauvre des campagnes, de s'y rendre en cas de maladie ou d'accident.

(La fin à un prochain numéro.)

— École du Val-de-Grace. — M. le professeur Laveran a été nommé directeur du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Michel Lévy. Il a reçu en cette qualité, il y a quelques jours, le corps des professeurs et des agrégés de l'École. L'esprit d'équité, la rectitude de jugement et la connaissance des questions administratives seront, chez M. Laveran, de précieuses qualités pour l'exercice de ses nouvelles fonctions.

Eaux minérales. — Une *proposition de loi* vient d'être faite à l'Assemblée par MM. Parent, Guiter, etc., relativement à la législation des eaux minérales (séance du 2 mai); elle conclut à la liberté absolue d'exploitation, et à celle de l'usage médical, ainsi qu'à la suppression de l'inspectorat.

— M. le docteur Briau a cessé de pratiquer la médecine aux Eaux-Bonnes. Il y est remplacé par M. le docteur Raoul Leroy, auteur d'un travail très-estimé sur l'*anémie*.

— Le docteur Grimaud, ex-médecin inspecteur des eaux de Niederbronn (Bas-Rhin), est nommé médecin inspecteur de l'établissement thermal de Baréges (Hautes-Pyrénées), en remplacement du docteur Lo Bret, démissionnaire, qui est nommé inspecteur honoraire dudit établissement thermal.

Faculté de médecine a Bordeaux et a Lyon. — Le Journal officiel du 19 mai contient le texte d'une proposition de loi, signée de plus de trente représentants, relative à la création d'une Faculté de médecine et d'une École supérieure de pharmacie à Bordeaux. On sait que le Conseil municipal de Bordeaux a pris à sa charge toutes les dépenses d'organisation et d'entretien de la Faculté, et s'est engagé à verser au Trésor, en fin d'exercice, une somme égale à l'excédant des dépenses sur les recettes. En outre, un rapport favorable a été déposé sur le bureau de l'Assemblée (séance du 17 mai), par M. Francisque Rive, concernant la création d'une Faculté de médecine et d'une École de pharmacie à Lyon.

Exemple a suivre. — Le conseil municipal de Lyon, jaloux de donner à l'École de médecine un témoignage de sympathie, a non-seulement augmenté les émoluments des professeurs, mais a encore voté une somme spéciale pour rétribuer plus convenablement les prosecteurs, les chefs de clinique et les préparateurs de divers cours, en émettant le vœu que ces dernières places fussent toutes, à l'avenir, mises au concours. (*France médicale.*)

Peste bovine. — Le rapport sur les crédits demandés par le Gouvernement pour faire face aux dépenses occasionnées par la peste bovine a été fait à l'Assemblée dans la séance du 4 mai. Il conclut à accorder un crédit supplémentaire de 4250 fr. sur l'exercice 1871, et un crédit extraordinaire de 15 000 fr. sur l'exercice 1872.

— Les militaires amputés par suite de blessures reçues pendant la campagne 1870-1871 et pendant l'insurrection, qui par leur position de fortune ne peuvent se procurer les membres artificiels et les appareils qui leur sont nécessaires, peuvent en faire la demande au ministère de la guerre. (Direction générale du commerce et de la comptabilité.)

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 11 au 18 mai 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 6. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 6. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 39. — Pneumonie, 19. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 13. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 197. — Affections chroniques, 320 (1). — Affections chirurgicales, 88. — Causes accidentelles, 16. — Total, 806.

Londres : Décès du 5 au 11 mai 1872, 1250; variole, 39 ; rougeole, 35 ; coqueluche, 83 ; bronchite, 121 ; pneumonie, 58.

Florence : Décès du 28 avril au 4 mai 1872, 122 ; fièvre typhoïde, 5; bronchite et pneumonie, 13 ; angine et croup, 10.

Rome : Décès du 29 avril au 5 mai 1872, 157 ; fièvre typhoïde, 11 ; variole, 14 ; diphthérie et croup, 19.

Bruxelles : Décès du 28 avril au 5 mai 1872, 89; variole, 4 ; croup et angine, 2 ; bronchite et pneumonie, 10.

(1) Sur ce chiffre de 320 décès, 163 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Erratum. — Dans le dernier article de la Gazette sur la thoracocentèse, page 323, 1re col., 18e ligne, *au lieu de* car le grand point est de soutenir les forces du malade, *lisez* puis le grand point est, etc.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 30 mai 1872.

LA PYOHÉMIE A LA SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE DE LONDRES ET AU CONGRÈS DES CHIRURGIENS ALLEMANDS.

La pyohémie a été mise à l'ordre du jour dans deux réunions scientifiques, en Angleterre et en Prusse ; mais tandis que chez nos confrères de Londres cette question a été accueillie avec intérêt, il n'en a pas été de même dans le congrès des chirurgiens allemands, où la discussion n'a pu s'engager. A Berlin comme à Londres, l'attention des pathologistes a été appelée sur la théorie de la pyohémie par fermentation, c'est-à-dire la théorie dans laquelle les lésions caractéristiques sont attribuées au développement de bactéries ou infusoires élémentaires considérés par un grand nombre d'observateurs comme appartenant au règne végétal, et souvent désignés sous le nom de *Microsporon*, en allemand *Pilz*.

M. Roser a proposé aux chirurgiens allemands d'employer l'influence du congrès à la vérification de la théorie de la pyohémie par développement d'infusoires végétaux. Suivant lui, il est urgent de porter un jugement sur la valeur de cette théorie, les chirurgiens praticiens ne pouvant entreprendre ce travail parce que le temps, la compétence nécessaire pour ces études si délicates, l'organisation matérielle, toutes ces conditions complexes des recherches expérimentales leur manquent; il ajoute même qu'il y aurait à craindre que le chirurgien transportât du laboratoire au lit du malade les germes de l'affection qu'il chercherait à multiplier expérimentalement.

M. Roser a présenté un véritable programme des expériences à faire pour démontrer définitivement le rôle des *Microsporon* dans la pyohémie. Cette communication a été froidement accueillie dans le congrès, sans doute parce qu'elle avait le tort d'être trop restreinte. Les chirurgiens semblent avoir pensé qu'il n'y avait pas lieu de donner une importance exceptionnelle à cette théorie particulière, par la création d'encouragements officiels, ou par la nomination d'une commission, le choix d'experts, l'institution d'un prix ; et les propositions de Roser n'ont trouvé aucun écho. Il est permis de le regretter; le congrès, en mettant la question de la pyohémie au nombre de celles qu'il aura à discuter l'année prochaine, aurait montré qu'il comprend la nécessité de provoquer des travaux susceptibles d'élucider l'étiologie et la pathogénie de l'infection purulente.

D'ailleurs on peut se passer des encouragements venant de l'Allemagne, ainsi que le prouve la discussion qui a eu lieu à la Société pathologique de Londres. La communication de M. Sanderson y a fait grande sensation, parce que ce chirurgien apportait une doctrine bien définie et qui, sans être réellement neuve, s'appuyait sur des expériences fort curieuses. La théorie de M. Sanderson comprend trois termes principaux : les produits inflammatoires sont la cause d'une série d'accidents qui s'étend depuis la fièvre légère jusqu'à la pyohémie; les lésions de l'infection purulente sont dues à une altération particulière caractérisée par la présence de bactéries dans les produits d'inflammation et dans le sang; enfin la tuberculose doit être rapprochée de la pyohémie comme une manifestation chronique de l'intoxication par les produits inflammatoires. Les arguments principaux sur lesquels s'appuie M. Sanderson sont tirés de l'expérimentation.

Il démontre que les liquides inflammatoires présentent des degrés variables de nocivité, par une série d'expériences qui représentent une sorte de *culture* du pus. Il injecte du pus louable dans la cavité péritonéale d'un animal ; quelques heures plus tard il reprend ce pus pour l'injecter dans le péritoine d'un second animal où il le laisse deux jours; à partir de ce moment, le pus contient des bactéries et il est éminemment toxique; il produit chez d'autres animaux la pyohémie.

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Suite. — Voyez les numéros 8, 9, 11, 13, 16, 17 et 20.)

SUISSE.

La constitution de la République helvétique a laissé à chacun des cantons de la Confédération son organisation intérieure et le soin d'en régler les détails. Au point de vue qui nous occupe, nous avons à considérer, d'une part, l'organisation de la médecine dans les dix-sept cantons de langue allemande, et d'autre part, celle très-peu compliquée des quatre cantons de langue française et de celui de langue italienne.

Ces derniers, Neufchatel, Vaud, Genève et le Valais pour la langue française, le Tessin pour la langue italienne, n'ont pas de Facultés de médecine. Les jeunes gens des cantons de langue française qui désirent suivre la carrière médicale sont obligés de se rendre près d'une université allemande, suisse ou non, ou en France à Paris et à Strasbourg. Ils ont pu faire de bonnes études préparatoires sur les sciences naturelles dans les institutions du pays appelées académies, qui font suite aux gymnases, et, grâce à ces études, ces jeunes gens se trouvent généralement classés parmi les bons élèves. La Suisse française n'a jamais manqué de bons et nombreux médecins. Ceux du canton du Tessin vont suivre le plus souvent les cours des Facultés de Turin, Pavie, etc. Dans les cinq cantons français et italien, le médecin qui veut pratiquer n'a plus qu'à présenter le diplôme qui, dans le pays où il a été délivré, entraîne avec lui le droit d'exercice; ainsi celui de docteur en médecine français ou italien, etc. Si, au contraire, il s'agit d'un diplôme de l'un des pays allemands où l'examen d'état est de rigueur, le médecin doit être muni du certificat attestant qu'il a passé ledit examen. Mais il n'en est plus de même pour les dix-sept

En outre, le plus souvent l'injection de ce pus détermine la production d'abcès métastatiques, mais aussi quelquefois il détermine la tuberculose.

M. Sanderson est donc amené à considérer la tuberculose comme une affection de même nature que la pyohémie, et ces deux affections seraient de nature parasitaire, puisque des bactéries existeraient invariablement dans les produits inflammatoires qui les déterminent.

En somme, la théorie de M. Sanderson n'est pas nouvelle, et depuis les expériences si variées au sujet de l'inoculation de la tuberculose, de nombreux observateurs ont trouvé la tuberculose à la suite de l'inoculation de produits inflammatoires; et comme on peut s'en convaincre en consultant la thèse de Damaschino, il s'en faut de beaucoup que cette question puisse être considérée comme facile à résoudre dans l'état actuel de nos connaissances. Mais ce qui appartient davantage à M. Sanderson, c'est l'affirmation que la présence des bactéries est caractéristique des propriétés pyohémiques ou toxiques du pus.

Cette question de la présence des bactéries revient périodiquement, avec une persistance que n'arrêtent pas les objections si graves qui doivent mettre les observateurs en garde vis à vis d'une interprétation trop exclusive ou trop hâtive de l'importance des bactéries. On sait que dans presque toutes les maladies infectueuses, on a trouvé des bactéries : dans les produits inflammatoires (croûtes, débris épithéliaux dans la rougeole, la variole, etc.), dans les plaies, dans le sang (par exemple dans l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, l'infection purulente, le choléra, etc.), si bien qu'il est difficile d'admettre que les bactéries soient une preuve de propriétés aussi spéciales que celles qui déterminent la pyohémie avec abcès métastatiques ou la tuberculose. Les bactéries existent dans tous les produits septiques, dans tous les produits inflammatoires humides longtemps exposés à l'air, et à moins qu'on ne démontre que pour les accidents de septicémie, les bactéries diffèrent de celles qu'on observe dans le typhus, le choléra, le pus variolique, la lymphe vaccinale, nous ne saurions quant à présent accorder avec M. Sanderson une importance aussi considérable à la présence des bactéries dans les produits inflammatoires comme cause de leur nocivité; mais nous sommes tout disposé à reconnaître qu'il est important d'étudier les conditions qui président au développement des bactéries, dont la présence constitue un des phénomènes les plus remarquables de la plupart sinon de toutes les maladies infectieuses.

A la Société pathologique, il s'est élevé des protestations contre la théorie émise par M. Sanderson. M. Hulke a fait un plaidoyer énergique en faveur de la séparation de la septicémie et de la pyohémie, et il a précisément invoqué l'action du *pus pur et simple*, comme un argument en faveur de cette distinction. M. Spencer Wells, de son côté, a cité les arguments qui plaident en faveur de la nature chimique du poison septicémique.

Ainsi que le montre cette rapide analyse, la question de la pyohémie soulèvera encore bien des discussions, excitera bien des recherches, avant qu'on n'en possède une histoire pathologique complète; et nous ne devons ni nous étonner, ni nous décourager de ces difficultés, dans une question étroitement unie aux progrès de nombreux problèmes de pathologie générale.

A. H.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Étude sur les maladies du bulbe rachidien, par le docteur H. Bourdon (1).

De nombreux travaux sur le système nerveux ont été publiés depuis quelques années, en France et à l'étranger, travaux qui ont eu surtout pour but de rechercher les lésions anatomiques dont chacune des portions de ce système peut être atteinte, et les symptômes qui en révèlent l'existence.

On a déjà fait dans ce champ si vaste de très-précieuses découvertes; néanmoins, il reste encore bien des questions intéressantes à étudier et à élucider, bien des points obscurs.

D'importantes monographies ont été écrites sur les maladies du cerveau, de la protubérance annulaire et de la moelle épinière; mais sur les affections du bulbe rachidien aucun travail d'ensemble n'a encore été entrepris. C'est qu'en effet une œuvre semblable exigerait, pour être complète, une quantité considérable de faits d'une valeur incontestable, et s'il existe dans la science un certain nombre d'observations, dont quelques-unes offrent le plus grand intérêt, elles manquent pour la plupart de détails anatomiques et symptomatiques suffisamment précis. Ajoutons que dans beaucoup d'entre elles les

(1) *Extrait* du mémoire présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 26 mars 1872.

---

cantons suisses de langue allemande : ces cantons ont passé entre eux une convention, aux termes de laquelle tout médecin, docteur ou non, national ou étranger, qui veut exercer la médecine est obligé de passer un examen dit de concordat, ou examen capital, divisé en deux parties. Ce fait de jurisprudence assimile à cet égard ces dix-sept cantons de la Suisse à la plupart des États de l'Allemagne où l'examen d'état est institué.

Les trois Facultés de médecine de la Suisse font partie des universités de Bâle, Berne et Zurich. Berne instruit 130 à 140 élèves chaque année, Zurich 130 à 160, Bâle, la plus ancienne des universités, un peu moins.

L'âge requis est dix-huit ans. L'élève doit justifier de l'examen du collége, qui comprend : le latin jusqu'à Horace, un peu de grec, les mathématiques : géométrie analytique et équations du second degré. La durée des études est de quatre ans et demi à cinq ans. La présence des élèves est exigée aux cours, et des certificats *ad hoc* sont délivrés à la fin de chaque semestre. L'immatriculation coûte 10 francs; chaque cours au-dessous de six heures par semaine, 6 francs; de six à huit heures, 15 francs; de plus de huit heures, 23 francs. L'examen de doctorat à la Faculté coûte 300 francs, le premier examen d'état 30 francs et le second 90 francs. L'examen de doctorat peut être passé après la quatrième année d'études, il ne donne pas le droit d'exercice; c'est donc simplement, je le répète, un diplôme scientifique. Il est délivré assez rarement à des savants étrangers qui ont illustré la science. La chirurgie n'est pas séparée de la médecine, ni les accouchements : il n'y a donc qu'un seul titre, celui de docteur. Les épreuves sont appréciées à l'aide de trois mentions : très-bon, bon et suffisant. Les thèses peuvent être passées en latin, français, allemand ou italien. Les divers examens, y compris celui du doctorat, ont lieu devant des professeurs de la Faculté.

Une fois muni de son diplôme de docteur, le titulaire, pour pouvoir exercer la médecine dans les dix-sept cantons de langue allemande et aussi dans les autres, ainsi que nous

altérations n'ont pas pour siége exclusif le bulbe rachidien : elles s'étendent, soit à la protubérance, soit au cervelet, soit à la moelle, quelquefois à plusieurs de ces parties. De pareilles observations ne peuvent donc servir à résoudre les questions de séméiologie qui se rattachent particulièrement aux maladies du bulbe.

Ayant pu réunir plusieurs faits cliniques inédits assez complets, et dont quelques-uns nous appartiennent, nous les avons joints à ceux qui étaient déjà connus; nous avons comparé et classé toutes ces observations, dans la pensée de rassembler des matériaux qui pourront servir plus tard à constituer une pathologie du bulbe rachidien.

Les faits se divisent naturellement en trois groupes. Dans le premier se rangent ceux dans lesquels les lésions intéressent la région antérieure de l'organe. Ces lésions sont d'abord des sections ou des déchirures, soit par cause traumatique, soit par hémorrhagie spontanée. Si elles sont assez étendues, si elles se produisent subitement elles occasionnent une mort instantanée, comme dans les cas où l'organe est brusquement comprimé ou désorganisé, par le fait d'une luxation ou d'une fracture des premières vertèbres cervicales. La mort arrive par arrêt de la respiration, cette fonction étant placée sous la dépendance immédiate du bulbe. Si l'altération est peu étendue et unilatérale, elle produit une hémiplégie qui est ordinairement croisée, mais qui peut être directe, comme dans les deux cas que nous citons. La lésion porte alors sur le faisceau longitudinal le plus externe, lequel ne participe pas à l'entrecroisement. A ce sujet nous rappelons les expériences de M. le professeur Vulpian, qui confirment cette explication.

Quand les éléments nerveux ne sont que dégénérés, détruits en partie ou simplement comprimés, c'est-à-dire quand il y a ramollissement, sclérose ou atrophie des pyramides antérieures ou des parties situées immédiatement au-dessous ou sur les côtés, on voit survenir des troubles de la motilité de formes très-variées : ce sont tantôt du tremblement choréiforme apparaissant exclusivement pendant les mouvements volontaires, tantôt un tremblement rhythmé continu, comme dans la paralysie agitante, tantôt des contractures intermittentes, des spasmes convulsifs ou de véritables crises épileptiques. Tous ces phénomènes pathologiques ont néanmoins ceci de commun qu'ils occupent les quatre membres, le tronc et la face, qu'ils s'étendent quelquefois à la langue, au voile du palais et même aux organes de la respiration; qu'enfin ils ne s'accompagnent d'aucun trouble de la sensibilité, des sens ou de l'intelligence.

Ces désordres du mouvement n'indiquent pas une interruption du passage de l'influx nerveux, comme quand il y a solution de continuité. Si l'on voulait les expliquer, on pourrait dire que les uns dépendent d'une transmission incomplète ou intermittente des incitations motrices, d'où résulteraient les mouvements choréiformes pendant les actes et le tremblement rhythmé, tandis que les autres seraient causés par une excitation morbide des éléments nerveux, déterminant les contractures, les convulsions et les crises épileptiques.

A côté de ces observations, nous devons citer trois faits dans lesquels, avec une lésion grave de la moelle allongée intéressant les pyramides antérieures et les corps olivaires, on n'a pas observé de désordres de la motilité du côté des membres. De ces faits, nous croyons pouvoir conclure que la conservation des mouvements normaux est bien moins liée à l'intégrité des régions tout à fait antérieures du bulbe rachidien qu'à celles des parties qui sont placées immédiatement au-dessous, c'est-à-dire plus profondément.

Les recherches anatomiques récentes et les expériences des physiologistes viennent du reste à l'appui de cette opinion. Stilling avait déjà démontré que les pyramides antérieures n'étaient pas, comme on le croyait, les prolongements des cordons antérieurs de la moelle, et que leurs fibres naissaient sur la ligne médiane du bulbe. M. Lockart Clarke a été plus loin; il a trouvé, dans ses études microscopiques, que les fibres qui forment ces pyramides viennent des corps gris de Rolando, des corps restiformes, des pyramides postérieures et du centre gris qui entoure le canal central. Ces fibres se dirigent d'arrière en avant et obliquement en s'entrecroisant de façon à constituer un réseau à mailles excessivement petites; sur les côtés et près de la surface de l'organe se trouvent les faisceaux intermédiaires, composés de fibres longitudinales qui sont les véritables prolongements des faisceaux latéro-antérieurs de la moelle. Avec cette structure, que nous font bien saisir les planches icono-photographiques de M. Duchenne (de Boulogne), on comprend l'innocuité, dans certains cas, de lésions occupant les régions antérieures du bulbe, la transmission des incitations motrices pouvant se faire par les autres éléments contenus dans l'organe, pourvu toutefois que la continuité de ces éléments ne soit pas complétement interrompue.

Les expériences faites sur les animaux, et particulièrement celles de Schiff, viennent à l'appui de cette interprétation des faits.

Dans un second groupe, nous avons réuni les cas dans lesquels les altérations sont plus centrales et se rapprochent du plancher du quatrième ventricule. Les anatomistes que nous venons de citer ont découvert dans ces régions de petites masses de cellules formant les noyaux d'origine des nerfs hypoglosse, spinal supérieur, facial et pneumogastrique; on conçoit parfaitement que toute lésion qui atteint tant soit peu grièvement ces centres nerveux, amène des troubles fonctionnels des organes placés sous leur dépendance.

C'est, en effet, d'après les importantes recherches microscopiques de M. Charcot, la dégénérescence atrophique de ces noyaux cellulaires qui caractérise anatomiquement la para-

---

l'avons déjà dit, doit se présenter à une commission d'état qui se réunit tous les ans au siége de chaque université. Cette commission est composée de professeurs de la Faculté et de médecins non professeurs. Ses membres sont nommés par une commission centrale présidée par le conseiller fédéral chargé de la direction des affaires intérieures, et cette commission centrale se compose d'un ou deux représentants de chaque canton allemand. Les examinateurs sont nommés pour quatre ans; ils n'ont point de titre particulier et reçoivent pour seuls honoraires une vacation de 6 francs par chaque demi-jour d'examen.

Cet examen d'état (examen capital ou de concordat) est divisé en deux parties. Première partie, théorie : physique, chimie, botanique, zoologie, anatomie de l'homme, anatomie comparée, histologie et physiologie. Deuxième partie, pratique : médecine, chirurgie, accouchements, anatomie pathologique, médecine légale. Les candidats doivent présenter d'abord des ravaux écrits et subir ensuite un examen oral. Ils ont à traiter des maladies internes et externes, font une opération chirurgicale sur le cadavre et un accouchement ou une manœuvre obstétricale, soit sur la femme vivante, soit sur le mannequin.

Chaque Faculté se compose de professeurs ordinaires et extraordinaires; il existe aussi des *Privat-docenten*. Les professeurs ordinaires et extraordinaires reçoivent des honoraires fixes qui varient de 1000 à 6000 francs, auxquels s'ajoutent les leçons payées par les élèves. Les premiers, dits de première classe, se recrutent parmi les derniers, dits de seconde classe. Ils sont nommés par l'État, sans concours. L'assemblée des professeurs choisit le doyen, qui est élu pour un an seulement. Les *Privat-docenten* sont nommés par la Faculté; ils doivent être docteurs en médecine, passer un examen et justifier de leurs titres, consistant en des travaux scientifiques, ou présenter un mémoire inédit sur un sujet correspondant à la matière sur laquelle ils désirent enseigner, et qui est indiquée sur le programme de la Faculté. Ils ont à faire un cours d'essai de la durée d'une heure au moins, sur la même matière. Lorsqu'il

lysie labio-glosso-laryngée. Les lésions de cette maladie n'étant pas encore très-connues, nous en donnons une description assez détaillée : nous faisons remarquer qu'elles occupent exclusivement les noyaux d'origine de plusieurs nerfs qui sont associés pour l'accomplissement de certains actes fonctionnels, comme l'articulation des mots, la déglutition et la phonation. Nous montrons ensuite que la dégénérescence progresse de bas en haut, en commençant par les cellules inférieures de l'hypoglosse, du spinal et du facial, pour atteindre celles du pneumogastrique, dont le noyau ne peut être franchi sans que la mort survienne. La marche des symptômes paralytiques est du reste parfaitement en rapport avec la progression ascendante de l'altération, puisque les muscles de la langue sont les premiers affectés, que plus tard les muscles moteurs du voile du palais sont atteints à leur tour, et après ceux-ci l'orbiculaire des lèvres. Dans une dernière période, les organes de la respiration se prennent, et l'on voit survenir de la dyspnée, des accès de suffocation et des syncopes.

L'ensemble des symptômes qui appartiennent à la paralysie labio-glosso-laryngée peut être lié à d'autres lésions qu'à l'atrophie des cellules formant les noyaux d'origine des nerfs bulbaires. Et d'abord cette atrophie, au lieu d'être primitive, peut être secondaire, c'est-à-dire sous la dépendance d'une inflammation ou d'une sclérose du bulbe. Ensuite les cellules peuvent être détruites par une hémorrhagie, par un ramollissement survenant spontanément ou sous l'influence de l'oblitération des artérioles qui servent à la nutrition de ces éléments nerveux. A ce propos, nous citons deux cas excessivement intéressants de M. le docteur Proust, dans lesquels il y a eu embolie d'une artère vertébrale, près de son abouchement avec le tronc basilaire; dans l'un d'eux se sont manifestés tous les symptômes de la paralysie labio-glosso-laryngée.

Quelques faits prouvent que ces symptômes peuvent apparaître subitement à l'occasion d'une chute, d'un coup sur la nuque. Lorsque le choc n'a pas été assez violent pour déterminer la mort, la paralysie suit une marche décroissante et peut guérir; elle est évidemment alors le résultat d'une simple commotion du bulbe.

Enfin, la cause qui amène l'altération des noyaux d'origine des nerfs bulbaires est quelquefois placée en dehors de cet organe. Des tumeurs de diverses natures situées à la base du crâne peuvent déterminer un travail morbide du côté des cellules formant ces noyaux, ou agir par simple compression. Nous rapportons comme exemples deux observations, dont l'une a été recueillie par nous.

Mais remarquons que dans tous ces cas la marche de la paralysie labio-glosso-laryngée n'est plus régulière; c'est le premier nerf altéré ou comprimé à son origine, ou dans son trajet, qui indique par ses troubles fonctionnels qu'il est lésé, et ce n'est qu'à une période avancée que le tableau symptomatique est plus ou moins complet. De plus, tôt ou tard il s'y joint la paralysie de nerfs qui ne sont pas ordinairement atteints dans la maladie décrite par M. Duchenne (de Boulogne).

Dans un troisième groupe enfin, nous avons placé les faits dans lesquels les parties postérieures du bulbe, c'est-à-dire les corps restiformes et les pyramides postérieures sont altérées. Ces parties représentant, sous le rapport de l'anatomie et de la physiologie, les régions correspondantes de la moelle épinière, on devait s'attendre à ce que leurs lésions fissent naître des troubles de la sensibilité et de la coordination des mouvements.

Déjà, dans nos recherches sur l'ataxie locomotrice, nous avions été frappé de voir apparaître au milieu des symptômes habituels de la maladie, des phénomènes insolites vers le pharynx, le larynx et les organes respiratoires, alors que la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle, dans sa marche ascendante, s'étendait aux corps restiformes.

M. Féréol a fait de ces phénomènes nerveux le sujet d'un intéressant travail. Voici en résumé la description que notre collègue en donne : la toux a une raucité remarquable, elle est quinteuse, suffocante, convulsive, analogue à celle de la coqueluche, suivie d'un hoquet aspiratif ou d'une inspiration bruyante en reprise; ces crises apparaissent quelquefois sous l'influence d'une sorte d'hyperesthésie spéciale qui exagère l'action réflexe; tantôt elles surviennent spontanément; elles sont accompagnées de douleurs quelquefois très-vives dans le dos, dans les épaules et parfois de tics névralgiformes, très-douloureux, et siégeant dans les organes respiratoires et dans leur voisinage.

M. Féréol rattache, comme nous, à une lésion du bulbe ces troubles fonctionnels, qu'il appelle laryngo-bronchiques. Malheureusement il ne peut citer à l'appui de son opinion qu'une seule autopsie, celle de l'observation de M. Cruveilhier que nous avions déja rapportée comme exemple de sclérose de la moelle s'étendant à la région bulbaire.

Après avoir étudié les diverses maladies du bulbe rachidien, nous avons cherché à indiquer les signes à l'aide desquels il est possible de reconnaître, sinon leur nature, du moins leur siége plus ou moins exact. Les symptômes qui se rattachent aux altérations anatomiques des parties centrales et postérieures de l'organe sont tellement caractéristiques qu'ils permettent de poser un diagnostic assez précis. Il n'en est pas de même pour les régions antérieures; celles-ci, en effet, renfermant les éléments nerveux chargés de transmettre du cerveau aux organes de la locomotion les incitations motrices, il est naturel qu'on observe les mêmes désordres de la motilité, dans quelque point du trajet que se trouve la lésion; aussi ne sommes-nous pas étonné de retrouver les symptômes dont il est question d'une part dans les maladies de la moelle épinière, de l'autre dans les affections de la protubérance et des pédoncules céré-

---

a été reconnu que leurs cours ont été suivis par un nombre suffisant d'élèves pendant deux semestres consécutifs, ils reçoivent des honoraires fixes.

Le nombre et l'ordre des chaires ou cours varie suivant chaque Faculté. A Berne, nous trouvons actuellement les cours ci-après : anatomie, physiologie, pathologie interne, anatomie pathologique, chirurgie, ophthalmologie, accouchements, médecine légale et hygiène, matière médicale; cours donnés par des professeurs ordinaires et extraordinaires, et les cours ci-après confiés à des *Privat-docenten :* bandages, maladies mentales, maladies syphilitiques et de la peau, diagnostic et maladies des enfants; ces quatre cours ainsi que les précédents faits dans des instituts ou des hôpitaux, et diététique, pathologie générale, anatomie pathologique, maladies de l'appareil auditif, chirurgie militaire, médecine interne, ophthalmologie, chimie médicale.

Il n'y a pas d'autres écoles secondaires de médecine. Les sages-femmes suivent les cours du professeur d'accouchements et doivent subir un examen avant de pouvoir pratiquer. Leur nombre est de 12 à 24 chaque année à la Faculté de Berne. Les pharmaciens n'ont pas d'école spéciale; les élèves qui désirent être nommés pharmaciens suivent le cours d'un professeur de pharmacie à la Faculté de philosophie, c'est-à-dire à la Faculté des sciences naturelles; ils ont à subir un examen de concordat analogue à celui des médecins, afin de pouvoir exercer la pharmacie.

L'instruction gratuite est donnée par la Faculté dans le cas suivant : l'élève qui a des droits à faire valoir pour cette gratuité présente une demande au doyen, dans la première quinzaine qui suit l'ouverture des cours du premier semestre. Il doit être muni d'un certificat de sa commune attestant qu'il est pauvre, et il reçoit une dispense provisoire. Dans la dernière quinzaine du même semestre la Faculté assemblée décide, sur la présentation de certificats constatant l'assiduité de l'élève aux cours réglementaires, s'il y a lieu de voter la gratuité des études ou non.

braux. Ces symptômes s'observent en effet pour la plupart dans les maladies de la moelle; seulement ils se montrent rarement aux quatre membres et au tronc, encore moins souvent à la face. Dans tous les cas, ils sont précédés ou accompagnés d'une paraplégie ascendante ou descendante, avec trouble des fonctions de la vessie et du rectum, eschare de la peau et atrophie des muscles. Cet ensemble symptomatique se rattache au ramollissement des faisceaux latéro-antérieurs. Quand il y a sclérose de ces faisceaux, des contractures permanentes se montrent dans les membres paralysés. Enfin, la méningite rachidienne compliquant le plus souvent les maladies de la moelle, aux désordres de la motilité se joignent des douleurs rachidiennes et en ceinture, ou des irradiations douloureuses dans les membres.

Lorsque la lésion a pour siége les cordons postérieurs, on observe, soit l'ataxie locomotrice progressive, avec tous ses caractères, soit simplement des troubles de la sensibilité et de la coordination des mouvements.

Le diagnostic est plus difficile à établir entre les maladies du bulbe et celles de la protubérance. Les désordres de la motilité qu'on observe dans les unes se voient également dans les autres. Nous ne faisons pas même d'exception pour le tremblement choréiforme apparaissant exclusivement pendant les mouvements volontaires, signe qui a été indiqué par M. Ordenstein comme pathognomonique de la sclérose en plaque de la protubérance, et que nous avons observé avec une lésion limitée au bulbe. Les divers troubles de la motilité qu'ont présentés les malades de nos observations ne peuvent donc par eux-mêmes conduire au diagnostic d'une maladie de la moelle allongée; mais comme ils ne s'accompagnent ni de mouvements de manége, ni de tendance à la propulsion, ni de troubles des sens ou de l'intelligence, on peut ainsi les distinguer de ceux qui se rattachent à une lésion de la protubérance.

En effet, quand les symptômes en question sont liés à une maladie du mésencéphale, il s'y joint des paralysies de nerfs autres que ceux du bulbe, de l'auditif, du moteur oculaire externe et du trijumeau; on observe souvent en même temps le nystagmus, quelquefois de la glycosurie, de l'albuminurie et même du désordre dans les facultés intellectuelles, tous symptômes qui n'appartiennent pas aux maladies du bulbe.

L'apparition simultanée de la paralysie du facial et du moteur oculaire externe peut indiquer que l'altération a son siége sur les confins du bulbe et de la protubérance; nous citons à l'appui de cette opinion un fait dont nous avons été témoin, c'est celui d'une femme qui étant tombée sur l'occiput fut frappée instantanément d'une paralysie de la septième et de la sixième paire. A moins de supposer deux déchirures séparées des cordons nerveux après leur émergence, ce qui est peu probable, on doit croire, selon nous, à l'existence d'une lésion qui a intéressé la petite masse de cellules d'où naissent, près l'un de l'autre, les deux nerfs. Ce noyau d'origine commune se trouve justement sur les limites du bulbe et de la protubérance.

Lorsque les altérations ont pour siége les pédoncules cérébraux, dont les faisceaux longitudinaux se séparent pour se rendre à leur hémisphère correspondant, les désordres du mouvement prennent le caractère unilatéral, et l'on voit apparaître la paralysie du nerf moteur oculaire commun et des troubles de la vision qui dépendent, soit de l'extension de la lésion aux tubercules quadrijumeaux, soit d'une simple excitation de ces organes.

On peut voir par tous ces faits que la paralysie de tel ou tel nerf encéphalique venant s'ajouter à des symptômes communs à plusieurs maladies du système nerveux, et qui pour cette raison ne sont pas suffisamment caractéristiques, est susceptible de jeter une vive lumière sur le diagnostic différentiel. Elle peut indiquer le point plus ou moins précis où se trouve la lésion anatomique. Ces nerfs, en effet, sont échelonnés, à leur origine, sur la partie supérieure de l'axe spinal, depuis l'extrémité inférieure du bulbe jusqu'aux pédoncules cérébraux. Seuls, les nerfs olfactif et optique font exception et naissent du cerveau; aussi n'avons-nous noté leur paralysie dans aucune des observations que renferme notre travail. Si l'on rencontre quelquefois des troubles de l'olfaction et de la vision dans les maladies de la protubérance annulaire, c'est qu'il y a en même temps paralysie de la cinquième paire : on doit alors lui attribuer les désordres sensoriaux, le trijumeau ayant, comme on sait, une grande influence sur tous les sens.

De cette étude, il nous semble ressortir que si les lésions des parties antérieures du bulbe rachidien ne se traduisent pas par des symptômes assez caractéristiques pour conduire par eux-mêmes à un diagnostic précis; si pour y arriver on doit s'appuyer encore sur d'autres considérations puisées en dehors de ces symptômes, par contre les altérations des parties centrales et des parties postérieures de cet organe déterminent des symptômes assez pathognomoniques pour permettre de les diagnostiquer d'une manière presque certaine.

Thérapeutique chirurgicale

Mémoire sur le traitement des blessures de guerre par la méthode antiphlogistique, par M. le docteur F. Panas, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris.

Chargé, pendant le siége de Paris, d'un double service de blessés, l'un à l'hôpital militaire Saint-Martin, l'autre dans ı es propres salles et dans des baraques bâties exprès à l'hô-

---

Cette organisation des dix-sept cantons paraît donc très-simple : un seul titre, celui de docteur, et un examen d'état pour pouvoir pratiquer.

ESPAGNE.

L'organisation médicale de l'Espagne ne nous présentera rien d'original à signaler. Le pays est trop souvent agité pour que les intérêts scientifiques n'aient pas à en souffrir. La médecine espagnole est demeurée traditionnelle, et je reconnais volontiers avec ses écrivains qu'elle fait tous ses efforts pour harmoniser les découvertes scientifiques de notre époque avec les institutions hippocratiques. C'est par conséquent peu à peu, et assez lentement, qu'au point de vue de l'enseignement elle se décide à adopter les mesures et les réformes en usage depuis un certain temps déjà dans les États voisins. Mais il faut cependant considérer comme exagérées les critiques adressées naguère, dans plusieurs journaux spéciaux, contre l'organisation de la médecine en Espagne. A en croire ces critiques, les médecins espagnols de quelque valeur ne trouveraient pas dans le pays les moyens de parfaire leur instruction médicale, et seraient obligés de passer par Paris ou Montpellier. Or, le nombre des étudiants étrangers est en moyenne à Paris, depuis quelques années, de 90 seulement inscrits annuellement, et ceux qui sont Espagnols sont sans doute un appoint de ce modeste chiffre. On a dit aussi que la littérature médicale espagnole ne représentait que des compilations, et que le médecin lors de sa réception devait affirmer sa foi au dogme de l'immaculée conception! J'ai tout lieu de penser que la note est forcée. Sans doute, la médecine espagnole a peu fourni de matériaux aux progrès de la science pendant le siècle actuel, mais elle présente cette rare qualité d'avoir accueilli ce qui lui venait du dehors, tout en se préservant de l'engouement et des exagérations.

Il n'existe pas moins de dix Facultés de médecine en Espagne,

pital Saint-Louis, j'ai été à même de traiter un grand nombre de blessés. De cette étude il est résulté pour moi la conviction profonde que la chirurgie conservatrice mérite la préférence, et que pour obtenir le salut des grands blessés le meilleur mode de traitement consiste à prévenir et à combattre les accidents phlegmasiques graves qui se développent en pareils cas. Pour arriver à cette démonstration, je me bornerai pour aujourd'hui à passer en revue les faits principaux que j'ai recueillis à l'hôpital Saint-Martin sur un total de 500 malades confiés à mes soins. Mais d'abord disons quelques mots du local, qui était sain et bien disposé.

Les malades se trouvaient répartis, en effet, dans cinq salles communiquant entre elles, mais séparées en deux groupes distincts de trois et de deux par l'escalier principal. L'étage, comprenant toutes ces salles, présente la forme d'une L majuscule. L'un des côtés est exposé à l'est et à l'ouest; l'autre regarde le nord et le sud. D'un côté il y a la grande cour de l'hôpital, et de l'autre le promenoir des malades, planté d'arbres. Au rez-de-chaussée, il y avait un service de chirurgie en tout pareil au mien, confié à mon savant collègue le docteur Alph. Guérin, et au-dessus un service de médecine.

Il est à noter qu'avant la guerre les salles dont j'étais chargé étaient affectées exclusivement au service médical, et qu'elles étaient vierges sinon de miasmes, au moins de miasmes chirurgicaux. Ajoutons enfin que l'hôpital, bâti sur une hauteur, avec des salles élevées et munies de grandes fenêtres, possède une aération facile, que nous avons tâché de rendre la plus complète possible, en tenant les fenêtres ouvertes aussi souvent que la température d'un hiver exceptionnellement rigoureux le permettait. Le chauffage des salles par suite de l'insuffisance du combustible a laissé souvent à désirer, puisqu'il nous est arrivé parfois de ne pas avoir plus de deux degrés centigrades de température. Par contre, grâce au zèle infatigable du chirurgien directeur de l'hôpital, M. Cabrol, il nous a été permis d'accorder à nos malades tout ce dont ils avaient besoin, et c'est un devoir pour nous de l'en remercier publiquement.

Dans l'exposé des affections que nous avons eu à traiter, nous commencerons par les cas les plus simples, à savoir les plaies intéressant les parties molles seules. Le nombre des cas de ce genre a été de 141, qui se subdivise en :

Plaies superficielles par balle et à un seul orifice, 99; — plaies par balle avec trous d'entrée et de sortie sous forme de séton, 42.

Les plaies simples se divisent, d'après leur siége, en :

Membres supérieurs.	Bras droit	6
	Bras gauche	12
	Main droite	1
	Main gauche	4
	Doigts	4
Membres inférieurs.	Cuisse droite	8
	Cuisse gauche	7
	Jambe droite	11
	Jambe gauche	10
	Pied droit	7
	Pied gauche	5
Tête	Crâne	5
	Face	1
	Cou	
	Tronc	7
	Total	90

Les sétons simples se partagent à leur tour en :

Membres supérieurs.	Bras droit	4
	Bras gauche	5
	Avant-bras gauche	3
	Main gauche	1
Membres inférieurs.	Cuisse droite	10
	Cuisse gauche	10
	Jambe droite	1
	Jambe gauche	1
	Pied gauche	2
	Cou	1
	Tronc	4
	Total	42

Une première remarque qui ressort des chiffres précédents c'est que le membre supérieur gauche semble plus exposé aux blessures par armes de guerre que le droit, ce qui tient sans doute à la position de l'individu au moment de la décharge du fusil. Ici le rapport est de 25 à 11, c'est-à-dire de plus du double. Dans aucun cas, nous n'avons fait de débridements préventifs, et nous n'avons qu'à nous applaudir de cette pratique.

Chaque fois que le projectile ou tout autre corps étranger pouvait être extrait facilement, nous l'avons fait; dans le cas contraire, au lieu de pratiquer des débridements et de nous exposer à des recherches pénibles, nous avons préféré l'abandonner jusqu'au moment où la suppuration, l'entraînant au dehors tout près de l'orifice de la plaie, l'extraction en était rendue facile. Cette conduite nous a réussi à merveille, particulièrement dans deux cas de plaie de l'avant-bras et dans un autre de la région lombaire où la balle a pu séjourner sans le moindre inconvénient pendant plus de six semaines. Par contre, chez un pompier blessé d'une balle de revolver à la fesse droite, et chez lequel nous nous sommes obstiné à vouloir extraire la balle, des accidents phlegmoneux et suppuratifs se sont déclarés et ont failli entraîner la mort de l'individu. Aussi nous nous étions posé comme règle invariable de ne pas toucher dans les premiers jours aux balles qui n'étaient pas d'une extraction absolument facile.

Partant de l'idée que la gravité particulière des plaies d'ar-

---

qui toutes confèrent les grades de licencié (*licenciado*) et de docteur (*doctor*). Le licencié peut exercer la médecine et la chirurgie, le titre de docteur est indispensable pour arriver au professorat. Mais, en dehors de ces deux grades, il existe en Espagne un certain nombre de praticiens (*practicantes*) reçus en vertu des anciens règlements.

Les formalités à remplir lors de la première inscription sont nulles. Aucun âge n'est exigé, aucun certificat d'études préparatoires requis; seulement, le grade de licencié ne peut être accordé que lorsque le candidat a justifié d'un degré en *artes*, qui comprend une partie des matières de nos deux baccalauréats. La durée des études n'est pas limitée, et la présence des élèves aux cours n'est pas obligatoire. Le coût des études est comme suit : 14 duros (75 francs) par quatre inscriptions, et de 10 fr. 80 par quatre examens. En résumé, le diplôme de licencié coûte 3326 francs, celui de docteur 3370. Les examens sont nombreux; ils ont lieu trois fois par an. La thèse de doctorat est soutenue en latin ou en espagnol. Les jurys d'examen sont composés de deux professeurs de la Faculté et d'un médecin pris en dehors de la Faculté.

Les médecins étrangers peuvent exercer en Espagne. Ils doivent présenter leur diplôme et effectuer le versement d'une somme de 2224 fr.

Le nombre des professeurs varie suivant l'importance de chaque Faculté. A Madrid, nous en trouvons vingt-quatre. Leurs honoraires sont de 16 000 réaux, soit 3840 francs; mais ils augmentent suivant l'ancienneté de services. Ils sont nommés à vie par le roi, après un concours, le jury étant composé par l'État, de professeurs de la Faculté, de fonctionnaires universitaires et de médecins occupant le plus souvent une position médicale administrative, sans faire partie de la Faculté. Il existe aussi des professeurs libres, qui, au préalable, doivent justifier d'un titre de docteur en médecine. Le doyen est choisi par les professeurs et nommé par le ministre de l'instruction publique.

Il y a des chaires de clinique dans les hôpitaux, et autant

mes à feu provient de la décomposition moléculaire des tissus organiques, décomposition dépendant elle-même d'une nécrobiose par *excès d'inflammation*, nous nous sommes abstenu de toute espèce d'application irritante, comme le sont en général les liquides antiseptiques (alcool, acide phénique, teinture d'iode, etc.), et nous avons cherché par des cataplasmes émollients, par l'enveloppement du membre dans du taffetas gommé et par le drainage, de modérer le plus possible l'inflammation et de dégorger les tissus, grâce à une suppuration franche. On pourrait penser *à priori* que ce mode de pansement rend la plaie blafarde et atonique; mais ce serait là une profonde erreur, et tous les élèves qui ont suivi le service ont pu constater avec nous que les plaies ainsi traitées offraient un aspect vermeil et qu'elles marchaient, sans complication aucune, vers une guérison rapide. Il est à noter, en outre, que sous l'influence de la vapeur chaude à température constante qui entoure la partie blessée, les douleurs cessent rapidement, et le malade, exempt de fièvre, d'angioleucite ou de phlegmon, éprouve bientôt un bien-être très-grand.

Les résultats heureux de la méthode antiphlogistique en question ont été absolument constants dans le traitement des plaies des parties molles; aussi nous ne craignons pas de lui donner la préférence sur toutes les autres médications topiques proposées en pareil cas.

La durée moyenne du traitement, en y comprenant les cas exceptionnellement longs où la suppuration avait été entretenue par la présence d'un morceau de drap ou de tout autre corps étranger, a été de 13,7 jours.

Entorses. — Nous eûmes à traiter 23 cas d'entorses, dont 20 du pied et 3 du poignet. Parmi les 20 du pied nous en avons compté 12 à gauche et 8 à droite. Le traitement a consisté invariablement dans le massage combiné à la compression, à l'aide d'un bandage roulé simple ou avec interposition d'ouate. La guérison a été la règle dans un espace de temps relativement court, à savoir, du quatrième au septième jour de l'accident.

Fractures avec plaie par projectile de guerre. — Dans le traitement des fractures par balle, nous avons adopté comme règle à peu près constante la conservation des membres. Les résultats ainsi obtenus ont dépassé nos espérances et font contraste avec ceux vraiment désastreux fournis par les amputations pratiquées dans le cours de la dernière guerre, aussi bien à Paris que dans d'autres localités.

Voici le résumé des cas observés par nous.

Doigts. — Nous comptons 13 cas, dont 12 traités et guéris par la conservation, et 1 seul par l'amputation. Ce dernier a donné seul lieu à une inflammation de la gaîne du tendon extenseur, tandis que ceux non opérés se sont comportés bien plus simplement. Il est à ajouter que dans certains de ces cas le doigt ne tenait plus que par un ou deux ponts de peau latéraux, la phalange étant entièrement broyée ainsi que les tendons, souvent aussi l'articulation était intéressée, ce qui n'a pas empêché la guérison, avec conservation du doigt, d'avoir lieu.

En dehors de la difformité choquante qui résulte de la perte même partielle d'un doigt, certains d'entre eux, tels que l'index et le pouce, sont d'un inappréciable secours, et seuls font de la main un instrument de précision. On conçoit dès lors tout l'intérêt qui s'attache à leur conservation, surtout lorsqu'il est démontré que cette méthode de traitement reste la plupart du temps exempte de complications et n'offre pas la gravité de la désarticulation des doigts. Avant de parler du traitement suivi, voici brièvement l'historique de chacun de ces faits.

Obs. I. — Payac, du 123e de ligne, entre avec un écrasement de l'index droit par balle; le broiement est tel, que l'on se décide à pratiquer la *désarticulation* métacarpo-phalangienne à deux lambeaux latéraux (procédé de Lisfranc). Six jours après l'amputation, empâtement phlegmoneux du dos de la main, le long de la gaîne de l'extenseur propre de l'index, puis deux abcès ouverts sur son trajet, finalement guérison au bout de deux mois, après que le malade a beaucoup souffert et a eu de la fièvre pendant plusieurs jours.

Voici, par contre, des cas où l'on a tenté la conservation avec plein succès.

Obs. II. — Laurent, du 28e de marche. Fracture de l'annulaire et du petit doigt, dont les phalanges ont été broyées par la balle. Conservation. Un abcès ouvert au dos de la main, très-peu de fièvre, guérison avec consolidation parfaite, et le malade quitte l'hôpital le soixante-quatrième jour de son entrée.

Obs. III. — Galmiche, du 28e de marche, eut l'annulaire droit traversé par une balle, aussi ne tient-il plus que par deux bouts de peau latéraux. Conservation ; guérison avec consolidation et sortie du malade de l'hôpital, le quarante-troisième jour.

Obs. IV. — Drédon, mobile du Loiret. Écrasement par balle de la dernière phalange du médius et de l'annulaire droits. La guérison fut obtenue en quinze jours.

Pour abréger cette liste, voici, en résumé, les résultats obtenus : sur 13 cas de fractures par balle, nous comptons 13 succès, dont 12 avec conservation des doigts et 1 après amputation ; le phlegmon et les abcès de la gaîne du tendon ne se sont montrés que pour le seul cas où l'on a dû pratiquer la désarticulation métacarpo-phalangienne, tandis que cette complication a fait défaut pour tous ceux où l'on a tenté la conservation des doigts, sauf 1.

Ajoutons que ces fractures se répartissent comme il suit : Index, 3 ; médius, 1 ; annulaire, 9 ; petit doigt, 3 ; dont 12 pour la main droite et 4 pour la main gauche.

---

que j'ai pu en juger pendant un court séjour en Espagne, la plupart des professeurs de clinique consacrent une partie de leur temps aux devoirs du professorat. Les médecins espagnols écrivent peu, et c'est plutôt la pratique que la théorie qui les préoccupe. Il y a aussi quelques externes dans les hôpitaux ; leurs honoraires s'élèvent à 800 francs environ ; ils peuvent être attachés aux hôpitaux tout le temps de leurs études.

A. Dureau.

Cercle scientifique a Lyon. — Il est question, en ce moment, de créer à Lyon un *Cercle scientifique*, c'est-à-dire un cercle exclusivement composé de personnes adonnées à l'étude des sciences.

Établissement d'aliénés. — L'ordre a été donné par l'administration de faire inspecter les maisons d'aliénés. Cette mesure a déjà porté ses fruits. Un certain nombre de personnes arbitrairement séquestrées sous l'empire ont recouvré leur liberté.

Un compatriote et ami de Proudhon, M. Duronzier, enfermé en 1857 à Bicêtre, et transféré ensuite dans une maison d'aliénés à Pont-l'Abbé-Picauville (Manche), vient d'arriver à Paris après avoir subi une séquestration de quinze années.

Au reste, les renseignements recueillis jusqu'à présent sur le nombre d'individus illégalement détenus sont d'une nature telle, que l'administration serait décidée à provoquer enfin la révision de la loi de 1838 sur les aliénés. (*Moniteur universel.*)

Eaux minérales. — Sont nommés : M. Richelot, inspecteur au Mont-Dore, et MM. Boudant et Selsis, inspecteurs adjoints au même établissement. — M. Gubian, inspecteur à La Motte (Isère).

Métacarpe. — Nous n'avons eu à traiter qu'un seul cas. La balle ayant traversé le métacarpe de part en part, avait brisé le troisième métacarpien gauche, à son tiers inférieur, au-dessous des deux arcades artérielles superficielle et profonde. Le sujet était un Arabe du 1er tirailleur, nommé Kelladé ben Sieka. Les pansements chlorurés et des cataplasmes entourés de taffetas gommé ont amené la guérison, qui était complète le trentième jour.

Avant-bras. — Il y a eu 6 cas.

Obs. XIII. — Chabert, du 28e de marche, entre avec une fracture comminutive par balle, de l'extrémité supérieure du radius droit. Le traitement a consisté en attelle plâtrée coudée, comprenant le bras, l'avant-bras, fléchi à angle droit sur le bras et la main. On fait des injections d'eau chlorurée dans le trajet, on passe un drain, et l'on applique des cataplasmes. Malgré un léger mouvement phlegmonoïde la consolidation eut lieu le quarante-huitième jour.

Obs. XIV. — Logueni, du 28e de marche, alcoolique de profession, entre avec une fracture comminutive par balle de l'extrémité supérieure du cubitus droit. Malgré les moyens mis en usage, il se développe de vastes abcès fétides, et la mort survint le vingt et unième jour.

Obs. XV. — Dolvez ; fracture par balle du tiers supérieur du radius droit, hémorrhagie en nappe le vingt et unième jour ; guérison en deux mois.

Obs. XVI. — Walter, du 28e de marche ; séton du bras comprenant les parties molles seulement ; fracture des deux os de l'avant-bras près du poignet. Attelle en plâtre, cataplasmes. Phlegmon qui se termine heureusement, et consolidation le quarantième jour.

Obs. XVII. — Amertoy, du 136e de ligne ; fracture du radius droit par balle ; le projectile n'a pu être extrait. Cataplasmes, injections chlorurées, attelle en plâtre. On ouvre successivement trois abcès, ce qui n'empêche pas la consolidation d'avoir lieu en deux mois.

Obs. XVIII. — Juge, mobile de la Seine ; fracture par balle des deux os de l'avant-bras ; traitement comme plus haut ; pas d'accidents. Consolidation du radius en trente-quatre jours, et du cubitus en cinquante jours.

En résumé, sur 6 cas il y eut 5 guérisons, et l'alcoolisme invétéré chez l'individu qui a succombé explique suffisamment l'insuccès que nous avons eu à regretter.

Pour le mode d'emploi du cataplasme et des injections chlorurées, nous nous sommes comporté comme pour les doigts. Seule, l'attelle en plâtre mérite de nous arrêter un instant. Celle-ci doit être assez large pour former une gouttière embrassant la moitié ou les deux tiers de la circonférence de l'avant-bras, et doit s'étendre depuis le coude jusqu'à l'extrémité des doigts, où elle est étalée sous forme de palette. Lorsque la fracture siége au tiers supérieur, nous fléchissons l'avant-bras à angle droit sur le bras, et l'attelle se trouve prolongée en haut jusqu'au milieu du bras, immobilisant ainsi toutes les articulations de l'avant-bras, aussi bien la supérieure que l'inférieure. Grâce à l'attelle ainsi disposée, on immobilise absolument les fragments, ce qui assure la consolidation, tout en rendant les pansements journaliers faciles et exempts de douleur, conditions qui contribuent puissamment à prévenir le développement d'un phlegmon et de ses suites. Le malade peut, en outre, se lever et même vaquer à ses occupations, sans nuire en quoi que ce soit à la guérison définitive.

(*La suite à un prochain numéro.*)

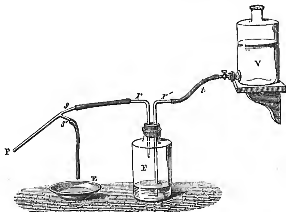
CORRESPONDANCE.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

La thoracocentèse

A propos du traitement de la pleurésie purulente, permettez-moi de vous adresser un extrait résumé de la Berliner klinische Wochenschrift, nos 6, 7, 8, 1872.

Le professeur Guincke (de Berlin) s'exprime ainsi : « La thoracocentèse capillaire aspiratoire ne m'a jamais réussi dans le traitement de la pleurésie purulente ; après quelques jours ou quelques semaines, j'ai toujours été obligé de recourir à l'incision. L'essentiel dans ce dernier procédé est de vider complétement et de nettoyer la cavité pleurale, et j'arrive à ce but en injectant successivement un liquide et de l'air. Dans ce but, je me sers d'une canule d'argent à double courant, plus ou moins courbe, selon les circonstances, de 20 centimètres de long, de 5 millimètres de diamètre. J'enfonce la canule, autant que possible, jusqu'au point le plus déclive de la cavité pleurale. A chaque extrémité extérieure SS de la canule est adapté un tube de caoutchouc dont l'un aboutit à un bassin E, l'autre au tube de verre *r* ; ce tube, ainsi qu'un autre plus long *r'*, communique avec le flacon F, en passant à travers un bouchon qui ferme le flacon hermétiquement. Si l'on ouvre le robinet du vase V, renfermant le liquide, celui-ci s'écoule à travers le tube de caoutchouc *t* dans le flacon F, et comprime l'air renfermé dans le flacon ; cette pression se transmet à travers les tubes *r* et *s* dans la cavité pleurale P, de sorte que l'air traverse l'exsudat sous forme de



bulles. Comme la canule bouche hermétiquement l'orifice intercostal, l'air de la cavité pleurale est comprimé et réagit sur l'exsudat qui s'écoule par l'autre orifice *s'* de la canule dans le bassin E, jusqu'à ce que son niveau arrive à l'extrémité inférieure de la canule ; en ce moment on retourne le flacon F et l'on retire la canule presque jusqu'à son extrémité. Le liquide renfermé dans le flacon s'écoule dans la cavité pleurale, dilue ce qui y est resté de pus, et chasse l'air jusqu'à ce que le liquide soit arrivé au niveau de l'extrémité interne ou inférieure de la canule. En ce moment, on remet l'appareil dans son premier état, c'est-à-dire on enfonce de nouveau la canule profondément, et l'on fait de nouveau arriver de l'air dans la cavité pleurale. En renouvelant plusieurs fois cette opération, le liquide s'écoule presque clair, ou même tout clair, de la cavité pleurale.

» Pour que ce procédé réussisse, il faut que la canule bouche hermétiquement l'ouverture faite au thorax. Une fois que cette ouverture est garnie de granulations, celles-ci, par suite de leur élasticité, produisent une occlusion complète ; si elles ont rétréci l'ouverture, on emploiera une canule plus petite. Dans les premiers temps de l'incision thoracique, on passe la canule dans un bouchon ou dans un bout du tube de caoutchouc, qu'on adapte alors dans l'orifice d'un pessaire à air circulaire qu'on serre contre la paroi thoracique sans produire de douleur. Le liquide servant au lavage est une solution d'iode au 1/3000e jusqu'à 1/500e, et le lavage se fait une fois par jour. »

L'auteur croit que les avantages de cette méthode sont les suivants :

1° L'écoulement complet du pus. Quand le lavage est terminé, la cavité pleurale ne renferme point ou peu de liquide, ce qui favorise le retour des organes à leur état normal et

procure du soulagement au malade. Ensuite d'un lavage à l'autre il ne s'écoule rien de la plaie, ce qui est favorable à la propreté.

2° Pendant le pansement ou le lavage, le malade reste dans un repos complet. On sait combien les mouvements qu'on fait exécuter au malade pour lui donner une position favorable à l'écoulement aussi complet que possible du pus peuvent être dangereux. L'auteur cite deux cas dans lesquels il rechercha avant tout l'écoulement du pus; dans le premier, le malade mourut quatre heures après l'opération; dans le second, le malade survécut vingt-quatre heures. Il croit que dans ces deux cas les mouvements imprimés au malade ont produit, à la suite de l'écoulement de l'exsudat, des changements brusques dans la situation d'organes importants, et ont déterminé la mort, et que, avec son nouveau procédé, ces accidents auraient pu être évités.

L'auteur ajoute qu'il faut opérer aussitôt que possible, et qu'on doit employer l'incision de préférence à la ponction; grâce à ces deux préceptes et à son procédé, l'auteur a réussi à guérir plusieurs malades, dont il donne l'observation détaillée.

Ces observations présentant un certain intérêt, je me suis permis, messieurs, de vous les transmettre.

Recevez, etc.

Dr J. Feltz,
Médecin de l'hôpital de Schlestadt (Alsace).

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Vous me demandez fort obligeamment de placer à côté de la communication de notre confrère Feltz, relative à l'appareil du professeur Guincke, une note sur celui que j'ai moi-même appliqué au traitement de la pleurésie purulente.

Je commence par dire, à propos de l'analogie extérieure que vous avez remarquée entre les deux appareils, que je n'ai à revendiquer ici aucune priorité, et cela pour deux motifs : Le premier, est que mon appareil a figuré, dès le mois de juin 1869, dans le Bulletin de thérapeutique ; le second, c'est qu'il ne ressemble en aucune façon à celui du professeur de Berlin. Les seules analogies qu'on y puisse trouver, c'est qu'ils sont l'un et l'autre destinés à évacuer le pus contenu dans la plèvre, et tous deux composés de tuyaux. A part cela, tout y est différent : les médications auxquelles ils répondent, le principe sur lequel ils reposent, la façon dont ils sont disposés.

Le but commun est, il est vrai, de débarrasser la plèvre le plus complétement possible du pus qu'elle contient ; de l'aller chercher dans les bas-fonds de cette cavité à l'aide d'un tube qui y plonge, et de l'obliger à sortir en dépit des lois de la pesanteur. J'avais réalisé cela dans mon appareil en transformant le tube dont il s'agit en un long siphon, dont la grande branche produisait une aspiration assez forte, mais susceptible d'ailleurs d'être réglée à volonté. Mon but principal était : 1° d'éviter, toutes les fois qu'il serait possible et utile, de donner accès à l'air dans la cavité pleurale; 2° de provoquer l'expansion du poumon et, par suite, l'affaissement du foyer autant que faire se pourrait. Le professeur Guincke, tout au contraire, introduit l'air de vive force dans cette cavité et l'y comprime au-dessus du liquide, de manière à chasser celui-ci à travers un tube. Le tube que j'introduisais dans la poitrine était un simple tuyau de caoutchouc souple; celui de M. Guincke est une sonde métallique à double courant. Rien, vous le voyez, ne se ressemble dans ces deux machines. Si quelqu'un, d'ailleurs, avait à réclamer, ce ne serait point moi, mais mon collègue Laboulbène qui s'est servi de la sonde à double courant dans un cas récemment publié par lui (*Bullet. de thérap.*). D'un autre côté, l'idée d'injecter de l'air dans la plèvre n'est point neuve non plus, et avait été appliquée dan le cas de pleurésie purulente, il y a bon nombre d'années déjà, par Roser. Je ne sais si Roser se servait de bocaux arrangés comme ceux de M. Guincke ; mais cela importe bien peu. Ce qui importerait davantage, ce serait de savoir si le procédé employé par le professeur de Berlin pour évacuer le pus contenu dans la plèvre, est préférable à ceux dont nous nous servons ici.

D'abord, ce procédé exige que l'opération de l'empyème ait été faite au préalable avec le bistouri. Or, c'est une question débattue encore que celle de savoir si l'on ne peut pas éviter aux malades, dans un certain nombre de cas, cette opération, assurément douloureuse et pénible si on la veut faire dans des conditions où elle soit sérieusement efficace et exempte de danger. Que cela soit possible, on n'en peut faire aucun doute. Il suffit de se rappeler les observations publiées, il y a longtemps déjà, par mon maître M. Barth; celles que M. Bernard a récemment réunies dans sa thèse ; celles de M. Bouchut. Ce matin même j'ai vu sortir de mon service, à Necker, un homme complétement guéri d'une pleurésie suppurée, sans autre traitement que des ponctions successives et une injection. Y a-t-il lieu de le tenter, au moins dans certains cas? Pour ma part, je le pense. Et j'imagine que bon nombre de confrères seraient de cet avis le jour où il s'agirait de leur propre plèvre. Si l'on considère seulement la commodité du traitement pour le médecin, l'opération de l'empyème offre de très-grands avantages; il la faut faire tout de suite. Si l'on tient compte du désir assez naturel qu'a le malade de souffrir le moins possible pour arriver à la guérison, on l'a différera sans doute plus d'une fois.

Quoi qu'il en soit, l'appareil de M. Guincke n'est applicable qu'aux seuls cas où l'on a pratiqué l'opération de l'empyème. Inconvénient plus grave : il ne leur est point applicable immédiatement. Que servirait de pousser de l'air dans la cavité pleurale et de chercher à l'y comprimer, si cet air peut sortir à mesure par une large ouverture du bistouri que la sonde ne saurait remplir? Il faut donc attendre, pour que la machine puisse fonctionnner, que la plaie se soit rétractée, que les bourgeons charnus l'aient remplie, que la sonde n'y passe plus qu'à frottement. Combien de jours cela demandera-t-il? Pendant ce temps le pus aura donc toute liberté de croupir au fond de la plèvre?

Enfin, est-il indifférent de distendre chaque jour le sac pleural en y imprimant l'air? Cela ne va-t-il pas contre l'indication capitale qui est d'obtenir le plus tôt possible l'ampliation du poumon, l'affaissement de la paroi et le contact des surfaces?

Quant à l'appareil auquel vous faites allusion, et que vous désirez voir figurer à côté de celui du professeur de Berlin, pour en établir sans doute la comparaison, il est infiniment plus simple. La première fois que j'eus l'idée d'en tenter l'emploi, je le construisis moi-même avec trois bouts de tube de caoutchouc et un morceau de tube de verre. Tel que M. Mathieu l'a fait ensuite pour moi, il consiste d'abord en un tube à drainage non perforé et à parois un peu épaisses. On l'introduit dans la poitrine par la canule du trocart avec lequel on a pratiqué la thoracocentèse à la manière ordinaire. La canule retirée, le tube reste en place, et on le fixe avec une petite plaque de caoutchouc percée à son centre d'un trou où le tube entre à frottement. Ladite plaque est maintenue ensuite à l'aide d'une bandelette de batiste collée sur la peau avec du collodion. Enfin, on ferme ce tube de façon à empêcher la pénétration de l'air, et c'est à lui qu'on adapte l'autre partie de l'appareil quand on veut vider le pus et faire des lavages ou injections.

Celle-ci se compose de deux tubes de caoutchouc faisant siphon, dont l'un plonge dans un vase quelconque rempli du liquide à injecter et placé sur une tablette un peu surélevée; l'autre dans un autre vase vide mis au pied du lit. Ces deux tubes se réunissent par le moyen de deux bouts de tubes de verre et d'un tube en caoutchouc en forme d'Y. Ils s'abouchent ainsi, par l'intermédiaire de la troisième branche de l'Y, à un

tube de verre légèrement effilé, lequel s'adapte sur le drain introduit dans la poitrine. Si vous désirez que l'image de l'appareil de M. Guincke vous représente le mien, il faut supprimer le flacon F, supprimer les tubes qui y entrent, la tubulure du flacon V et son robinet. Supposez que le tube *t* est tout simplement plongé dans le bocal par le goulot et se continue sans interruption avec le tube *rs*; supposez encore que le tube *s'* se prolonge jusqu'à terre, puis que la sonde P est un drain tout simple et que l'Y *s s'* s'adapte au drain à l'aide d'un ajutage de verre; admettez enfin que l'on a placé sur chacun des tubes de caoutchouc une petite pince à pression continue qui fait un robinet fort simple et très-facile à manier. Il suffit alors d'ouvrir le tube *s'* pour que le liquide s'écoule entraîné par son propre poids; de fermer celui-ci et d'ouvrir le tube *s* pour que le liquide contenu dans le flacon V passe dans la plèvre. Si l'on juge nécessaire, comme il arrive en effet dans certains cas, de faire pénétrer de l'air dans la cavité pleurale, point n'est besoin d'en forcer la pénétration par un mode d'insufflation quelconque. Il suffit de relever un peu le tube qui plonge dans le vase V et de le sortir du liquide; l'air s'y engage et passe aussitôt dans la plèvre par simple aspiration, pourvu qu'on ait fait sortir d'abord une portion suffisante du liquide pleural.

Il s'en faut de beaucoup que je croie ce procédé d'évacuation et d'injection applicable à tous les cas de pleurésie purulente; mais je persiste à penser qu'il en est où il peut rendre de véritables services.

Il permet, quand on le veut, d'empêcher absolument l'accès de la plus petite bulle d'air dans la plèvre; d'évacuer, de laver, d'injecter la plèvre quand et comme on le juge convenable; il laisse aux malades, dans l'intervalle des évacuations, une entière liberté, et ne les oblige à conserver qu'un tube souple qui ne cause absolument aucune incommodité. Dans les affections d'une aussi longue durée, ceci n'est point sans importance.

Rien d'ailleurs n'est plus facile que de rendre l'écoulement du pus continu, comme il m'arrive quelquefois de le faire. Il suffit d'aboucher au drain introduit dans la poitrine un long tube du même calibre, qui descend jusque dans une fiole placée sous le lit du malade; le pus alors s'écoule d'une façon incessante et ne s'accumule en aucune façon dans la plèvre.

Dr Potain.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 20 MAI 1872.

Théorie de la pensée. — M. le docteur *Cros* adresse la première partie d'un ouvrage manuscrit intitulé : Théorie mécanique de la perception, de la pensée et de la réaction. (*Commissaire* : M. Cl. Bernard.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 28 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

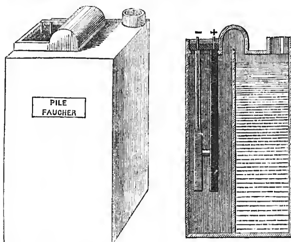
M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Bagnols (Lozère), par M. le docteur *Raynal de Cissonnière*; et de Molitg (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur *Picon*, en 1870; (*Commission des eaux minérales*.) — *b*. Un rapport final de M. le docteur *Malichecq* (de Mont-de-Marsan) sur une épidémie de variole qui a régné dans cette ville en 1870 et 1871. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Une étude médico-philosophique sur le climat de l'Orient et sur la fièvre endémique, par M. le docteur *Maurice de Heczeghy* (de Constantinople). (*Comm.* : MM. Fauvel, Pidoux et Delpech.)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Voillemier*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Théophile Roussel*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène. — *c*. Une lettre de M. *Decroix*, accompagnant l'envoi du programme des questions mises au concours par l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques. — *d*. Une lettre de M. le professeur *Fonssagrives* (de Montpellier), qui se présente comme candidat en titre d'associé national. — *e*. Une note de M. *Louis Prud'homme*, chirurgien dentiste, sur l'emploi constant du protoxyde d'azote dans les opérations dentaires. — *f*. Des lettres de remercîment de MM. les docteurs *Mahier* (de Château-Gontier) et *Compagnon* (de Chassencuil), lauréats de l'Académie.

M. *Demarquay* présente un volume intitulé : Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx, par M. le docteur *Mandl*.

M. *Tardieu* présente une brochure intitulée : Parallèle des eaux minérales de la France et de l'Allemagne, par M. le docteur *Barrault*.

M. *Gubler* met sous les yeux de l'Académie une pile, modifiée par M. *Faucher*, pour l'usage électro-médical. La pile, absolument close, est partagée en deux parties



par une cloison verticale incomplète en haut. En l'inclinant, on fait passer le liquide excitateur au contact du charbon et du zinc; pour arrêter la machine, il suffit de l'incliner en sens inverse, et le liquide repasse dans le réservoir.

M. *Amédée Latour* présente, au nom de la Société de médecine de Paris, une enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la guerre de 1870-1871.

M. *Barth* présente un Rapport annuel sur le service médical de l'arrondissement de Nancy, par M. le docteur *Simonin*.

M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie un instrument nommé *pulviphore vaginal*, inventé par M. le docteur *Laforgue* et destiné à injecter dans le vagin et sur le col de l'utérus des poudres médicamenteuses. (Cet instrument étant *breveté* et ne se trouvent pas chez les fabricants d'instruments de chirurgie, nous ne pouvons publier la figure dont l'auteur nous a remis le cliché.)

M. *Gaultier de Claubry* présente un bandage herniaire fabriqué par M. *Hardon* sur le modèle de M. *Pigé*.

Il y a dans la correspondance de ce jour un certain nombre de pièces dont M. le *secrétaire annuel* a fait une mention spéciale et qui méritent d'être signalées.

C'est d'abord une lettre de M. *Blondel*, directeur général de l'Assistance publique, qui demande à l'Académie de vouloir bien mettre à sa disposition les renseignements, les résultats statistiques et tous les documents relatifs au service et à la propagation de la vaccine, dans le but d'éclairer l'administration préfectorale sur les moyens propres à réorganiser le service des vaccinations dans la ville de Paris, conformément à un vœu récent du conseil municipal.

La commission de vaccine est chargée de répondre et de satisfaire à la demande de M. Blondel.

Puis vient une lettre de M. le docteur *Homolle* père et de M. *Homolle* fils, interne des hôpitaux, qui protestent contre la dénomination de *digitaline amorphe*, que l'on persiste à donner aux échantillons de digitaline qu'ils ont présentés au concours du prix Orfila, et qui possèdent manifestement la texture cristalline et donnent avec l'acide chlorhydrique une coloration verte intense.

M. *Boinet*, d'une part, et M. *Maurice Raynaud* d'autre part, interviennent, par voie épistolaire, dans la discussion sur l'empyème et la thoracocentèse.

M. Boinet rappelle les recherches qu'il a faites, dès l'année 1853, sur les épanchements pleurétiques purulents, et qui sont exposés d'une manière complète dans son Traité d'iodo-

THÉRAPIE. On y trouve de nombreuses observations qui prouvent que le meilleur moyen de guérir un épanchement pleurétique purulent est d'ouvrir largement la poitrine, de laisser une sonde à demeure dans l'ouverture et de pratiquer des injections modificatrices dans la cavité pleurale.

Dans le but de réunir les avantages des divers procédés opératoires et d'éviter leurs inconvénients, M. Raynaud propose de pratiquer d'abord l'opération de l'empyème et d'adapter ensuite à la plaie thoracique l'appareil de M. Potain légèrement modifié; c'est ce qu'il a fait dernièrement avec succès chez un malade de l'hôpital Saint-Antoine atteint d'une pleurésie purulente.

En ce moment où l'Académie s'occupe de la méthode de l'aspiration appliquée au traitement des collections liquides, il nous paraît opportun de signaler tout particulièrement une note de M. le docteur *Dieulafoy*, présentée par M. *Gubler*, et relative au diagnostic et au traitement des kystes hydatiques du foie à l'aide de l'aspirateur pneumatique. Les premières recherches de M. Dieulafoy sur la méthode thérapeutique de l'aspiration remontent à 1869, et depuis lors un grand nombre d'épanchements pleurétiques, d'hydarthroses, de hernies étranglées et de tumeurs liquides de toute nature ont été traitées et guéries par l'appareil qui porte son nom.

En ce qui concerne les kystes hydatiques du foie, un certain nombre d'observations recueillies dans les services de MM. Gubler, Axenfeld, Moutard-Martin, Matice, permettent de conclure qu'on peut, sans crainte et sans danger, aller à leur recherche dans la profondeur même de l'organe, avec les aiguilles n° 1 et n° 2, armées du vide préalable. On peut aussi, avec ces mêmes aiguilles, épuiser tout le liquide du kyste par des aspirations répétées, moyen purement mécanique et tout à fait inoffensif, qui suffit le plus souvent à procurer la guérison, et auquel il faut toujours avoir recours avant d'injecter dans le foyer des agents irritants.

ÉLECTION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie interne.

Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : 1° M. *Bernutz;* 2° M. *Woillez;* 3° ex æquo, MM. *Jaccoud* et *Villemin.*

Le nombre des votants etant 69, et la majorité 35, M. Bernutz obtint 39 suffrages, M. Woillez 19, M. Villemin 10, M. Jaccoud 1.

En conséquence, M. *Bernutz* est élu membre titulaire, sauf l'approbation de M. le Président de la République.

ÉLOGE DE DELPECH. — L'Académie a écouté avec une religieuse attention et applaudi très-chaleureusement une lecture de M. le professeur Bouisson (de Montpellier), membre associé national. C'était l'éloge de Delpech, prononcé à Toulouse, le jour de l'inauguration du buste du célèbre chirurgien, dans la salle des Illustres, au Capitole.

M. Bouisson a trouvé des accents pleins d'éloquence et d'émotion pour retracer la figure, le caractère et l'œuvre d'un homme qui fut son premier maître et qui compte, à juste titre, parmi les princes de la chirurgie française et les professeurs les plus éminents de l'École de Montpellier.

La péroraison patriotique de M. Bouisson a soulevé les bravos unanimes de l'assemblée.

THORACOCENTÈSE. — Quand on pratique l'opération de la thoracocentèse, il arrive assez souvent, quelque précaution que l'on prenne, que la pointe du trocart va déchirer ou perforer le tissu pulmonaire. En général, cette lésion donne lieu et se reconnaît à des crachats sanguinolents et à un épanchement d'air dans la plèvre. Mais quelquefois ces signes manquent, et la perforation du poumon n'en existe pas moins. M. *Marrotte* signale cette particularité à l'attention des cliniciens, et il cite, à l'appui, quatre observations empruntées, l'une à M. Besnier, deux autres à M. Woillez, et la quatrième tirée de sa propre pratique. Dans ces quatre cas, la perforation du parenchyme pulmonaire ne s'est traduite ni par l'hémorrhagie bronchique, ni par le pneumothorax; mais elle s'est manifestée par un signe non moins important, l'expectoration d'une quantité notable, variant de 150 à 400 grammes, d'un liquide séreux, en tout semblable à celui de l'épanchement pleural, coagulable par la chaleur et par l'acide nitrique, renfermant même quelquefois des filaments de fibrine, des leucocytes et des globules sanguins.

Bien que la perforation du poumon n'ait jamais été suivie de conséquences graves, M. Marrotte donne le très-sage conseil de ne négliger aucune précaution pour l'éviter. Le meilleur moyen consiste, suivant lui, à ne pas abuser de la thoracocentèse, à ne pas la prodiguer sans nécessité, et à n'y recourir que lorsqu'elle est imposée par des indications formelles et pressantes.

A. LINAS.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 24 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

MORT DU DOCTEUR XAVIER RICHARD. — MALADIES RÉGNANTES. — FIÈVRE PUERPÉRALE ; LA QUESTION DES MATERNITÉS ; DISCUSSION. — PRÉSENTATION DE MALADES. SCLÉRODERMIE. — PERFORATION DE LA VOUTE PALATINE.

M. *le Président* fait part à la Société de la mort de M. le docteur Xavier Richard.

M. *Besnier* donne lecture du bulletin des maladies régnantes pendant les mois de mars et d'avril. Le caractère pathologique de cette période est la bénignité. La température moyenne de l'atmosphère a, du reste, été élevée malgré des écarts diurnes considérables. Les maladies qui ont prédominé sont les affections catarrhales et rhumatismales, les angines; la fièvre typhoïde a été en voie de déclin. Les fièvres éruptives ont été rares; la fièvre intermittente a monté; la fièvre puerpérale a présenté une certaine intensité; les érysipèles ont été nombreux. En somme, en mars et en avril la constitution médicale a été bonne; elle a été bénigne par rapport aux constitutions médicales corrélatives des autres années. La mortalité pendant cette période a été inférieure de 1010 décès à ce qu'elle est dans la même période des autres années. Il en a été de même dans la population militaire.

Maladies des organes respiratoires. — Les pneumonies ont généralement revêtu la forme catarrhale; elles ont présenté peu de gravité, sauf chez les vieillards, qui ont été fréquemment frappés. La pleurésie a été fréquente. La thoracocentèse a été plus fréquemment indiquée; cela tient peut-être moins à notre avis à la constitution médicale que subissent les malades qu'à la constitution *médicale des médecins*, pour qui cette question est depuis plusieurs mois à l'ordre du jour.

Affections pseudo-membraneuses. — La diphthérie a revêtu un caractère insolite de gravité. M. Besnier fait remarquer que depuis 1867 la progression des décès par suite de croup a été croissante; elle a doublé alors que le chiffre de la population infantile a subi le mouvement inverse. Le croup se trouve actuellement au premier rang de l'échelle mortuaire; la mortalité dans cette maladie est de 8 sur 10 dans les hôpitaux.

Fièvres éruptives. — La rougeole domine même dans les hôpitaux d'adultes. M. Bourdon a observé des rougeoles boutonneuses; le sommet des boutons était vésiculeux. M. Leudet, à Rouen, a constaté la fréquence de cette maladie.

La scarlatine a été rare et bénigne : depuis le mois de novembre elle n'a donné aux hôpitaux que 58 malades dont 8 décès.

La variole a fourni aux hôpitaux 105 malades, dont 18 décès. Elle semble augmenter en ce moment.

Les cas de fièvre typhoïde ont été peu nombreux en m et en avril.

Affections puerpérales. — L'hiver a été mauvais pour les femmes en couches dans les hôpitaux. Chez M. Bourdon, 3 décès se produisirent en mars : La salle fut évacuée, blanchie, lessivée; la literie fut changée. Pendant vingt jours, il n'y eut rien; puis, vers le mois d'avril, 3 nouveaux décès survinrent. La salle fut évacuée une seconde fois. A sa réouverture, 5 femmes succombèrent. Depuis lors, 7 femmes en couches ont été placées chez des sages-femmes et sont demeurées à l'abri de tout accident.

A Cochin, la fièvre puerpérale semble avoir été apportée par l'interne des accouchements; l'autopsie d'une femme qui avait succombé est pratiquée par un stagiaire qui, sans s'être piqué, est pris de fièvre, de délire et succombe.

MM. *Bucquoy*, *Féréol*, *Bourdon* insistent vivement en faveur de la suppression des Maternités.

M. *Lailler* manifeste son étonnement de ne pas voir l'administration prendre d'elle-même les mesures nécessaires sitôt qu'elle est informée de ces faits regrettables; il maintient sa manière de voir, malgré l'excuse dont M. *Moissenet* couvre l'administration, en regrettant que MM. Bucquoy et Bourdon ne l'aient pas prévenue tout de suite.

M. *Lailler* fait observer que l'administration reçoit chaque jour les feuilles qui la doivent renseigner.

M. *Féréol* désire être renseigné sur le bruit qui lui est parvenu de la création de Maternités à Necker et à Ménilmontant.

M. *Moissenet* n'en n'a pas été informé pour Necker. Il sait qu'à Ménilmontant c'est le procédé proposé par M. Tarnier qu'on va mettre en usage.

M. *Siredey* complète cette étude de la fièvre puerpérale par un mémoire dont la conclusion est : *suppression des Maternités.* En effet, à l'hôpital Lariboisière, au 25 décembre, la moyenne des décès chez les femmes en couches a été de 15 pour 100. On cesse de recevoir les femmes enceintes; on évacue les femmes entrées en les disséminant dans l'hôpital; la salle est nettoyée et soumise aux vapeurs d'acide hypoazotique. Le 25 février la salle est réouverte, les péritonites apparaissent; de janvier à mars 250 femmes en couches ont donné 10 décès de péritonite aiguë généralisée. A l'autopsie de ces femmes, on trouvait la surface interne de l'utérus réduite en un putrilage gris noirâtre. Le foie était jaune, couleur feuille-morte, semé de points rouges ecchymotiques; sa consistance était molle; la capsule de Glisson s'enlevait facilement, et le foie, privé d'elle, s'étalait comme de la bouillie.

En même temps les enfants présentaient des ophthalmies purulentes et des érysipèles de la région ombilicale.

Que fit-on? Chaque femme qui était prise d'un mouvement fébrile était emportée dans une des autres salles de l'hôpital; mais il arriva que l'épidémie fut ainsi disséminée dans l'hôpital, qui présenta dans ses divers services de nombreux érysipèles.

M. *Hervieux* déclare que depuis plusieurs années l'état sanitaire de la Maternité a été excellent. L'an dernier, la mortalité a été de 2 pour 100; cette année, elle est jusqu'à présent de 1 pour 100. 4 femmes sont mortes, et sur les 4 il y en a 3 qui n'ont pas succombé à la péritonite. M. Hervieux ne croit donc pas qu'on puisse formuler une loi générale relativement aux épidémies de fièvre puerpérale; la preuve en est pour lui dans l'innocuité de l'accouchement chez les sages-femmes. En 1864, la moyenne des décès était de 20 pour 100; cet état durait depuis cinq ans. Elle s'est abaissée à 12,89 pour 100; elle n'est plus que de 5 pour 100. La cause de cette diminution est, selon M. Hervieux, dans les réformes qui ont été adoptées : Il y avait alors un va-et-vient continuel de la part des élèves entre les salles de valides et les salles d'accouchées. Depuis lors toute communication a cessé : un interne, après une autopsie, n'a pas le droit d'entrer dans les salles. C'est là, dit l'orateur, un point plus important encore que le nettoyage de la salle, il s'y soumet lui-même; l'agent de transmission, l'intermédiaire, voilà ce qu'il faut supprimer. Il faut, dit-il, mettre dans cette mesure d'autant plus de rigueur que les femmes enceintes sont aussi susceptibles que les femmes en couches de prendre la fièvre puerpérale : elles avortent alors, et le nouveau-né, s'il est viable, naît contaminé. En somme, M. Hervieux croit que la fièvre puerpérale est soumise à des influences locales et non à des influences générales, comme les autres épidémies.

M. *Bucquoy* trouve qu'on ne peut pourtant pas nier l'existence actuelle d'une épidémie, et ajoute que l'exemple fourni par l'indemnité de la Maternité ne durera peut-être pas malheureusement.

M. *Hervieux* prend l'engagement de n'avoir pas d'épidémie.

M. *Moissenet* confirme la théorie de la transmission, en rappelant ce fait qu'autrefois la fièvre puerpérale était entretenue à la Maternité par le passage du lampiste, qui était en même temps préposé à la salle d'autopsie.

M. *Reynaud*, à propos de cette discussion, communique à la Société un fait qui lui est propre. Pendant le siége de Paris, il était chargé d'un service de blessés où régnait l'infection purulente. Sortant d'auprès de ses blessés, il va faire un accouchement. Cinq jours après, la femme mourait de péritonite. Trois semaines plus tard, un accident pareil lui arrive. Enfin, un troisième fait se présente à lui le même jour. Il est appelé en consultation par le docteur Mousteux auprès d'une femme enceinte atteinte d'une de ces diarrhées qu'on rencontre dans la grossesse au même titre que les vomissements. Le lendemain cette dame avortait et mourait quelques jours après de fièvre puerpérale.

M. *Dumontpallier* se souvient d'avoir pratiqué le toucher chez des femmes grosses après avoir fait l'autopsie de femmes mortes de péritonite puerpérale; il n'a jamais eu d'accidents.

M. *Vidal* rappelle qu'à Vienne, depuis qu'on a empêché les élèves préposés aux autopsies de toucher les malades, la mortalité, qui était de 14 pour 100, est tombée à 2 pour 100.

M. *Marrotte* pense que dans ces épidémies le traitement doit avoir une grande influence.

— M. *Marrotte* présente à ses collègues une femme atteinte de sclérodermie.

— M. *Dumontpallier* présente à la Société une malade atteinte de perforation de la voûte palatine et guérie par l'iodure de potassium et l'huile de foie de morue. L'intérêt de cette malade est dans une discussion précédente, discussion dans laquelle la nature syphilitique pour les uns, scrofuleuse pour les autres, de cette angine avait été mise en cause.

Dr A. Bordier.

Société de chirurgie

SÉANCE DU 1er MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

RÉSULTAT DE DEUX RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES FAITES SUR LE CADAVRE PAR M. OLLIER. — OPÉRATIONS D'URANOPLASTIE. — ORIGINES DE LA MÉTHODE DES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES.

M. *Perrin* présente le résultat de deux résections faites au Val-de-Grâce par M. Ollier. On produisit sur le cadavre deux fractures comminutives, l'une au coude par broiement et l'autre à l'épaule par un coup de revolver. M. Ollier a enlevé avec le détache-tendon les divers fragments osseux, en laissant le périoste. Pour le coude, on voit sur la pièce une gouttière presque intacte; l'opération a été conduite avec beaucoup d'habileté. A l'épaule, l'opération fut plus laborieuse; mais le résultat est également satisfaisant. M. Perrin a demandé à M. Ollier si ce que la médecine opératoire donnait était suffisant pour reformer une articulation. M. Ollier dit oui, M. Perrin

croit encore que cela ne suffit pas. Mais il peut se faire qu'il n'y ait là qu'une divergence de mots, au lieu d'une divergence de choses. A côté de l'articulation physiologique il y en a une autre, l'articulation clinique, c'est-à-dire les fonctions de l'article. L'articulation peut être composée de bouts d'os réunis par quelques ligaments et jouant entre eux au moyen d'une séreuse accidentelle. S'agit-il là d'une articulation restaurée complétement au point de vue anatomique? Le doute est plus que permis. S'il s'agit d'une articulation clinique, M. Perrin croit que le procédé de M. Ollier est celui qui donne les meilleurs résultats, car il conserve tout ce qui peut être conservé et obtient ainsi la reproduction maximum de l'os.

M. Perrin a disséqué il y a longtemps, à l'hôpital des Invalides, une résection de l'épaule peut-être faite par Larrey père. Il a trouvé une surface arrondie à la place de la tête de l'humérus, et un manchon fibreux doublé d'une séreuse, jouant le rôle de la capsule; les extrémités osseuses étaient à une assez grande distance.

— M. *Tillaux* fait un rapport sur deux opérations d'uranoplastie pratiquées par M. *Lannelongue*. Les malades ont déjà été présentés à la Société de chirurgie.

Dans la première observation, il s'agit d'une femme de trente-six ans ayant une perforation de la partie médiane de la voûte palatine, consécutive à une nécrose syphilitique. Cette perforation, de forme ovalaire, mesure dans le sens antéro-postérieur 12 millimètres, et dans le sens transversal 8 millimètres. Le 28 septembre 1871, M. Lannelongue pratiqua, parallèlement à chacun des bords de la perforation et distantes de plus de 1 centimètre, deux incisions dépassant en avant et en arrière les limites de l'ouverture accidentelle; puis il décolla sur les os ces deux lambeaux dans une étendue de 4 millimètres en se dirigeant vers les bords de la perforation; ce fut là une opération préliminaire. Chaque jour un stylet fut promené sous chaque lambeau; ces lambeaux rougirent et se tuméfièrent. Au septième jour, on fit l'opération fondamentale en suivant les principes de M. Baizeau. Quinze jours après, la malade était entièrement guérie. M. Lannelongue, en vascularisant les lambeaux latéraux, a voulu les mettre à l'abri de la gangrène. M. Tillaux fait remarquer qu'en conservant dans les lambeaux l'artère palatine postérieure, on évite presque toujours la gangrène, qui est rare d'ailleurs après l'application du procédé de Baizeau. C'est grâce aux travaux de M. Baizeau que l'uranoplastie est entrée définitivement dans la pratique; les chirurgiens étrangers, Langenbeck entre autres, ont suivi son exemple.

Le malade qui fait l'objet de la seconde observation portait un bec-de-lièvre unilatéral gauche de la lèvre supérieure, accompagné d'une division complète de la voûte palatine et du voile du palais. M. Lannelongue fit, dans les premiers jours d'octobre, l'opération du bec-de-lièvre (procédé de M. Nélaton); cette opération fut suivie d'un succès complet. Pour remédier à la division de la voûte palatine compliquée d'un écartement de 1 centimètre 1/2 entre les deux branches, M. Lannelongue résolut de prendre un lambeau dans les fosses nasales. La cloison s'implantait sur le bord de l'une des branches de la division; le chirurgien tailla un lambeau quadrilatéral sur la muqueuse qui tapissait une paroi de cette cloison; ce lambeau restait adhérent par une base étendue et là se continuait avec la muqueuse palatine. Le bord opposé à cette base fut réuni à l'autre côté de la division palatine, préalablement avivé, par cinq points de suture métallique. Le malade guérit. La pituitaire perdit peu à peu ses caractères physiologiques. Le plus souvent, ce qui reste de muqueuse palatine de chaque côté de la division suffit pour la restauration; mais dans ce cas l'étoffe manquait, et M. Lannelongue a ingénieusement remplacé la muqueuse palatine par la muqueuse pituitaire. M. Tillaux espère que plus tard on saura si des modifications importantes sont survenues dans la phonation, ce dont il est malheureusement permis de douter.

— M. *Chassaignac* lit un travail sur les origines de la méthode des résections sous-périostées. Il veut prouver que la chirurgie des hôpitaux de Paris a devancé de plus de dix ans la chirurgie de Lyon, que la méthode dite sous-périostée n'est pas de M. Ollier et que les règles en sont formulées depuis longtemps. Il attribue la méthode aux physiologistes, et à Flourens en particulier; cette méthode aurait été mise en pratique à Paris, par M. Chassaignac, dix ans avant M. Ollier. A l'appui de son dire, le chirurgien de Lariboisière cite le TRAITÉ DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES publié chez M. Masson en 1861, et une observation de résection de la clavicule avec reproduction osseuse, publiée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 8 juin 1855.

SÉANCE DU 8 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE. — TRAITEMENT DES HYDROPISIES LOCALES PAR LES INJECTIONS ALCOOLIQUES. — LYMPHO-SARCOMES.

M. *Panas* lit un rapport sur un travail de M. José Laurenço (de Bahia) : QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'OPÉRATION DE LA CATARACTE.

M. *Monod* lit un travail sur la possibilité de guérir les hydropisies locales par l'injection de 1 gramme d'alcool à 40° : kystes du corps thyroïde, hydrocèle, hydarthrose, etc.

— M. *Trélat* fait une communication sur le lymphadénome, à propos de l'homme qu'il a perdu pendant une opération et dont il a en partie raconté l'histoire. Il s'agit d'un fait de généralisation de tumeur ganglionnaire qui n'est point l'adénie de Trousseau. Cette généralisation peut exister avec ou sans leucocythémie. On s'est demandé s'il y avait derrière cette multiplication de ganglions malades un cancer primitif des ganglions; on a cherché si le mal était une hypertrophie, une hyperplasie ou un sarcome. Les exemples du même genre, que l'observation dont M. Trélat va entretenir la Société, sont déjà en nombre (observation de M. Lannelongue, publiée par M. Castiaux; faits signalés par Virchow). On voit d'abord apparaître une tumeur en un siége variable, principalement au cou, chez un individu robuste; on croit avoir affaire à une tumeur ganglionnaire simple, et l'on est exposé, en enlevant cette tumeur, à faire une opération inutile et même dangereuse, car le corps est souvent garni de tumeurs semblables et qui sont tout à fait analogues au sarcome. M. Trélat ne veut point parler des adénites scrofuleuses ou tuberculeuses, ni des ganglions hypertrophiés chroniquement à la suite d'excoriations ou de croûtes sur la tête, par exemple.

OBSERVATION. Homme de trente-sept ans, grand, vigoureux, entré le 21 septembre 1871, dans le service de M. Trélat. Il y a deux ans, il s'aperçut de la présence de deux petites tumeurs à l'angle droit de la mâchoire inférieure. A partir du 1er janvier 1871, ces tumeurs prirent un accroissement considérable, tout en restant indolentes; la déglutition fut entravée, mais la respiration s'effectua comme auparavant. Le malade n'a eu aucune maladie récente, ni aiguë, ni chronique; pas de scrofule; aucune trace de syphilis. Une petite tumeur apparut à la partie antéro-supérieure de la cuisse droite quelque temps avant l'entrée du malade à l'hôpital.

M. Trélat enleva cette petite tumeur pour connaître sa texture : du volume d'une demi-noisette, sous-cutanée; son examen contribua singulièrement à établir le pronostic général. On fit l'examen du sang: aucune trace de leucocythémie. La tumeur du cou semble complétement limitée aux ganglions lymphatiques sous-maxillaires : globuleuse, bosselée, peu mobile, du volume d'une tête de fœtus à terme; indolore, de consistance inégale. État général excellent; rien dans la poitrine ni dans l'abdomen.

Prenant en considération la bonne constitution du malade, l'absence de diathèse, l'âge relativement avancé au moment de l'apparition de la tumeur, le développement rapide de celle-ci, la composition normale du sang, M. Trélat diagnostiqua une hyperplasie ganglionnaire étrangère à la scrofule et se rapprochant des tumeurs malignes. Opération le 5 octobre, le malade étant sous l'influence du chloroforme; elle ne présenta pas de

grandes difficultés. Le 30 octobre la plaie était cicatrisée, mais une petite tumeur ganglionnaire très-mobile se montre sur le sterno-mastoïdien, au voisinage de la plaie. Cette tumeur augmentant rapidement de volume, M. Trélat fait l'opération le 16 novembre. On sait que le malade mourut au début de cette opération, et que la mort fut attribuée au chloroforme par les uns, et par d'autres à l'introduction de l'air dans les veines.

Autopsie. — Outre les particularités relatives au système circulatoire, on nota les points suivants : La rate a doublé de volume; sur son bord antérieur deux tumeurs du volume d'un marron, facilement énucléables. Une section de l'organe fait découvrir deux autres tumeurs très-adhérentes au parenchyme splénique, et ayant l'aspect de ganglions lymphatiques ramollis. Le mésentère, au voisinage de l'intestin grêle, est soulevé par deux amas ganglionnaires.

D'après l'examen microscopique, fait par MM. Ranvier et Malassez, la tumeur du cou est un sarcome développé dans les ganglions lymphatiques, un sarcome ganglionnaire, ce que quelques auteurs ont désigné sous le nom de lympho-sarcome. Les tumeurs secondaires sont complétement semblables, comme structure, à la tumeur primitive; or, si l'on admet que le travail pathologique qui a produit la formation des tumeurs secondaires est le même que celui qui a produit l'altération ganglionnaire primitive, on est amené à dire que la tumeur primitive était, non pas un sarcome ganglionnaire, car les tumeurs secondaires auraient été des sarcomes, mais des lympho-sarcomes vrais, c'est-à-dire des tumeurs composées de tissu lymphatique et d'éléments regardés comme sarcomateux. D'après MM. Ranvier et Malassez, ces tumeurs lymphatiques pourraient être ainsi divisées : 1° lymphadénomes à type pur, ayant une structure tout à fait semblable à celle des ganglions lymphatiques : fin réticulum et cellules lymphatiques; 2° lymphadénomes s'écartant plus ou moins de la structure normale des ganglions, et qui seraient : les uns à grosses cellules (lymphosarcomes des auteurs), les autres à gros réticulum (variété constatée sur les pièces de M. Castiaux par MM. Ranvier et Malassez).

M. *Perrin* désire savoir si M. Trélat considère l'adénie de Trousseau comme appartenant au même processus que le lympho-sarcome; s'il y a des signes qui permettent de reconnaître l'hypertrophie simple du lympho-sarcome. Pour M. Perrin, l'abstention est la règle la plus sûre, même dans les cas de ganglions hypertrophiés ou tuberculeux.

M. *Trélat* rapproche l'adénie du lympho-sarcome; mais la leucocythémie n'est pas en cause : quand elle existe dans l'adénie, c'est une complication, d'après MM. Potain, Virchow et Ranvier. Il y a un ensemble de signes pouvant faire reconnaître le lymphadénome : l'âge adulte, l'absence de signes d'une diathèse antérieure, lymphatique, strumeuse ou syphilitique, début insensible, sans cause apparente, puis accroissement très-rapide qui ferait croire à l'existence d'un cancer.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les propriétés physiologiques de l'apomorphine, par le docteur V. Siebert.

Matthiesen et Wright ont fait connaître, en 1869, un nouvel émétique dérivé de la morphine auquel ils ont donné le nom d'apomorphine, et, plus tard, les mêmes auteurs ont obtenu un composé analogue dérivé de la codéine.

Ce nouvel émétique, suivant ces auteurs, possédait des propriétés remarquables qui devaient lui assurer une place très-importante dans la thérapeutique. Le docteur Siebert vient de faire une étude très-complète de l'apomorphine dont nous donnons l'analyse.

En 1848, Laurent et Gerhardt avaient appelé l'attention sur deux dérivés de la morphine et de la narcotine, obtenus par l'action de l'acide sulfurique sur ces alcaloïdes; ils les avaient appelés sulfomorphides et en avaient établi la formule, les considérant comme des sulfates neutres de morphine ou de narcotine privés de deux équivalents d'eau.

Matthiesen et Wright ont remplacé l'acide sulfurique par l'acide chlorhydrique, et ont ainsi trouvé l'apomorphine, qui représente un chlorhydrate de morphine privé de deux équivalents d'eau.

Pour étudier les propriétés émétiques de l'apomorphine, l'auteur a employé une solution de 1 centigramme d'apomorphine dans 1 centimètre cube d'eau : cette solution est à peu près neutre et convient aux injections hypodermiques.

Nous laissons de côté l'analyse des expérimentations faites par l'auteur sur le chien, le chat et l'homme, pour résumer les résultats obtenus.

Les phénomènes produits sur la circulation sont les suivants : après l'injection, il survient de l'irrégularité du pouls avec une accélération légère, qui est plus prononcée au moment des nausées et avant les vomissements ; après que ceux-ci ont eu lieu il y a ralentissement et dépression; en somme, l'apomorphine produit sur le pouls et sur les battements cardiaques des effets analogues à ceux que présentent l'émétique et l'ipécacuanha. La respiration présente des changements pour lesquels la même concordance est encore vraie. La température s'abaisse de 1 à 2 degrés à la suite des vomissements, phénomène observé également à la suite de l'administration de l'émétique et de l'ipéca.

L'influence de l'apomorphine sur les fonctions digestives est remarquable. Cet agent ne produit par lui-même que des vomissements; jamais, à l'autopsie, l'auteur n'a rencontré d'altérations du tube digestif. Il ne se produit pas de diarrhée; l'emploi répété des petites doses n'a produit aucun trouble de l'appétit ni de la digestion. Comme vomitif, l'apomorphine est un agent certain et d'une grande innocuité, puisque, injecté sous la peau, il ne produit aucun phénomène d'inflammation locale, ce qui la distingue du tartre stibié qui est un irritant local des plus actifs.

Au point de vue de la dose maxima ou minima, l'auteur n'est arrivé qu'à des chiffres approximatifs, pour l'homme, à cause du petit nombre de ses observations; mais il établit comme moyenne 6 à 7 milligrammes en injection hypodermique. Chez le chat, la dose minima est de 20 milligrammes, chez le chien de 1 à 2 milligrammes.

La dose maxima n'a pas été déterminée chez le chien et le chat parce que, avec 80 ou 100 fois la dose précédente, il n'y a pas eu de symptômes cérébraux. Pour l'homme, la dose pourrait être portée jusqu'à 15 ou 45 milligrammes.

Lorsque l'apomorphine est ingérée dans l'estomac, la quantité nécessaire pour produire des vomissements est bien plus considérable. Ainsi, un homme de quarante-neuf ans, ayant pris 60 milligrammes, a eu quelques nausées, avec 100 milligrammes il n'y a pas encore eu de vomissements. Cependant, comme Matthiesen a vu survenir des vomissements avec 15 milligrammes, on doit supposer que le pouvoir d'absorption par l'estomac doit être fort variable, suivant les individus.

En résumé, l'apomorphine serait un moyen certain et nullement dangereux de provoquer les vomissements par injection sous-cutanée, et c'est principalement dans les cas où l'on ne pourrait faire prendre un vomitif par la bouche que l'apomorphine serait un agent précieux. Les expériences de M. Siebert méritent d'attirer l'attention et demandent à être vérifiées. (*Archiv der Heilkunde*, décembre 1871.)

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvanocaustique thermique, par le docteur Amussat. Germer Baillière, 1871.

Cinq observations d'ablation de tumeurs du col de l'utérus par la section galvanocaustique.

Du traitement chirurgical des goîtres parenchymateux et en particulier de leur extirpation, par le docteur V. Brière. Lausanne, Bridel, 1871.

Dans cette thèse, soutenue devant la Faculté de Berne, l'auteur s'attache à démontrer que l'intervention chirurgicale, et en particulier l'ablation, n'offre pas dans ses applications les dangers qu'on lui reproche généralement. L'auteur rapporte douze observations dans lesquelles l'extirpation des goîtres a donné entre les mains d'Emmert et de Lücke dix guérisons et deux morts. Réunissant les faits publiés jusqu'à ce jour dans divers recueils, M. Brière arrive à cette conclusion, que sur 73 goîtres opérés, il y a eu 50 guérisons pour 23 morts. Ce travail mérite qu'on lui accorde une attention sérieuse.

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur Fano. Tome II, 2e partie. Delahaye, Paris 1872.

Ce fascicule, qui forme la deuxième partie du tome II, comprend les maladies de la mamelle, dans lesquelles l'auteur a principalement reproduit les divisions établies par Velpeau ; viennent ensuite les maladies du thorax : blessures du thorax, blessures du cœur ; les maladies de l'abdomen ; blessures et abcès, et toute l'histoire des hernies. Les maladies de l'anus et du rectum terminent ce fascicule. Plusieurs planches sont consacrées aux variétés rares de hernies.

VARIÉTÉS.

Assistance publique dans les campagnes.

(Suite. — Voyez les numéros 19 et 21.)

La situation qu'on vient de décrire appelle nécessairement des réformes. On doit pourvoir d'abord aux moyens d'assurer des ressources aux hôpitaux actuellement existants dans les communes rurales ou les chefs-lieux de canton ; on doit aussi se préoccuper d'en étendre le nombre. De vives réclamations se sont produites à cet égard dans l'enquête agricole en 1866, et les conclusions de cet important document demandent l'extension du nombre des hôpitaux, de façon qu'il y en ait plusieurs par arrondissement et, s'il se peut, un par canton.

Mais dans l'état de nos finances, on le comprend, cet idéal de l'organisation hospitalière n'est pas prochainement réalisable. Il est donc sage de se préoccuper surtout de ce qui peut être fait d'utile, en cette matière, avec les ressources du présent. Or, le mieux est d'aviser promptement aux améliorations possibles.

« Le régime des hôpitaux, dit M. Béchard dans son livre *Du Paupérisme en France*, est sujet à beaucoup d'abus : ces établissements offrent, indépendamment de leur distribution défectueuse sur le territoire, par la répartition inégale de leurs ressources, un double obstacle au bien que l'on pourrait en attendre, surtout pour les populations rurales. Les constructions dispendieuses, les frais de personnel et de mauvaise gestion, absorbant une grande partie du patrimoine des pauvres. »

Un obstacle plus funeste encore s'oppose à la facile admission des malades dans les hôpitaux. Ces établissements conservent, soit par le vœu des fondateurs, soit par suite de l'esprit étroit des administrations locales, une destination tout exclusive et égoïste à l'avantage des habitants de la commune où ils sont situés. Leurs portes sont le plus souvent fermées aux malades du dehors. La loi du 7 août 1851 a eu la généreuse pensée de pourvoir à ces inconvénients dans ses articles 1, 2, 3 et 4; mais ces dispositions restent, le plus souvent, inappliquées. Les difficultés du transport, à raison des distances, des malades des campagnes éloignées, l'insuffisance des locaux, sur laquelle se rejettent toujours les commissions hospitalières, en interdisent l'accès au plus grand nombre.

Il y a, dans ces résistances des administrations hospitalières à recevoir les malades étrangers à leur commune, fussent-ils habitants des communes les plus voisines, non-seulement un triste oubli des devoirs d'humanité, mais encore une entière méconnaissance du droit ; les hôpitaux, en effet, ont été ouverts à tous par les règles de leur institution ; à l'origine, ils étaient destinés à être l'asile du voyageur malade et pauvre. Depuis, l'ordonnance de Louis XIV, en centralisant les petits hôpitaux épars dans les campagnes, a réservé aux habitants de ces localités leur droit d'admission dans les établissements enrichis de leurs biens. Enfin les lois de la Révolution, en confondant dans les mains de l'État toute la fortune charitable, a, par là même, imposé aux établissements hospitaliers l'obligation de recevoir tous les malades du département où ils sont placés. Si l'on rendait publiques les archives des hospices les plus récalcitrants à l'exécution de la loi de 1851, on verrait que plus d'un s'est enrichi des dépouilles des communes dont il refuse aujourd'hui d'accueillir les malades.

La loi ne reçoit, d'un autre côté, qu'une exécution fort incomplète et vraiment illusoire, par suite des difficultés administratives que rencontre, dans la pratique, l'admission des malades : l'article 3, en exigeant pour cette admission l'intervention de l'autorité préfectorale, crée une inutile entrave. Les communes, d'ailleurs, généralement dépourvues de ressources suffisantes, ou indifférentes à la bienfaisance, usent de la façon la plus restreinte du droit qui leur est conféré d'entretenir leurs malades pauvres dans les hospices. Elles ne savent pas s'imposer à cet égard une obligation que la loi a négligé de leur imposer elle-même. Le département, de son côté, ne pourvoit pas à la subvention indiquée dans l'article 4 de la même loi, pour suppléer à l'insuffisance des ressources des communes. Cet état de choses, dont nous ne chargeons pas les couleurs, met sous nos yeux le triste tableau de l'abandon cruel, de la souffrance sans soulagement, de la mort misérable et sans secours du plus grand nombre des malades de nos campagnes. La conscience se révolte à cette vue.

Nous proposons à cet état de choses un remède énergique : il ne faut pas hésiter à rendre, de *facultatif*, *obligatoire* pour les communes l'entretien des malades dans les hospices, sauf à faire la répartition des charges entre elles et le département. On doit également exiger que, dans chaque hospice, une salle spéciale, d'un nombre de lits déterminé, soit réservée aux malades non domiciliés dans la commune où est situé cet établissement. Cette salle serait placée sous la surveillance directe du service médical du département.

Quant à l'admission des malades, l'autorisation des médecins cantonaux et celle du médecin chargé, dans l'hospice, du service départemental doit suffire, et remplacer les anciennes entraves administratives.

Ces réformes de la loi ont été demandées dans l'enquête de 1866, et plusieurs conseils généraux, notamment celui du Puy-de-Dôme, sur la demande de l'auteur de ce projet, ont émis des vœux dans le même sens.

Tels sont les moyens les plus immédiats pour apporter quelques adoucissements aux maux des malades des petites communes.

Nous avons aussi proposé une mesure qui pourrait, dans l'avenir, considérablement favoriser la création de nouveaux hospices dans chaque département.

A moins d'une disposition contraire formellement exprimée par le donateur, le quart des legs et dons faits aux établissements hospitaliers serait désormais versé, dans chaque département, à une caisse commune dont les fonds devraient être employés à la création de nouveaux hospices ou à la subvention de ceux existants qui n'ont pas des ressources suffisantes. Cette fraction des dons serait dégrevée de tout droit d'enregistrement pour ne pas en amoindrir l'importance.

La volonté des donateurs n'en serait pas, selon nous, violée.

Cette volonté ne doit-elle pas, en effet, s'inspirer des plus généreux sentiments d'humanité? L'État lui-même n'use-t-il pas actuellement avec une entière liberté des droits de réduction ou de refus d'autorisation des dons de la bienfaisance privée? C'est l'ignorance des misères à soulager qui empêche le plus souvent les libéralités des donateurs d'arriver à leur plus utile destination. Le législateur a le devoir d'éclairer la charité et de féconder ses œuvres en leur assurant un emploi efficace.

Indiquons encore une amélioration importante.

Le service hospitalier ne doit pas exclure une large affectation des ressources aux secours des malades et des infirmes à domicile ; ce mode de soulagement offre de sérieux avantages. Souvent il répugne à l'ouvrier, au cultivateur surtout, à l'heure où la souffrance ravive en lui les sentiments sacrés de la famille, de s'éloigner de sa femme et de ses enfants, qui sont chers, Dieu merci, aux plus misérables.

La répugnance est plus vive encore quand la maladie est incurable et l'éloignement irrémédiable. Tenons donc compte de ces sentiments et de ces situations en favorisant le plus possible le secours des malades à leur foyer.

Les motifs qui doivent nous y déterminer sont plus concluants encore quand il s'agit des vieillards : leur assistance à domicile peut devenir

un avantage pour la famille elle-même; elle aura cet effet moralisateur d'entretenir dans son sein et d'enraciner au cœur des enfants des affections et des respects qu'il est bon de sauvegarder le plus possible au milieu des désordres de notre état social.

Les administrations hospitalières ne doivent donc pas hésiter à employer largement leurs ressources sous cette forme.

On entrerait encore dans une voie généreuse et féconde, on remédierait à beaucoup d'abus, et l'on pourvoirait en même temps à l'insuffisance trop fréquente des moyens d'assistance des bureaux de bienfaisance, en provoquant une association des administrations de ces bureaux avec celle des établissements hospitaliers.

L'article 3 de la nouvelle loi présentée à l'Assemblée nationale sur la composition des commissions des hospices et des bureaux de bienfaisance, autorise, à cet égard, une entente entre les deux administrations charitables pour éviter la confusion des secours et dans un but commun d'humanité. Le Gouvernement, représenté alors par le regretté M. Lambrecht, avait eu la pensée de rendre cette réunion obligatoire. Nous n'hésitons pas, quant à nous, à applaudir à cette disposition, en y apportant comme tempérament l'appréciation du conseil général sur son utilité et son opportunité : nous espérons que le vote de l'Assemblée lui donnera une consécration définitive.

Quand la faiblesse des hommes suscite entre eux des résistances ou des difficultés, le sort du pauvre pourrait-il, en effet, en souffrir? Nous e l'avons pas pensé, et nous n'avons pu négliger les mesures de protection que réclament énergiquement à cet égard les plus précieux intérêts de l'assistance.

Notre avis est donc, en résumé, que l'on doit se prémunir énergiquement contre la part injustement privilégiée qu'obtient l'habitant des villes dans l'administration des secours hospitaliers, et l'inégalité même de la répartition de ces secours dans la même ville. La loi du 7 août 1851 n'a fait cesser aucun de ces abus. L'équité, l'humanité, les sentiments les plus élevés de la conscience réclament enfin l'égalité dans l'allégement de toutes les misères, et le soulagement, sans distinction ni préférence, de toutes les douleurs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La Faculté a voté hier la liste de présentation pour la chaire de pathologie externe, vacante par suite du décès de M. Laugier, et le passage de M. Verneuil à la chaire de clinique chirurgicale. La présentation a lieu dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Trélat; en deuxième ligne, M. Léon Le Fort; en troisième ligne, M. Guyon.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 18 au 24 mai 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 3.— Rougeole, 16. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 14. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 56. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 13. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 211. — Affections chroniques, 355 (1). — Affections chirurgicales, 59. — Causes accidentelles, 21. — Total, 812.

Londres : Décès du 12 au 18 mai 1872, 1268; variole, 54 ; rougeole, 47 ; coqueluche, 73 ; bronchite, 114 ; pneumonie, 63.

Rome : Décès du 6 au 12 mai 1872, 166 ; variole, 14 ; diphthérie et croup, 15 ; pneumonie, 11 ; bronchite, 5.

Bruxelles : Décès du 5 au 11 mai 1872, 92 ; fièvre typhoïde, 3 ; croup et angine, 4 ; bronchite et pneumonie, 7 ; entérite et diarrhée, 15.

(1) Sur ce chiffre de 355 décès, 213 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Précis de thermométrie, clinique générale, par le docteur Pedro Francisco da Costa Alvarenga; traduit du portugais par le docteur Lucien Papillaud (Henri Almès). 1 vol. in-8 de 226 pages. Paris, J.-B. Baillière et Fils. 5 fr.

Livret de Spencer Wells pour les cas de tumeurs des ovaires et de l'abdomen, traduit de l'anglais par le docteur G. Boddaert. In-8 de 32 p. avec figures. Paris, J.-B. Baillière et Fils. fr.

Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement, par le docteur Figueroa. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Traité élémentaire des fièvres, par A. Castan, 2e édition, très-augmentée. 1 vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr.

De l'hématurie chyleuse ou graisseuse des pays chauds, par le docteur Crévaux. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie, par le docteur Éd. Fournié 1 fort vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. Cart. en toile. 2 fr.

De la putridité morbide et de la septicémie, histoire des théories anciennes et modernes, par le docteur Lacassagne. 1 vol. grand in-8. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance, relation médico-chirurgicale des faits observés et des opérations pratiquées à l'ambulance anglo-américaine (Sedan, Balan, Bazeilles), par le docteur William Mac-Cormac « Follow », et remarques de Louis Stromeyer (de Hanovre). Ouvrage traduit par le docteur G. Morache. 1 vol. in-8 de 170 pages, avec huit héliotypies et figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et Fils. 6 fr.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé à l'état de solution chloro-albumineuse, par le docteur Staub. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Étude sur les causes de la mort dans la variole, par le docteur Huchard. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

De l'aquapuncture, par le docteur Joannes Servasan. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, par le docteur Gustave Chantreuil. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Traité d'anatomie descriptive, par le professeur Sappey. Deuxième édition entièrement refondue, tome III, 2e partie (organes des sens). 1 vol. in-8, avec figures intercalées dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 6 fr.

Étude sur le cancer primitif du larynx, par le docteur Émile Blanc. In-8 avec une planche en lithographie. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Chimie organique élémentaire. Leçons professées à la Faculté de médecine, par M. Édouard Grimaux. 1 vol in-18 avec figures dans le texte. Germer Baillière. 4 fr. 50

Traitement curatif des maladies des voies respiratoires et de la phthisie pulmonaire en particulier par le phosphate acide de chaux, par le docteur Fremineau. Grand in-8 de 24 pages. Paris, F. Savy. 1 fr.

De l'emploi simultané des eaux bicarbonatées sodiques et des eaux ferrugineuses arsenicales, par le docteur H. Charvet. Grand in-8 de 44 pages. Paris, F. Savy. 1 fr. 25

Nouveaux éléments de physiologie humaine, par le docteur W. Wundt, traduits de l'allemand sur la deuxième édition et augmentés de notes par le docteur Bouchard. 4e fascicule, feuilles 27 à 32, grand in-8 (pages 417 à 512). Paris, F. Savy. Ouvrage complet. 14 fr.

Histoire médicale du blocus de Metz, par E. Grelois, 1 vol. in-8 de 406 pages. J.-B. Baillière et Fils. 6 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 6 juin 1872.

ASSEMBLÉE NATIONALE (séances des 31 mai, 1er et 3 juin). PROJET DE LOI RELATIF AU RECRUTEMENT DE L'ARMÉE.

Après une assez longue discussion générale, dans laquelle les orateurs se sont tous trouvés d'accord sur la nécessité et la justice d'admettre le principe du service obligatoire et personnel, l'Assemblée a commencé, le 31 mai, la discussion des articles du projet rédigé par la commission de quarante-cinq membres nommés à cet effet et qui, malgré un labeur incessant, n'ont pas mis moins de quatorze mois à accomplir ces travaux préparatoires.

Il n'est pas possible d'apprécier encore dans son ensemble cette loi qui est destinée à devenir la base de notre système militaire, le fondement principal de notre édifice social. Si le service personnel, l'abolition du remplacement résultent des articles 1, 2, 3, 4, que l'Assemblée a adoptés à l'unanimité, un grand nombre de cas d'exemption, de dispenses, ou de sursis d'appel, introduits dans le projet n'ont point encore, à l'heure où nous écrivons ces lignes, été discutés par l'Assemblée. Il y aura peut-être aussi quelques modifications de détail à introduire pendant le cours de la troisième délibération, nous ne pouvons donc parler que des articles sur lesquels la Chambre a statué en deuxième délibération.

Tout d'abord, nous constatons dans la loi l'introduction d'un principe nouveau, celui que renferme l'article 4, dont le deuxième paragraphe est ainsi conçu : « Les dispenses de service, dans les conditions spécifiées par la loi, ne sont pas accordées d'une façon définitive. » Ainsi, les jeunes gens qui, au moment du départ de leur classe resteront dans leurs foyers comme « aînés d'orphelins, fils de veuves, etc. », et dont l'énumération figure dans l'article 17, ne seront pas rayés des cadres de l'armée, mais y reprendront leur place si la cause de leur dispense momentanée vient à disparaître. D'après les lois de 1832 et 1868, ils étaient exemptés, tandis qu'ils ne sont plus qu'éventuellement dispensés. Déjà la loi de 1868 les avait incorporés dans la garde mobile, celle de 1872 fait un pas de plus en ne les regardant plus comme à jamais écartés du service actif en temps de paix et en les astreignant de plus à certains exercices militaires. Ces dispositions sont contenues dans l'article 26, qui dérive naturellement des principes fondamentaux posés par l'article 4. Il en sera, nous l'espérons, de même pour les élèves de l'Université ou des établissements ecclésiastiques, sur la situation desquels l'Assemblée n'a point statué, réservant l'article 20 du projet pour une discussion ultérieure.

Ce principe a été encore appliqué, et, suivant nous, avec la plus parfaite logique, aux jeunes gens que leur défaut de taille ou leurs infirmités ne permettent pas d'incorporer immédiatement dans l'armée. D'après les articles 16 et 18, le conseil de révision *pourra*, en présence d'un jeune homme physiquement impropre au service, l'exempter définitivement (art. 16) ou l'ajourner (art. 18) à un nouvel examen, lequel pourra se répéter deux années de suite.

A ce sujet, M. Chevandier avait introduit un amendement au projet; il proposait de ne renvoyer à un examen ultérieur que les jeunes gens regardés impropres « à un service armé ou à un service auxiliaire » ; il s'appuyait sur ce que, dans son dernier paragraphe, l'article 18 stipule que le conseil de révision pourra, lors du dernier examen, c'est-à-dire à la troisième épreuve, classer dans les services auxiliaires ceux dont il ne croira pas l'état de santé compatible avec le service très-actif. L'Assemblée n'a point consacré cette façon de voir, et en effet, l'article 3 de la loi étant ainsi conçu : « ... Tout Français qui n'est pas impropre à *tout* service militaire peut être appelé », etc..., il est évident que les conseils de révision seront libres, en acceptant le jeune homme dès le premier

FEUILLETON.

Exercice cumulé de la médecine et de la pharmacie.

A l'occasion de l'avis que nous avons transmis, sur sa demande, à un grand établissement industriel, situé dans une localité dépourvue de pharmacie (voy. *Gaz. hebd.*, n° 21, p. 337), relativement aux moyens d'assurer aux nombreux ouvriers de cet établissement la distribution des secours médicamenteux sans recourir aux officines des localités environnantes, on nous pose maintenant cette question :

« Quelles sont les obligations que doit remplir un docteur qui désire ajouter à son titre, s'il en a le droit, le diplôme de pharmacien? »

Commençons par rappeler ce que nous avons dit dans notre précédent article. Tout médecin exerçant dans un bourg, village ou commune où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte, peut fournir aux personnes près desquelles il est appelé des médicaments *simples* ou *composés*, sous la seule garantie légale de son diplôme de docteur ou d'officier de santé, et sans être aucunement astreint à y joindre le diplôme de pharmacien. Il lui suffit, pour être en règle avec la loi, de ne pas mettre ses médicaments en vente et de ne pas les débiter hors du cercle de sa clientèle locale. Mais le besoin du second diplôme peut naître de cette circonstance que, pratiquée sur une très-grande échelle, la mesure dont il s'agit, très-onéreuse pour le médecin de l'établissement, l'obligerait à s'adjoindre un aide, et que peu de jeunes gens consentiraient à passer dans ces occupations un temps qui ne leur serait pas compté comme stage régulier.

On a douté si les diplômes de docteur et d'officier de santé pouvaient être cumulés. Devisant un jour sous de beaux ombrages avec Me Dupin l'aîné, nous l'attirâmes sur cette question. Il ne manqua pas de la résoudre négativement, avec sa brusquerie de ton et sa roideur de logique habituelles, renforcées

examen, de le proposer pour un emploi dans un service spécial.

La loi de 1872 fait disparaître une inégalité dont on avait depuis longtemps signalé l'abus. Un grand nombre de jeunes gens n'ont pas, à l'âge de vingt ou vingt et un ans, acquis la taille et le développement physique qu'ils présenteront un an ou deux après, il est donc injuste de les exempter définitivement. L'obligation de les exempter n'était imposée au conseil que par la nécessité de constituer à l'armée un contingent annuel définitif, mais avec le principe du service personnel ces raisons ne subsistent plus. Du reste, dans d'autres pays on avait reconnu que, même avec les contingents restreints, il était possible de faire la part de ces circonstances. En Belgique, par exemple, la loi de 1870 exempte définitivement : 1° les jeunes gens dont la taille est inférieure à 1m,40 ; 2° ceux qui sont reconnus atteints d'infirmités incurables, et renvoie à un examen ultérieur : 1° ceux dont la taille est comprise entre 1m,40 et 1m,55; 2° ceux qui sont atteints d'infirmités curables.

Dans les conseils de révision, nous voyions tous les jours des jeunes gens porteurs d'infirmités regardées comme incompatibles avec le service militaire, des myopes, des bègues, etc., mais parfaitement développés et remplissant dans la vie civile des emplois très-importants. Il fallait, de par la loi de 1832-1868, les rejeter définitivement; grâce aux dispositions de la loi de 1872, on statuera sur leur situation, non pas en les renvoyant à un examen ultérieur, ce qui n'aboutirait à rien, puisque leur infirmité est définitive, mais en les plaçant dans les bureaux, dans les compagnies d'ouvriers, etc., où leurs aptitudes spéciales leur permettront de rendre de très-bons services.

La loi de 1872 admet comme minimum de taille 1m,54 et remet à un examen ultérieur ceux qui ne l'atteignent pas. La fixation minimum de la taille a souvent varié dans notre législation : on avait déjà admis et même dépassé ce chiffre de 1m,54; la loi du 8 fructidor an VIII admettait comme minimum 1m,544 ; de 1813 à 1818 on acceptait les conscrits jusqu'à 1m,52 ; en 1830 on revenait à 1m,54, et en 1852 on montait jusqu'à 1m,56; enfin, la commission de la loi de 1868 avait accepté 1m,54, mais le Conseil d'État, chargé d'étudier la loi avant son envoi devant les chambres, avait cru devoir l'élever à 1m,55.

Il y a beaucoup à dire sur cette question de la taille, mais en réalité, lorsqu'on applique le principe du service obligatoire, lorsqu'on prend toute la classe annuelle, on pourrait presque supprimer la question du minimum et laisser le conseil de révision libre de statuer uniquement d'après la constitution générale du sujet. Il est évident que, au-dessous de 1m,54 on ne trouvera pas beaucoup de jeunes gens réellement propres au service militaire; cependant il s'en présentera certainement quelques-uns, surtout dans cette zone de la France qu'habitent les populations de race celtique, comme la Bretagne ou les provinces alpestres. Si ces individus petits, mais vigoureux, ne peuvent faire des artilleurs ou des fantassins, ils peuvent parfaitement figurer dans la cavalerie légère ou dans les corps spéciaux, comme les ouvriers d'art, les infirmiers, etc.

Il est à regretter qu'aucun de nos confrères députés à l'Assemblée, n'ait présenté d'amendement à cet égard en lui donnant les développements ethnologiques qu'il aurait comportés.

L'article 8 de la loi fixe à *vingt ans* révolus l'âge auquel les jeunes gens seront inscrits sur les listes de tirage. M. le docteur Th. Roussel a introduit et développé avec beaucoup de talent un amendement par lequel il proposait d'abaisser cette fixation à *dix-neuf ans*. Il se fonde sur ce que, au moment de leur incorporation, les jeunes gens ont en général dépassé vingt et un ans, et que, en supposant le service de la première portion du contingent fixé à cinq ans, comme le porte le projet, ils ne pourront rentrer dans la vie civile et se marier qu'à vingt-six ou vingt-sept ans. La limite du mariage est ainsi reculée, le célibat militaire prolongé, au grand regret de la morale publique, au détriment des intérêts de la race. En France, la population suit une marche très-lentement progressive, les naissances illégitimes s'accroissent tous les ans ; cette situation impose au législateur l'obligation de favoriser les mariages socialement précoces, mais physiologiquement les plus productifs, ceux que l'homme peut contracter à partir de vingt-trois à vingt-quatre ans. La commission, par l'organe d'un de ses membres, M. d'Andelarre, a combattu la proposition de M. le docteur Roussel; l'intérêt de l'armée exige que nous n'acceptions que des hommes en pleine apogée de leur force, a dit l'orateur, et de plus, lorsque pendant la guerre de 1870-71 on a, par anticipation, examiné la classe de 1871, qui n'avait pas dépassé vingt ans, on a eu beaucoup de peine à parfaire le contingent. La Chambre a partagé l'opinion de la commission et repoussé l'amendement de M. Roussel, mais

---

de rudes coups du plat de sa grosse main à travers les airs. Comme il n'arguait, après tout, que de raisons de convenance et de sentiment, nous primes la liberté de l'arrêter par ces seuls mots : «Où se trouve le texte de l'interdiction?» Il n'en put citer aucun ; et, en réalité, il n'y en a pas. La Cour de cassation s'est d'ailleurs prononcée formellement pour la compatibilité légale des deux diplômes (voy. *Gaz. hebd.*, 1853-54, p. 54 et 275); seulement, on peut être convaincu que si les vœux récemment exprimés au sein de l'Assemblée nationale sont exaucés, la loi qui sera substituée à celle de l'an XI prononcera, comme le voulait le projet de M. de Salvandy en 1847, l'exclusion réciproque des deux professions de médecin et de pharmacien.

Actuellement donc, pas d'empêchement légal à la réalisation du désir exprimé par notre correspondant. Quant aux obligations à remplir, elles ne sont pas des plus commodes pour un médecin en pleine pratique. S'il aspire à devenir pharmacien de première classe, il lui faut justifier de trois années de stage dans une officine et de trois années d'études dans une école supérieure de pharmacie; ces trois années d'études pouvant être réduites à une seule moyennant dix inscriptions dans une école préparatoire. Ne vise-t-il qu'au titre de pharmacien de seconde classe, quatre inscriptions dans une école supérieure ou six inscriptions dans une école préparatoire lui suffisent; mais le stage est maintenu, et sa durée est même élevée à six années, dont deux seulement peuvent être rachetées par un supplément d'inscriptions. C'est cette obligation du stage qui est le gros obstacle. Des inscriptions dans une école supérieure ou dans une école préparatoire, on en peut prendre sans de fréquents déplacements; nous n'y encourageons personne, assurément; nous ne disons pas que le fait soit louable; nous disons seulement qu'il est possible, qu'il est fréquent, et que bien des gens appliquent aux études pharmaceutiques et même médicales la devise moderne des établissements thermaux : *Enghien chez soi! Vichy chez soi!* Mais il en est tout autrement du stage, qui ne pourrait être éludé qu'à l'aide de

nous espérons qu'elle autorisera, comme le propose du reste le projet, le mariage des individus de la deuxième portion du contingent après l'expiration de la première année de service, et, de plus, que les soldats envoyés en congés renouvelables pendant la cinquième année, pourront contracter mariage, sans attendre leur incorporation dans la réserve. Au point de vue du développement de la race, il serait plus avantageux d'exiger de toute la classe trois ans de service, ainsi que le proposaient certains amendements à l'article 37, actuellement en cours de discussion. — Tous les jeunes gens pourraient ainsi se marier entre vingt-trois et vingt-quatre ans.

L'article 28 de la loi a trait à la composition des conseils de révision; il est à peu près identique avec l'ancien article 15 de la loi de 1832-68, à deux exceptions près. Les membres du conseil, pris dans le conseil général et le conseil d'arrondissement, seront désignés tous les deux par la commission permanente du conseil général au lieu de l'être par le préfet. En outre, l'article 28 fait mention de la présence devant le conseil « d'un médecin militaire ou, à défaut, d'un médecin civil désigné par l'autorité militaire », tandis que dans l'ancienne législation le concours du médecin n'était spécifié que par cette phrase assez vague de l'article 16 (loi de 1832-68) : « Dans les cas d'exemption pour infirmités, les gens de l'art seront consultés. »

M. le docteur Roussel proposait de militariser le conseil de révision en lui donnant pour président un officier général et en y plaçant deux médecins militaires avec voix délibérative. La commission et la Chambre ont repoussé cet amendement, en se fondant sur ce que, jusqu'à son incorporation, le jeune homme doit être uniquement soumis aux autorités civiles. M. Roussel avait évidemment pour but d'élever l'autorité du conseil de révision en le faisant présider par un général, et non plus par le préfet, qui se fait beaucoup trop souvent suppléer par un conseiller de préfecture. M. le docteur Roussel a annoncé qu'il soutiendrait son amendement en troisième délibération, et nous désirons vivement voir la Chambre adopter ses idées, car l'armée a tout à gagner à voir les conseils de révision composés de gens compétents; or, l'examen des infirmités étant évidemment l'une de ses principales fonctions, le médecin doit peut-être y jouer un rôle plus important que celui d'expert, de consultant.

M. Limpérani a cherché à faire ajouter au texte de la loi que, comme le membre de l'intendance, le médecin aura la faculté de faire consigner ses observations sur le procès-verbal des opérations. Il y aurait eu dans cette mesure quelques avantages et certes aucun inconvénient, mais la Chambre n'a pas accepté cette proposition, non plus que celle de M. Roussel tendant à transformer la rédaction du troisième paragraphe de l'article 29 du projet : « Dans les cas d'exemption pour infirmités, les gens de l'art seront consultés. » Notre confrère désirait que les intéressés pussent appeler devant le conseil de recensement les médecins qui leur ont donné des soins pour les infirmités qu'ils assignent comme motifs d'exemption; le conseil de recensement aurait statué et renvoyé les cas douteux devant le *conseil de révision du corps d'armée*. C'était évidemment une transformation complète du mode accepté pour la constatation des infirmités, dont le conseil de révision est seul juge; c'était peut-être aussi s'exposer à bien des abus. La Chambre a repoussé l'amendement; mais elle a accueilli une nouvelle rédaction de ce même paragraphe proposée par M. Margaine, en sorte que le texte voté est le suivant : « Dans les cas d'exemption pour infirmités, le conseil ne prononcera qu'après avoir entendu le médecin qui assiste au conseil. » Cette nouvelle rédaction fait cesser une sorte d'ambiguïté qui aurait existé entre l'article 28 et l'article 29 du projet disant *les gens de l'art*.

Nous continuerons à étudier, au point de vue médical, la loi en cours de discussion à mesure que les articles auront été acceptés par la Chambre, nous réservant de présenter ensuite quelques considérations générales sur l'importance qu'elle aura sous le rapport du développement physique de nos populations et à celui de la constitution de l'armée.

Dr G. Morache.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Névropathie cérébro-cardiaque, par le docteur M. Krishaber.

(Suite. — Voyez les numéros 20 et 21.)

Obs. III. (Recueillie à l'hôpital cantonal de Lausanne, service de M. de Seranville.) — Le nommé ***, jardinier à C..., canton de Vaud (Suisse), sans antécédents héréditaires, est âgé de trente-quatre ans ; il a eu, étant enfant, des convulsions, des battements de cœur et des cauchemars fréquents. Vers l'âge de trente ans il eut des accès nerveux dont il ne peut pas bien déterminer la nature.

certificats de complaisance tenant de bien près à la fraude.

Supposé que notre confrère ne soit pas en état de se soumettre à ces diverses exigences universitaires, la Compagnie (si c'est dans son intérêt qu'on veut bien nous consulter une seconde fois) aurait encore, pour atteindre son but, le choix entre deux moyens. Ou bien elle pourrait, comme nous nous sommes déjà permis de lui en donner le conseil, confier à son médecin tout à la fois l'achat, le dépôt, la préparation et la distribution des remèdes, moyennant une indemnité en rapport avec le surcroît d'occupations qui en résulterait pour lui; un aide lui serait adjoint, qui serait chargé uniquement d'opérations manuelles, comme celles de la contusion, de la trituration, de la porphyrisation, de l'empaquetage, etc.; ou bien elle pourrait s'attacher, par un traité, soit un pharmacien retiré, soit un jeune homme muni du diplôme et qui, pour un motif quelconque, ne serait pas en mesure d'ouvrir à son compte une officine. C'est une pratique qui n'est pas sans exemple dans les grandes villes, où l'on voit des pharmacies confiées à de simples gérants. Mais il ne faut pas oublier qu'une officine ouverte dans ces conditions exceptionnelles serait, comme toutes les autres, soumise à la visite des commissions d'inspection, et comme elles aussi, tenue de remplir toutes les obligations qui découlent du droit d'exercice, quant à l'approvisionnement et quant à la qualité des drogues simples ou composées; ce qui entraînerait probablement la Compagnie au delà de ses intentions, au delà des besoins de son œuvre, et lui imposerait des charges aussi lourdes que celles dont elle cherche en ce moment à s'exonérer. A elle de peser ces diverses considérations, que notre rôle est uniquement de mettre sous ses yeux.

A. D.

Cet homme, qui d'habitude se nourrissait bien et buvait à chaque repas une bouteille de vin, perdit ses économies; il en éprouva de violents chagrins, et fut obligé de s'imposer de grandes privations.

Ce fut sur ces entrefaites qu'il fut pris, un jour, sans phénomènes précurseurs, de *vertiges*, de *bourdonnements d'oreille* et de *battements de cœur* extrêmement violents; presqu'au même moment il tomba par terre et *perdit connaissance*. En revenant à lui il se sentit comme *ivre*, et il ne put qu'avec peine se mettre sur ses jambes. Il eut, en même temps, une sensation de *strangulation* très-violente. Depuis cette première atteinte jusqu'au jour où nous vîmes le malade (onze mois s'étaient écoulés), ces accidents restèrent toujours les mêmes, à l'intensité près, qui était beaucoup moindre. La sensation d'ivresse diminuait quelquefois, mais le vertige était absolument constant.

Pendant les six premières semaines le malade resta couché, ne pouvant qu'avec peine se mettre sur son séant. Lorsqu'il put quitter le lit, sa marche était titubante, et il dut s'appuyer aux murs et aux meubles de sa chambre pour faire quelques pas. Actuellement il marche déjà mieux, mais il ne peut pas encore se tenir debout les pieds joints.

Dès le premier jour survint de l'*insomnie;* le malade prétend qu'il n'a pas dormi un seul instant pendant les trois premières semaines. Lorsque, dans la suite, il s'assoupissait, il se réveillait avec d'horribles *cauchemars*, des palpitations, et il était dans un état d'*égarement* tel, qu'il lui fallait plus d'une demi-heure pour se reconnaître. Se rendormant, il était réveillé de nouveau, et ainsi de suite toute la nuit. Il était constamment *dyspnéique*, surtout couché sur le dos.

Pendant les premières semaines, le malade sentait ses jambes comme « paralysées »; onze mois après il était encore très-faible et comme anéanti, et la pression de ses mains était sans aucune vigueur.

Nous donnons la parole au malade :

« Je suis toujours extrêmement *triste*, j'ai constamment *des peurs* qu'il me serait difficile d'expliquer. Je n'ai jamais eu d'idées de suicide.

» Souvent il me semble que *je ne suis pas de ce monde;* ma voix me paraît étrangère, et quand je vois mes camarades d'hôpital, je me dis à moi-même : « Ce sont les figures d'un rêve. » Très-souvent, je ne sais, en vérité, si je rêve ou suis éveillé; il me semble que je ne suis pas moi-même.

» En ce moment je pourrais reconnaître mon chemin, mais pendant le plus fort de mon mal il m'eût été impossible de me retrouver, même dans les endroits que j'avais le plus fréquentés. Aussi je n'osais pas rester seul. Mes jambes semblaient ne pas m'appartenir et je ne *sentais pas le sol en marchant;* je suis notablement mieux sous ce rapport. Pendant environ trois mois il m'a été impossible de lire, ne fût-ce qu'une ligne; quant à l'écriture, elle m'est encore très-pénible. Il m'est souvent difficile de me rappeler ce qui s'est passé dans la journée, mais je me souviens très-bien des faits anciens. Je suis extrêmement *irritable* et impressionnable; j'ai des *colères* sans motif; souvent je *pleure* sans cause. J'ai parfois des *frissons* comme si j'avais la fièvre; le moindre bruit m'agace et me donne des battements de cœur; j'ai remarqué que quelquefois le simple roulement d'une voiture entendu de ma salle me donnait des palpitations et des angoisses; il en est de même lorsque quelqu'un passe rapidement devant mes yeux. La lumière vive m'est insupportable et augmente mes vertiges. »

L'auscultation nous révéla un léger bruit de souffle systolique dans les vaisseaux du cou; rien au cœur. Les digestions, devenues à peu près normales depuis le troisième mois de la maladie, avaient été mauvaises jusque-là; le malade est pâle et maigre.

(Nous n'avons pas pu avoir des renseignements sur la marche ultérieure des accidents, qui, au moment où nous relevions l'observation, s'étaient déjà manifestement amendés.)

Obs. IV. — Madame ***, âgée de vingt-deux ans, d'origine arménienne, est née en Mingrélie. Elle était réglée très-jeune, et fut mariée avant l'âge de seize ans à un homme de quarante-deux ans, qui l'emmena en Italie. Dès les premiers temps du mariage, elle fut prise de tristesse et de nostalgie, que ni les déplacements fréquents, ni les distractions multiples ne purent vaincre. Sa santé physique ne s'altéra cependant pas; elle garda bonne mine, et son appétit, troublé pendant les premières semaines seulement, redevint ensuite normal. Dix-huit mois après son mariage, elle mit au monde un enfant bien portant et se remit rapidement de ses couches; sa tristesse habituelle se dissipa un peu, et elle prit bientôt des habitudes mondaines, lorsque, sur ces entrefaites, à la suite de circonstances dont les détails importent peu, mais dont les suites furent très-graves, madame *** se sépara de son mari; elle dut en même temps abandonner son enfant à des soins étrangers. Ayant refusé la subvention qui lui fut accordée, elle se trouva réduite tout d'un coup, après une existence luxueuse, à une vie matériellement très-modeste et à un isolement complet. Elle vint à Paris, où elle connaissait peu de monde, y mena une vie très-retirée, mais elle fumait incessamment des cigarettes de tabac turc, et prenait jusqu'à dix ou douze tasses de thé par jour. C'est trois mois environ après son arrivée en cette ville, et après de très-fréquentes nuits d'insomnie causée par le chagrin et l'ennui, que madame *** fut frappée, sans aucun autre signe précurseur, de *paraplégie*, et quelques instants après de *vertiges*; elle tomba par terre, mais ne perdit pas connaissance. Presque immédiatement après survinrent des *bourdonnements d'oreille*, de la *photopsie* et des *palpitations violentes*. Elle crut mourir sur place et appela au secours. Relevée et couchée dans son lit, elle devint, à partir de ce moment, d'une *irritabilité* excessive, ne put supporter ni la lumière, ni le moindre bruit, ni le poids de sa couverture. Une sensation d'*extrême faiblesse* qui fut ressentie dès le premier moment persista indéfiniment.

Toute la journée, et cela durant plusieurs mois, elle était tellement vertigineuse qu'il lui semblait parfois être enlevée dans un tourbillon. Les nuits qui suivirent le premier accès se passèrent dans une *insomnie* absolue; plus tard survinrent des *soubresauts* pendant le sommeil qui réveillaient la malade plusieurs fois en une heure; plus tard encore, et cela pendant deux ans et demi environ, le sommeil était tourmenté par des *cauchemars*, mais aussi par des *angoisses* indépendantes des rêves dont la malade ne peut donner l'explication. Vers la fin de la troisième année, le sommeil devint lourd, très-prolongé, comme narcotisé; la malade dormait alors de neuf à onze heures par jour. Les nuits ne devinrent complétement normales que dans le cours de la quatrième année.

Dès les premières semaines d'insomnie survint une sensation de *rêve* à l'état éveillé, à laquelle vint se joindre bientôt après celle de l'*ivresse;* toutes deux persistèrent pendant plus de trois ans.

C'est vers la même époque aussi que la malade commença à ressentir de la *douleur au cœur*, dans les épaules et dans les bras, principalement dans le *bras gauche*, et notamment dans le *petit doigt*. Cette douleur se produisit par accès répétés plusieurs fois dans la journée, et était constamment accompagnée d'une *aphonie* presque complète et d'une *dyspnée* très-grande. Même en dehors des accès le cœur était endolori et les palpitations extrêmement fréquentes. Plus tard, la paraplégie devint moins absolue et le vertige diminua, mais il se produisait souvent des contractures : la malade essaya cependant de marcher, mais la douleur du cœur se réveilla dès les premiers pas. Pendant ces accès, elle crut toujours mourir, mais même aux moments d'apaisement relatif, elle avait un sentiment permanent de *défaillance* et de *syncope*. Son anxiété était continuelle et excessive. Au milieu de tous ces accidents elle n'eut *ni nausée*, *ni vomissement*, mais l'appétit était médiocre et accompagné de diarrhée pendant les premiers mois, les *digestions* devinrent ensuite *normales* et la malade engraissait dans la suite; ses joues se coloraient et elle prit un apparence de santé qu'elle n'avait pas eue étant bien portante.

Lorsque la douleur du cœur s'apaisa à son tour, les palpitations devinrent en même temps moins fréquentes. Madame *** put marcher en prenant le bras de deux personnes, mais il lui semblait que le *sol* était *mou* et *mouvant*, et que ses jambes étaient étrangères à son corps. Cette sensation a persisté plus de trois ans. Il arrivait aussi très-souvent que, étant debout, elle fût prise d'un tintement très-accusé dans l'oreille gauche, et elle eut alors une *tendance* absolument *irrésistible à marcher* du même côté. Plusieurs fois, dans la vivacité de cette impulsion, et ne pouvant pas l'exécuter immédiatement, la malade tomba par terre. Elle n'osait jamais rester seule un seul instant, des terreurs excessives s'emparaient d'elle dès qu'elle n'était pas entourée. Lorsqu'elle commença à marcher, elle toucha souvent ses jambes avec ses mains pour s'assurer qu'elle les faisait mouvoir, ne pouvant les guider du regard sans provoquer du vertigo, et n'ayant cependant la conscience du mouvement exécuté qu'après l'avoir en quelque sorte contrôlé.

Pendant les premiers mois elle eut des besoins très-fréquents d'uriner, et même parfois des *mictions involontaires*, diurnes et nocturnes. Après la miction il survint souvent une *névralgie* très-vive dans le col de la vessie et à l'anus. Lorsque la vessie était pleine, la névralgie ne se produisait pas; la malade faisait alors des tentatives de mictions fréquentes et incomplètes, à quoi elle réussit et parvint à conjurer ainsi jusqu'à un certain point la fréquence des accès. Plus tard, elle eut des névralgies crurales et sciatiques dans les deux jambes, se localisant surtout dans les orteils, et quelquefois des arthralgies généralisées. Toutes ces névralgies — à l'exception de celle de la vessie — persistèrent plus de trois ans.

L'hyperesthésie des sens n'a duré qu'un an environ, il y avait pendant le même temps un léger affaiblissement de la vue, mais sans diplopie; les bourdonnements d'oreille ont duré trois ans. Les sensations de rêve et d'ivresse ont persisté tout aussi longtemps, mais elles ont cessé d'être permanentes beaucoup plus tôt.

Nous vîmes madame *** au déclin de sa maladie, lorsque, déjà notablement améliorée, elle put se rendre, sur notre conseil, à Saint-Moritz, où elle put faire de petites promenades et des excursions en voiture. Elle eut encore de courts accès très-douloureux d'angine de poitrine mais avec accélération progressive et régulière du pouls (de 68 à 97),

sans palpitations, et une *augmentation de température* (la normale étant chez elle de 36°,4/10°), tantôt de 6/10°, tantôt d'un peu moins d'un degré, dans l'aisselle.

A cette époque encore elle formula quelquefois cette étrange phrase si familière aux malades atteints comme elle : « Il me semble que je ne suis pas moi-même. » Son irritabilité était encore très-grande, et c'est pour la combattre et afin d'atténuer ses névralgies que nous conseillâmes, après les eaux de Saint-Moritz, des bains tièdes prolongés. Elle suivit ce traitement avec une grande persévérance et s'en trouva très-bien (cinq à sept heures de bain par jour); les antispasmodiques, notamment la racine de valériane en infusion et l'asa fœtida en lavements, contribuèrent à la calmer. Les accès d'angine de poitrine s'éloignèrent de plus en plus, puis cessèrent. En même temps que son irritabilité, les terreurs non motivées diminuèrent; la tristesse seule persista plus longtemps que les autres symptômes. Dans le cours de la maladie, elle avait fait plusieurs tentatives de suicide; une fois elle a avalé un petit flacon de chloroforme qui ne provoqua que des vomissements assez promptement apaisés.

Madame *** put, vers la fin de la quatrième année, s'imposer les fatigues d'un long voyage en se rendant, sans s'arrêter nulle part, directement dans sa patrie; nous pouvons la considérer maintenant, à quelques très-légers accidents près, comme complétement guérie.

OBS. V. — M. ***, horloger mécanicien, âgé de cinquante-quatre ans. Père mort paralysé vers soixante ans, mère très-nerveuse, morte d'une maladie des voies respiratoires. M. *** a eu vingt-deux enfants (de deux lits), dont quatorze vivants, bien portants, mais presque tous nerveux et impressionnables. M. *** a l'esprit particulièrement inventif et l'imagination très-vive; il a toute sa vie été d'une impressionnabilité presque maladive : une visite au Louvre, la vue d'un site pittoresque lui font verser des larmes d'enthousiasme. Sa vie a été des plus accidentées : parvenu d'abord à une belle situation, il a subi des revers qu'il sut cependant réparer et refit sa fortune qu'il perdit encore de nouveau, et ainsi de suite. C'est au milieu de ces vicissitudes et sans avoir commis aucun autre excès que celui d'un travail prolongé, que M. *** fut pris un jour de *vertiges* qui le firent tomber par terre. Aucun autre trouble ne survint à ce moment, mais pendant les dix ans qui ont suivi cet accident, des fatigues physiques ou morales en provoquaient de semblables; le vertige survenait aussi dès que M. *** voulait fixer la vue sur un objet, ce qui lui rendait alors, pendant quelques jours, toute lecture impossible. Les yeux fermés et couché dans son lit, il était notablement soulagé. Chaque accès de vertige durait vingt-quatre heures, était accompagné de *bourdonnements d'oreille* et de *douleur à la nuque* et dans la région du *cœur*. M. *** devint en même temps et tout d'un coup extrêmement triste. L'accès passé, il revint à la santé, et quelquefois plusieurs mois s'écoulaient sans le moindre trouble. Les choses se passèrent ainsi jusqu'au début de la dernière guerre.

M. *** ayant suivi avec une extrême vivacité les événements et en ayant reçu des impressions très-douloureuses, fut pris, le 1er janvier 1871, d'un accès de vertige beaucoup plus violent que les précédents et accompagné de symptômes qu'il n'avait pas connus jusque-là, et qui, dès ce moment, devinrent permanents sans un seul moment de répit. Il fut frappé de *paraplégie* avec résolution complète des membres, et dut garder le lit qu'il ne put plus quitter pendant plusieurs mois. L'intensité du vertige était telle qu'il ne pouvait rester sur son séant. Il arriva en même temps de la *parésie* généralisée se traduisant par une sensation de lassitude telle que le malade restait le plus souvent complétement immobile, ne se sentant pas même la force de soulever le bras; des *lipothymies* incessantes lui faisaient craindre constamment la mort. Il accusait en même temps du *vide* dans la tête et des *palpitations* presque continues, qui étaient d'ailleurs parfaitement constatables.

Dès le premier moment survint de l'*hyperesthésie* de tous les sens, M. *** ne put supporter la lumière ni le moindre bruit. Il resta dans sa chambre dans une obscurité et un silence complets et constants. Le poids de sa couverture lui était pénible.

Au milieu de tous ces accidents, l'*appétit* et les *digestions* se faisaient avec une *parfaite régularité*, et le malade garda l'aspect de la plus robuste santé. La paraplégie, complète pendant les premiers temps, s'amenda ensuite, et c'est environ cinq mois après son apparition que M. *** put faire quelques pas avec efforts. C'est pendant ces cinq mois aussi que l'hyperesthésie des sens était restée au même point, mais elle diminua ensuite progressivement. L'ouïe, qui avait été tellement impressionnable que le frôlement du papier, le tic-tac d'une montre ou tout autre bruit insignifiant causaient des soubresauts et constituaient une torture incessante, était devenue moins sensible depuis le moment où M. *** put, par instants, quitter le lit (l'hyperesthésie était plus accusée du côté de l'oreille gauche qui était un peu sourde); mais cependant, pendant très-longtemps encore il fallait lui parler à voix basse et lui-même ne parlait qu'en chuchotant. Les bourdonnements et les tintements étaient permanents et accompagnés d'une sensation de plénitude dans les oreilles. La photophobie devint moindre, mais la lecture et l'écriture restèrent impossibles. Dès que le malade voulait fixer la vue sur un livre, comme d'ailleurs sur tout autre objet, il se produisait du vertige, tout ce qui l'entourait tournait autour de lui, et il était obligé de fermer les yeux.

Dès le début, le sommeil du malade était devenu mauvais, et très-souvent interrompu par des réveils, mais il n'a pas eu d'insomnie absolue. Il lui semblait souvent rêver à l'état éveillé et il formule cette phrase : « Toute ma vie est un long rêve. »

Nous avons dit que, dès le début, il survint au *cœur* de la *douleur* qui se répandait dans le *bras gauche* et devint si vive, que le malade, lorsqu'il fut hors du lit, porta le bras en écharpe et ne put le remuer; le moindre mouvement exaspérait la douleur du cœur qui était accompagnée constamment d'une sensation de *strangulation*. M. *** était d'une *tristesse* profonde, un désespoir complet s'était emparé de lui, et il ne put détacher un instant sa pensée de l'idée de sa mort, de son enterrement, etc. Il pleurait et sanglotait à tout propos et était en même temps d'une grande *irritabilité*. Cet état moral s'est amélioré après un an.

Le 5 juillet 1871, il fut transporté à l'établissement hydrothérapique de Bellevue, où il suivit le traitement avec une grande régularité; l'amélioration, très-peu accusée d'abord, devint bientôt manifeste. Le vertige n'a disparu qu'après huit mois de traitement, mais les nuits devinrent meilleures vers la fin de l'été. L'hyperesthésie des sens s'évanouissait petit à petit, la paraplégie disparut complétement, et lorsque nous vîmes le malade, seize mois après le début des accidents, il pouvait déjà faire de petites promenades sans provoquer de palpitations ni de douleur au cœur; ces deux derniers phénomènes ne se produisaient plus spontanément. M. ***, se sentant encore faible, parle toujours en chuchotant, ne peut pas encore, sans provoquer de légers vertiges, fixer le regard sur un objet, mais son état s'améliore de jour en jour d'une manière très-manifeste, sa bonne humeur lui est revenue, il peut avec suite s'occuper de tout ce qui l'intéresse, et il est évident qu'il est en pleine voie de guérison. L'aspect du malade est celui d'un homme d'une très-robuste santé, mais au plus fort des accidents nerveux il en avait été de même.

Le malade n'a jamais pris de médicaments, ou peut s'en faut.

OBS. VI. — M. ***, ingénieur des ponts et chaussées, vingt-huit ans. Voici le récit de ce malade tel qu'il nous fut fait, moins des détails qui nous ont paru inutiles :

« Je suis né de parents bien portants, et il n'existe pas, à ma connaissance, de maladies nerveuses dans ma famille.

» A l'âge de seize ans j'ai eu fréquemment des pertes séminales nocturnes qui sont devenues plus fréquentes encore quelques années plus tard.

» Dans mon enfance j'eus des cauchemars presque chaque nuit; je n'ai fait aucune maladie grave. J'ai été élevé avec une sévérité excessive qui opprimait mon esprit et m'attristait dès mes plus jeunes années. Les premiers symptômes de mon affection actuelle datent de six ans; je fus pris d'accès successifs et très-rapprochés. Les accidents que j'éprouve ne sont pas tous continus, mais ils datent tous de la même époque. Très-souvent je suis pris d'*étourdissements* et de *vertiges*; au moment de leur plus grande intensité, je ne comprends ni ce que j'entends ni ce que je vois; les paroles frappent mes oreilles comme un marteau, et les hommes semblent être les figures d'un *rêve*. Les étourdissements sont tels, que souvent je ne peux me rendre compte du lieu où je me trouve; je suis alors plus d'une minute à rassembler mes idées. Cette sensation se renouvelle plusieurs fois par jour; elle est souvent provoquée par un bruit quelconque. Du reste, le bruit m'exaspère et m'irrite au plus haut point.

» Je suis parfois excité, exubérant, loquace, et je me démène comme un homme *ivre*; je fais cet effet à mon entourage et je crois moi-même être ivre, sans avoir bu, bien entendu. Il me survient aux mêmes instants des *bourdonnements d'oreille* et des tintements qui commencent brusquement, comme si l'on frappait une cloche logée dans mes oreilles.

» Ma *vue* est *troublée* aussi. Les objets me paraissent doubles, mais seulement à une distance qui ne dépasse pas 50 à 60 mètres. J'écris parfois péniblement, la lecture m'est plus facile. J'ai des illusions optiques d'un autre genre; les objets me semblent parfois changer de formes et d'étendue; ces troubles visuels sont plus accusés le jour que la nuit.

J'ai quelquefois des *insomnies*, mais elles ne sont ni absolues ni prolongées. Je m'endors toujours, mais je suis tourmenté par des *cauchemars* d'une telle vivacité, que je les confonds avec la réalité longtemps après mon réveil. Je rêve ordinairement de chutes, de mort violente. Il est un cauchemar qui revient le plus souvent, je suis guillotiné et je

replace ma tête sur mes épaules. La terreur que j'en éprouve est si grande, que je crois quelquefois mourir en réalité.

» J'attribue à ces impressions répétées mes fréquentes *palpitations*. La cause la plus insignifiante les produit en effet, et il suffit quelquefois qu'une pensée pénible me traverse l'esprit pour les rendre violentes.

» Au début de mon affection j'ai eu de grandes *lassitudes*, je me sentais épuisé et m'endormais souvent au milieu d'une conversation ou d'une occupation quelconque. J'ai fréquemment des *impulsions involontaires;* je marche alors malgré moi dans des directions déterminées, je prononce des paroles qui ne traduisent pas ma pensée et qui n'ont aucune suite. J'ai quelquefois des *tremblements* et des *frissons* suivis de chaleur. J'ai rarement la *notion* exacte *du temps;* il me faut plusieurs minutes de réflexion avant de me rendre compte de la date ou du moment exact du jour.

» Je suis le plus souvent *triste* et j'ai envie de *pleurer;* j'ai des *idées de suicide* qu'à divers moments j'ai été sur le point d'exécuter. J'ai des *antipathies* et des *colères* insuffisamment motivées. Fréquemment j'éprouve une sensation de *strangulation* qui dure plusieurs heures et cesse toujours la nuit.

» Mes parents, mes amis, me sont indifférents; je recherche la solitude et m'isole constamment. Quelquefois, cependant, je deviens communicatif et même gai jusqu'à l'exagération, sans raison suffisante.

» Une idée des plus étranges, mais qui m'obsède et s'impose à mon esprit malgré moi, c'est de *me croire double*. Je sens un *moi* qui pense et un *moi* qui exécute; je perds alors le sentiment de la réalité du monde; je me sens plongé dans un *rêve profond* et ne sais pas si je suis le *moi* qui pense ou le *moi* qui exécute. Tous les efforts de ma volonté n'ont pas de puissance sur ce bizarre état qui s'impose à mon esprit.

» J'ai aussi des tendances à me battre avec le premier venu, et puis à peine réprimer cette impulsion. Mon appétit est bon, mes digestions se font normalement, excepté pour le chocolat et le café dont j'ai fait abus. Parfois je suis obligé de faire le soir un grand effort de mémoire pour me souvenir des faits de la journée. Mais les faits de mon enfance sont très-présents à mon esprit. »

Ayant perdu de vue M. ***, nous n'avons pas pu suivre cette observation. Des accidents qu'il accuse s'étaient déjà amendés lorsque nous le vîmes.

Obs. VII.—Madame ***, vingt-cinq ans, père mort de meningo-encéphalite chronique, mère enlevée par mort subite. Au milieu de grands chagrins de famille, Madame *** fit une fausse couche pendant et après laquelle elle prit de la quinine à hautes doses. Elle se remit lentement des suites de son accident, eut des malaises fréquents, des palpitations et le sommeil agité. Au milieu de ces accidents légers, survint tout d'un coup un formidable accès de *vertige* avec *bourdonnements d'oreille*, *sensation de lueurs*, en même temps *défaillances* et, ce qui est plus important, *paraplégie absolue* et, quelques instants après, *cécité complète*.

Depuis ce moment, et cela pendant plusieurs mois, elle ne put pas faire un pas. Les *palpitations*, spontanées et presque continues les premiers jours, furent ensuite provoquées par les causes les plus insignifiantes; elles furent bientôt suivies de *douleur au cœur* et sensation de *strangulation* se produisant par accès et s'irradiant dans l'épaule et le *bras gauche*. L'*insomnie* devint absolue et prolongée, mais la cécité disparut assez rapidement; la malade qui, dans les premiers jours, ne voyait pas une lampe allumée devant ses yeux, récupéra la vue, mais resta amblyopique. Les premières semaines d'insomnie furent suivies d'*accès de catalepsie* avec extase et *hallucinations prolongées*. Ces accidents s'apaisèrent à la longue; la malade dormait un peu, mais elle était toujours tourmentée par d'horribles *cauchemars*.

Conduite à Divonne où elle suivit un traitement hydrothérapique régulier pendant quatre mois (maillot humide, drap mouillé, douches), et où l'on dut, dans les premiers temps, la porter à la douche, elle put bientôt faire quelques pas avec des béquilles. C'est vers le même temps à peu près que survint une *toux nerveuse* extrêmement violente. L'*hyperesthésie des sens*, qui avait été excessive jusque-là, avec prédominance de l'hyperesthésie auditive, a diminué après quatre mois de traitement à l'eau froide; l'amblyopie s'est corrigée; il en était de même de la perturbation du tact qui avait été si grande dans les premiers temps, que la malade ne reconnaissait pas les objets au toucher. Madame *** quitta Divonne notablement soulagée; mais elle y revint un an après presque aussi souffrante que la première fois. De nouveau elle fut très notablement améliorée par le même traitement, et cela si rapidement, que la veille de son départ elle put danser. Cette fois l'amélioration s'est maintenue, et madame *** est complétement guérie.

Obs. VIII. — M. ***, magistrat, âgé de trente trois ans, sans antécédent névropathique. Par suite d'un avancement de carrière amenant des occupations beaucoup plus nombreuses, M. *** fut pris un jour, dans la rue, et sans aucun signe précurseur, par des *éblouissements* suivis immédiatement de *vertiges* violents. « Je fus entraîné comme par un tourbillon et lancé à terre, dit le malade; n'ayant pas perdu connaissance, je voulus me relever, mais je roulai de nouveau à deux ou trois pas en avant. On accourut me donner secours; une fois debout, je pus gagner une voiture. A partir de ce jour, j'ai été constamment malade. J'ai la *tête* à la fois *lourde et vide*, il me semble constamment que je suis *ivre*. » M. *** marchait, en effet, comme un homme pris de boisson, il lui était absolument impossible de rester debout ou de marcher lentement, mais il put, par un effort subit de sa volonté, s'élancer en quelque sorte, et faire des pas précipités, après lesquels il s'assoyait immédiatement sous peine de tomber. Une fois, après avoir fait quelques pas au bras d'un ami, il fut pris tout d'un coup d'un vertige tellement violent, qu'il se jeta au cou de son compagnon, ferma les yeux et s'y suspendit avec angoisse de tout le poids de son corps. Quatre ou cinq fois seulement des accès aussi violents survinrent étant assis. Voici ce que ressent le malade pendant les accès : « Il me semble que ma tête est attirée à terre par un poids énorme, mes mains ne suffisent pas à soutenir ma tête, et je cherche quelquefois un obstacle matériel, une table par exemple, pour l'appuyer; les objets tourbillonnent autour de moi, et un jour, étant en voiture, il m'a semblé que la terre s'entr'ouvait et que je roulais à pic dans l'abîme avec voiture et chevaux. L'accès est précédé par de la *défaillance* et une sensation très-pénible de *vide* dans la tête; je crois constamment *m'évanouir*, mais je n'ai, en vérité, jamais perdu connaissance; je peux même, de vive voix, prévenir les personnes qui m'entourent de l'accès qui va se produire et leur annoncer aussi l'approche du mieux.

« J'ai très-souvent un brouillard devant les yeux, j'ai aussi des *palpitations* et me sens *très-irritable*. »

L'*hyperesthésie des sens* est peu accusée; le malade n'a pas de *douleur* au *cœur*. Le *sommeil* n'a *jamais été troublé*. *Aucune conception fausse* ne s'est manifestée; le phénomène dominant était le vertigo et les troubles de la locomotion qui en étaient l'expression. Les troubles des sens, les troubles de la circulation étaient peu prononcés; *appétit* absolument *indemne* et *digestions excellentes;* M. *** n'a été, en somme, atteint que la forme légère de la mosopathie cérébro-cardiaque, avec prédominance d'un des principaux symptômes.

L'hydrothérapie suivie pendant trois semaines seulement, n'a pas donné de résultat; l'usage du fer produisait de la constipation; tout traitement fut cessé.

Le malade se sentait très-notablement amélioré vers la fin de la première année, et lorsque nous le vîmes, il pouvait déjà marcher avec une certaine facilité. Il avait l'apparence d'un homme en parfaite santé, et nous dit qu'au plus fort de sa maladie il en avait été de même. Les accidents diminuèrent de plus en plus, et finalement cessèrent complétement; actuellement M. *** est complétement guéri.

Ce cas rentre évidemment dans le cadre de l'affection décrite sous le nom de *vertigo a stomaco læso sans troubles digestifs!* Nous y reviendrons plus loin pour combattre cette interprétation.

Obs. IX. — Mademoiselle de ***, âgée de vingt-sept ans, a de nombreux antécédents névropathiques dans sa famille. D'origine russe, elle a la constitution vigoureuse de la race slave du Nord, avec l'aspect de la plus robuste santé; elle n'a d'ailleurs jamais été malade jusqu'à il y a cinq ans. Au mois de mars 1867, mademoiselle de *** a été prise, sans aucun signe précurseur, d'un accès de *douleur* et de « contraction » qu'elle rapportait au *cœur*, et qui lui causait une sensation de *terreur* extrême. Elle eut des *palpitations* violentes, pâlissait et se sentait comme anéantie; des frissons avec tremblements survinrent, et mademoiselle de *** fut obligée de garder le lit. Elle eut en même temps une sensation de *vide* dans la tête, suivie immédiatement d'*étourdissements*, qui augmentèrent au contact de l'air frais, lorsque la malade, qui se sentait *très-oppressée*, faisait ouvrir les fenêtres. Bientôt apparut une *impressionnabilité exagérée* de tous les sens et une grande *irritabilité*. Le *sommeil* fut profondément troublé, et il se produisit de véritables *hallucinations*. Dès qu'elle était dans l'obscurité, elle voyait des figures grimaçantes, des apparitions chimériques de tous genres, ou bien aussi sa propre personne horriblement défigurée. Tous ces accidents durèrent d'abord deux mois d'une manière consécutive, s'amendèrent ensuite, mais revinrent par accès successifs si fréquents, que mademoiselle de *** n'osa plus quitter sa chambre.

Pendant quatre ans, mademoiselle de *** eut des moments de répit relatifs, mais d'autres aussi pendant lesquels tous les accidents étaient très-prononcés. Ils s'annonçaient toujours par des *insomnies prolongées* ou un sommeil constamment interrompu, par des réveils incessants à la suite de cauchemars. Les réveils se firent aussi sans rêves pénibles, mais toujours avec palpitations et angoisses; il semblait à la malade qu'elle recevait une commotion électrique, elle se réveillait avec

des soubresauts et une sensation très-pénible de « contraction » qu'elle rapportait au cœur. Au plus fort de l'état nerveux qui suivit les jours d'insomnie, elle accusait la sensation de *rêve, d'ivresse* et de *vague* dans l'esprit, des *vertiges* très-prononcés; la malade croyait tourner autour d'un axe fictif qui traversait son corps dans le sens vertical; d'autres fois il lui semblait subir des *mouvements oscillatoires*. A ces moments seulement survinrent des nausées et un malaise général analogue à celui du mal de mer, mais, en général, l'appétit était conservé, et les digestions bonnes. Mademoiselle de *** souffrait beaucoup de névralgies multiples et notamment trifaciales et sciatiques. Le sommeil devint meilleur dans le cours de la cinquième année, et dès lors tous les accidents s'apaisèrent.

Mademoiselle de ***, qui plusieurs fois avait essayé le traitement à l'eau froide (en Allemagne, à Divonne et à Bellevue), ne l'a jamais suivi régulièrement; il en était de même de divers médicaments qu'elle prit, parmi lesquels nous signalerons les antispasmodiques conseillés par nous. L'état s'améliora cependant très-notablement, et aujourd'hui, sauf de légers étourdissements et une certaine irritabilité, mademoiselle de *** est guérie; son sommeil est devenu normal, et avec lui les accidents nerveux ont disparu.

Obs. X. (Malade vue avec MM. les docteurs Peter et Barbé). — Madame ***, quarante ans, sans antécédents névropathiques, a souffert pendant plusieurs années d'une sciatique d'ailleurs peu prononcée, lorsque, trois semaines après une couche normale et assez facile, elle fut réveillée un nuit par une sensation vertigineuse des plus prononcées. Les deux années qui avaient précédé ce premier accès de vertige étaient marquées par une sensation particulière et très-passagère à la tête, mais qui se produisait très-fréquemment, et que la malade compare à une commotion électrique. Le premier accès de *vertige* était accompagné de sifflements et de *bourdonnements d'oreille*, de *phosphènes* et de *palpitations*. Dès ce moment, l'état devint permanent et persista avec la même intensité environ huit mois, s'amenda ensuite, revint par accès violents et passagers, mais ne cessa jamais complétement. Onze ans se sont écoulés depuis l'invasion du mal. Le sommeil, troublé au début, devint ensuite normal, et madame ***, qui a toujours des rêves pénibles avec réveils très-fréquents, a depuis longtemps cessé d'avoir des insomnies prolongées.

L'*hyperesthésie des sens*, très-marquée les premiers temps, s'est notablement atténuée ensuite; c'est l'hyperesthésie auditive qui avait été le plus accusée, et elle se produit encore fréquemment, mais d'une manière assez passagère. Par contre, du côté de la vue, il y eut des troubles persistants d'une autre nature; madame ***, depuis le début de son état vertigineux, a très-fréquemment un « voile noir » devant les yeux ; alors elle cesse complétement de voir de l'œil gauche, mais l'œil droit est incomplétement aveugle, le voile noir lui semble être percé d'un trou de ce côté; mais elle voit les objets doubles. En même temps se produisent des *troubles* très-prononcés de la *locomotion*. Ceux-ci, du reste, sont constants depuis onze ans, mais des accès, assez rares d'ailleurs, les rendent excessifs par moments : Madame *** a constamment la sensation de marcher sur un corps mou ou sur un sol mouvant, mais parfois sans cause appréciable il se produit le « voile noir », des sifflements dans les oreilles, des palpitations violentes, et la malade alors est chancelante; les objets tournent autour d'elle, et elle perd complétement l'équilibre. Une fois, pendant l'accès, madame *** a distinctement vu tous les objets de sa chambre renversés sens dessus dessous; mais, nous le répétons, même en dehors de ces grands accès, la malade est constamment mal équilibrée et dans un état vertigineux qui ne cesse jamais complétement. Les palpitations sont devenues beaucoup moins fréquentes, le jour, mais elles se produisent encore les nuits, et sont, au dire de madame ***, la cause de ses fréquents réveils. Il s'est produit dans le cours de l'affection des frissons suivis de chaleur avec un caractère de périodicité assez marqué; le sulfate de quinine, administré à ces moments, loin de l'améliorer, a très-notablement aggravé la situation.

La malade, aux moments du plus grand malaise, est irritable, très-triste, et se sent un besoin absolu de solitude; elle évite d'ailleurs constamment la société.

Des névralgies multiples se sont produites et se localisèrent pendant très-longtemps aux pieds et aux mains, mais très-particulièrement dans les orteils. Il survient souvent de la *douleur* au *cœur*, qui parfois devient très-vive : tantôt ce sont les accès prolongés de palpitations qui la produisent ; tantôt elles apparaissent spontanément et durent un ou plusieurs jours.

De toutes les sensations, une des plus pénibles à la malade est celle du *vide* dans la tête ; Madame ***, pendant la longue durée de sa maladie a suivi bien des médications sans aucun résultat. Nous venons de lui ordonner les antispasmodiques et un régime rigoureux, dans lequel il faut écarter toutes les substances excitantes, du système nerveux, médicamenteuses ou alimentaires tels que quinquina, thé, café, certaines liqueurs, etc. Madame ***, qui est évidemment moins souffrante, depuis quelque temps déjà, est cependant encore loin de la guérison.

Obs. XI.— (Malade vu avec M. le docteur Peter.) M. ***, étudiant en médecine, né de parents bien portants (mère très-nerveuse), âgé de trente et un ans, a eu dans son enfance des cauchemars poussés jusqu'au somnambulisme. Pendant l'adolescence, il a souffert de l'estomac.

A la suite d'excès faits pendant la dernière guerre, (de boissons, de café et de tabac), M. *** a été pris de tremblements alcooliques, qui cessèrent après deux mois d'abstinence et de traitement ; il était bien portant ensuite jusqu'au mois de juillet dernier. Il eut alors de l'embarras gastrique, et fut pris un matin, de céphalalgie et de lumbago qui, supposés de nature rhumatismale, furent combattus par de petites doses de quinine continuées pendant une quinzaine de jours.

Au mois de janvier dernier, M. *** ressentit subitement, sans aucun signe précurseur, des *bourdonnements d'oreille*, des *phosphènes* et un *vertige* tellement violent, qu'il put à peine, et en chancelant, atteindre sa fenêtre, afin de l'ouvrir; il eut, au même moment, des *palpitations*, des sueurs profuses, et quelque temps après la sensation de l'ivresse. Dès lors le *sommeil* devint *mauvais*, fut interrompu par des réveils fréquents et agité par des *cauchemars*.

M. *** ne pouvait qu'avec peine se livrer à un travail intellectuel quelconque; il devint *irritable*, irascible, se sentait constamment *fatigué*, même au repos, et avait notablement perdu de son énergie habituelle.

Parfois il a de la *douleur* très-vive et passagère au *cœur*, avec ou sans *palpitations*.

Sa *marche*, d'abord *incertaine*, à un tel point qu'il n'osait sortir qu'en longeant les murs, afin de s'y appuyer au besoin, devint ensuite moins hésitante; mais, dès que le malade fléchit la tête, soit en avant, soit en arrière, il est pris immédiatement d'un vertige violent qui tend à le renverser. Il a remarqué cependant que lorsqu'il persiste à garder la position qui produit le vertige, celui-ci diminue à la longue.

L'état vertigineux coïncide avec la sensation de *vide* et de *vague*; il semble au malade qu'il n'a point d'idées; sa mémoire est profondément troublée, et il est incapable de fixer son esprit sur un sujet quelconque; souvent il ne se rappelle pas les mots les plus simples et a de véritables absences momentanées, ou du moins des distractions telles, qu'il prononce des paroles qui n'ont aucun rapport avec la situation dans laquelle il se trouve. La *mémoire locale* a *baissé*, et M. *** ne peut pas retrouver, sans l'aide d'un ami, le chemin de l'hôpital qu'il fréquente depuis longtemps. Toutefois, tous ces symptômes se sont déjà amendés, mais M. *** n'est pas encore remis.

Obs. XII. — Madame *** âgée de vingt-deux ans, est née de parents encore vivants et très-bien portants, mais il y a des maladies nerveuses dans sa famille. Madame ***, qui jusque-là avait été bien portante, a été prise de fièvres intermittentes, dont le premier accès coïncidait avec une émotion très-vive; ces accès revinrent fréquemment dans l'espace de trois semaines. Cédant à la quinine à hautes doses, ils réapparurent après quelques semaines de répit relatif; combattus de la même façon, ils cessèrent enfin pour ne plus revenir.

Etant restée au lit pendant ces accès, Madame *** fut dans l'impossibilité de le quitter, ses *jambes* lui *refusant tout service*. Elle ne peut pas fixer exactement le moment d'apparition de ce phénomène, qui n'en était pas moins tellement prononcé, que la malade ne pouvait se tenir debout un seul instant. Étendue au lit, il lui était possible d'exécuter des mouvements avec ses jambes, qui s'affaissaient et tombaient en résolution dès qu'elle voulait s'en servir pour la marche; en même temps survinrent des *palpitations*, des *vertiges*, des *étourdissements* et une excessive *hyperesthésie* des *sens ;* le moindre bruit, un rayon de lumière, le passage d'une personne ou d'un objet devant ses yeux faisaient naître une sensation extrêmement pénible dans la tête, augmentaient ou provoquaient le vertige et lui rendaient *nécessaire* une *solitude absolue*. En même temps se produisit une sensation de *faiblesse* jusqu'à l'anéantissement ; il lui était impossible de fixer son esprit sur un sujet quelconque; elle ne pouvait ni lire une ligne, ni entendre faire la lecture ; la conversation même lui était odieuse, et elle *gardait* presque *constamment* le *silence*. Une *irritabilité* extrême s'était manifestée dès le début des accidents nerveux, et se traduisait par une grande impatience et des antipathies non motivées; elle ne tolérait personne auprès d'elle, et il devint difficile de lui donner les soins les plus indispensables.

Un des premiers symptômes fut le trouble du sommeil; l'*insomnie* était *prolongée* et *absolue*, alternant avec un sommeil agité de rêves pénibles et de réveils fréquents. A tous ces accidents se joignait une *tristesse* extrême. Ces symptômes restèrent les mêmes pendant seize mois. (A plusieurs reprises on avait essayé de l'hydrothérapie, mais ce traitement ne fut jamais régulièrement suivi.) Les accidents commencèrent à s'amender sérieusement vers la fin de la deuxième année. La malade

put faire quelques pas avec l'appui de deux personnes aux bras desquelles elle se suspendait ; puis de mois en mois survint une légère amélioration ; le vertige diminua, l'affaissement général, l'hyperesthésie des sens, l'irritabilité, devinrent moindres, la malade put s'occuper pendant quelques instants à quelques ouvrages de broderie, mais cependant, en ce moment encore, les accidents ne sont pas encore complétement apaisés.

Obs. XIII. — M. ***, docteur en médecine, trente-quatre ans, sans antécédents de maladies nerveuses, a eu souvent des rhumatismes musculaires et du lumbago. A la suite de fatigues et d'émotions excessives subies pendant la dernière guerre, M. *** fut pris de *tristesse* et d'*insomnies* alternant avec un sommeil troublé par des *rêves pénibles*. Il survint en même temps de légers *vertiges* avec impossibilité de lire et d'écrire, des *palpitations* suivies de *douleur* au *cœur*. Des *névralgies* multiples et presque incessantes vinrent s'ajouter à tous ces phénomènes.

Le sommeil redevint normal après quelques mois, mais les autres symptômes persistèrent. L'*irritabilité* du malade était très-grande ; il conçut des *antipathies* violentes et eut très-souvent des *colères* non motivées. Sa *tristesse* était profonde ; toute initiative était abolie ; le malade était sans énergie, sans volonté ; il lui semblait ne plus rien savoir, n'avoir plus aucune idée ; il « n'avait pas la même tête », etc. Au début, *inappétence* et constipation, puis les digestions devinrent bientôt normales.

M. ***, qui avait été d'une pâleur cadavérique et d'une grande maigreur, dans les premiers temps, reprit des couleurs et de l'embonpoint quelques mois plus tard.

L'hydrothérapie amena une notable amélioration dans tous les symptômes, et actuellement M. *** est en pleine voie de guérison.

Obs. XIV. — M. ***, rentier, né de parents bien portants et vivants encore, appartient à une famille extrêmement nombreuse, dans laquelle les affections du cerveau sont communes. Étant enfant, il a eu fréquemment des cauchemars, mais aucune maladie de quelque importance jusqu'à l'âge viril. A trente-quatre ans survint, au milieu d'une vie déréglée et d'excès de tous genres, un rhumatisme articulaire aigu. C'est de cette époque que datent les troubles nerveux dont nous allons faire la simple énumération.

Il se manifesta d'abord du *vertige* et des *troubles visuels* auxquels s'ajoutaient bientôt une *perversion* du *tact*. Le malade ne pouvait pas traverser sa chambre sans s'appuyer aux meubles, et il lui était impossible de reconnaître au toucher la forme des objets ; la vue ne put, pendant quelque temps, corriger les impressions fausses du toucher et les conceptions erronées ou illusoires sur le monde extérieur qui en furent la suite. En même temps survint l'*hyperesthésie* de tous les sens ; mais c'est très-particulièrement la vue qui était affectée ; à la photophobie étaient liées la *diplopie* et l'*amplyopie*.

A plusieurs reprises, des émotions vives lui firent perdre connaissance.

Le *sommeil* ne fut *troublé* que pendant les premiers temps et redevint bientôt normal. Les accidents s'amendèrent ensuite rapidement, et après un séjour à Nice, par un printemps exceptionnellement beau, M. *** guérit complétement.

Obs. XV. — Madame ***, née de parents bien portants, âgée de trente-six ans, et sans antécédents névropathiques. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, elle a eu parfois des accès de catalepsie qui se reproduisent encore de temps en temps, sans attaque hystérique. Quelques années plus tard elle fut prise de *douleurs au cœur*, dans les épaules et les bras, produites quelquefois sans cause connue, et d'autres fois par les causes les plus diverses, parmi lesquelles il faut citer surtout une nuit de veille, des émotions vives ou un exercice quelque peu exagéré. La douleur était constamment accompagnée d'angoisses et de lassitude, telle que Madame ***, même longtemps après la cessation de l'accès, ne pouvait pas soulever les bras. Dans l'intervalle des accès, Madame *** était d'abord indemne de toute douleur ; bientôt cependant survinrent des *névralgies multiples*, des douleurs musculaires et des arthralgies, mais toujours sans fièvre. Madame *** était cependant quelquefois dans l'impossibilité de se mouvoir, et dut garder le lit parfois pendant une ou plusieurs semaines. Considérée comme rhumatisante, on lui administra de la quinine à petites doses, d'une manière prolongée, et comme elle n'en obtint aucune amélioration, elle se rendit à Divonne et s'y soumit à plusieurs reprises à un traitement hydrothérapique qui fit disparaître les accès de catalepsie et atténua l'intensité des douleurs multiples, à l'exception de celle du cœur, qui revint comme par le passé, mais jamais avec grande intensité.

C'est sur ces entrefaites que Madame *** fut prise de légers *vertiges* et de sensations de *vide* dans la tête ; très-souvent il lui semblait être *ivre*, et elle eut en même temps des *palpitations* qui ne laissèrent pas de lui faire supposer une maladie de cœur. Il se manifesta en même temps de l'*hyperesthésie* des sens, et notamment de l'ouïe. Il ne survint pas d'insomnie, mais très-souvent le sommeil était troublé par des *rêves pénibles*. L'humeur de la malade ne se ressentit guère de cet état ; elle vivait de sa vie ordinaire, se plaignait quelquefois, mais sauf les appréhensions au sujet de son cœur, elle comprit que tous ces troubles étaient nerveux et devaient disparaître un jour. Disons cependant que nous avons vu une fois la malade, atteinte beaucoup plus fortement, se tourmenter sur son état et formuler des phrases comme celle-ci : « Je ne reconnais pas le son de ma voix ; il ne me semble pas que c'est moi qui parle ; je suis comme un automate, etc. ». Cette aggravation des phénomènes cérébraux ne dura que huit jours et ne se reproduisit plus.

L'appétit a toujours été bon, et les digestions normales.

Mme *** a les apparences de la plus parfaite santé. Son état s'est d'ailleurs actuellement très-amélioré ; l'hyperesthésie et le vertige des sens ont complétement cessé ; la sensation d'ivresse se produit encore quelquefois, mais de plus en plus rarement ; la douleur du cœur n'est jamais intense et ne paraît qu'à de rares intervalles ; le sommeil est normal, et les névralgies ont complétement disparu.

L'hydrothérapie, un séjour prolongé aux eaux de Saint-Moritz, l'usage des antispasmodiques et la suppression des substances alimentaires excitantes, dont Madame *** avait fait abus (thé, café), ont été les moyens employés.

Obs. XVI. — M. ***, homme de lettres, sans antécédent névropathique, âgé de quarante ans. A la suite d'un travail intellectuel excessif, il est pris subitement de *vertige*, de sensations de *vide* et d'*ivresse* avec bourdonnements d'oreille, et de *troubles visuels* qui lui rendent toute occupation impossible ; il survient en même temps des *palpitations*, mais sans douleur au cœur ni dans les bras. Le *sommeil* se *trouble*, des *cauchemars* causent des réveils incessants, le malade devient d'une grande *irritabilité* ; une profonde *tristesse* s'empare de lui, il s'isole complétement.

Cet état dura trois ans ; d'autres symptômes nous ont été signalés, qui rapprochent l'histoire de ce malade de celle que nous avons donnée plus haut, mais les renseignements n'ont pu être suffisamment précis. Nous savons cependant que l'état du malade s'est amélioré au bout de trois ans, et qu'il est aujourd'hui presque complétement remis.

Obs. XVII. — Madame ***, trente ans, née de parents bien portants, a toujours été nerveuse, et, à la suite de grandes émotions coïncidant avec une fausse couche, elle a été prise de *vertiges* violents et de *troubles* tellement prononcés de la *vue*, qu'elle ne put, dès le premier jour, lire seulement l'en-tête d'un journal. L'*insomnie* survint dès ce premier jour, et ces symptômes furent suivis bientôt d'autres très-nombreux, dont nous allons faire la simple énumération : Occupations intellectuelles impossibles, besoin de solitude, envie de pleurer ; des *bourdonnements d'oreille* et un bruit incessant dans la tête ; une *sensation douloureuse* et comme « spasmodique » au *creux de l'estomac*, à la région du *cœur* et au *cou* ; de la *dysphagie*, de la *dyspnée* poussées si loin, que la malade, qui avait faim, était presque dans l'impossibilité de prendre des aliments. *Perturbation* du *toucher*, du *goût* et de l'*odorat*. Madame *** ne reconnaissait pas la forme des objets ; il en était de même du goût des aliments ; elle avait un goût de « terre pourrie » dans la bouche ; sa langue était cependant d'aspect normal. Frissons incessants, suivis de bouffées de chaleur.

Les accidents cérébraux étaient très-multiples ; c'était un « *vague* indéfinissable et insupportable », une sensation d'*ivresse* et de *vide*. Il survint en outre des *impulsions irrésistibles* multiples ; la vue d'un couteau donnait des idées de suicide ; la vue d'un escalier, l'envie de se précipiter en bas. La marche était incertaine, hésitante, mais seulement en tant que liée au vertige et aux étourdissements ; il n'y avait paralysie à aucun degré.

Des névralgies survinrent en même temps dans divers points d'émergence du trijumeau. Une *tristesse extrême* durait aussi longtemps que les autres accidents. Ce n'est que dans le cours de la cinquième année que les symptômes diminuèrent, et aujourd'hui, six ans après le début de la maladie, la guérison est complète. Madame ***, sauf dans les premiers temps, n'a guère suivi de médications ; des bains très-fréquents qui la soulagèrent étaient le seul moyen de traitement régulièrement observé.

(Cette observation, comme les suivantes, nous a été communiquée dans le cours de cette publication ; nous en donnons seulement un résumé.)

Obs. XVIII.—Madame ***, dont le père est mort d'accidents cérébraux indéterminés à l'âge de quarante-six ans, a eu pendant son enfance des nuits très-fréquemment agitées de cauchemars, et pendant sa puberté des lipothymies fréquentes sans autres accidents et sans chlorose.

A l'âge de trente-deux ans, madame ***, à la suite d'une terreur effroyable suivie de grands chagrins, fut prise de *vertiges*, de *palpitations* et « d'*angoisses* » qui lui donnèrent « la sensation de la mort ». En même temps *bourdonnements d'oreille*, *insomnies prolongées* ou *cauchemars*, *agitation* extrême suivie de torpeur. Comme il y eut, au début, des frissons répétés et des *recrudescences périodiques* simulant la fièvre,

on administra de la quinine. La malade resta les premiers deux mois au lit, essaya ensuite de marcher un peu, mais se sentit tellement *affaiblie* et anéantie, qu'elle n'y parvint guère. Cependant tous ces symptômes diminuèrent peu à peu, et il se passa bien des années sans accès semblables, mais madame *** était restée nerveuse, irritable, et elle eut parfois, de temps en temps, de petits accès qui rappelèrent la formidable atteinte du début.

C'est quatorze ans plus tard, vers l'âge de quarante-six ans, que madame *** fut reprise des mêmes accidents, mais cette fois plus violemment encore, tous les symptômes reparurent soudainement, mais surtout le vertige qui devint tellement intense, que la malade ne put même, avec l'aide de deux personnes se tenir un moment assise (sur le vase de nuit par exemple). Sa tête était « vide », et il lui semblait en même temps que « elle allait éclater ». Madame *** resta quelquefois vingt-quatre ou trentre-six heures dans la même position (horizontale), sans faire le moindre mouvement; elle avait, du reste, un grand *besoin de solitude*, mais en même temps des *terreurs* qui lui rendaient la solitude impossible. L'*hyperesthésie des sens* était surtout excessive, et les palpitations, cette fois, accompagnées de *strangulation*, mais *sans douleur au cœur*.

Aux premiers pas qu'elle put faire, le terrain lui semblait mouvant, ou en « gomme élastique ».

Depuis son premier accès, et même pendant le long intervalle de rémission relative, madame *** a constamment souffert de *névralgies* multiples, d'arthralgies et même de viscéralgies (névralgies du col de la vessie, avec mictions fréquentes).

Les digestions n'étaient mauvaises qu'au plus fort des accès; mais constamment madame *** a gardé les apparences d'une très-robuste santé, et elle engraissait pendant sa maladie.

Quatre ans se sont passés depuis la rechute; madame ***, que nous observons depuis dix-huit mois en est très-notablement améliorée, et les accidents, qui sont très-atténués, ne surviennent qu'à des intervalles de plus en plus rares. Elle a repris ses habitudes de vie ordinaire.

Des moyens de traitement nombreux avaient été employés; c'est l'hydrothérapie qui a le mieux réussi (drap mouillé).

OBS. XIX. — (Recueillie par M. le docteur Beni-Barde.) — M. ***, trente-quatre ans, employé, sans antécédents névropathiques, a toujours été bien portant. Il lui survint de légers *vertiges* au commencement de l'année 1869. Au mois de juin de la même année, et après un travail très-prolongé, M. ***, qui avait la diarrhée depuis quelques jours, a été pris subitement, dans la rue (à Auteuil), sans aucun phénomène précurseur, d'un *foudroyant étourdissement ;* il s'accrocha à un arbre pour ne pas tomber par terre. Il ne perdit cependant pas connaissance, put rentrer chez lui, où il eut des baillements réitérés suivis d'un sommeil lourd de deux heures. A partir de ce moment, M. *** eut des vertiges qui rendirent la *marche* d'abord *impossible*, ensuite *incertaine*, hésitante ; le malade, lorsqu'il put sortir, se fit constamment accompagner d'un ami, dont il prit le bras; c'est surtout le terrain dur qui rendait l'équilibre instable, et il l'évitait. Le vertige était permanent. Dès son premier jour d'apparition survinrent des *battements de cœur* précipités, de l'*hyperesthésie* et des *troubles sensoriels* multiples ; la lecture, comme d'ailleurs tout travail intellectuel, devinrent absolument impossibles. Le bruit d'une voiture entendu à distance causait des tremblements et des palpitations; l'impressionnabilité du malade était en outre si grande, que la moindre contrariété lui faisait verser des larmes. Un jour, se trouvant auprès de personnes qui lui causaient de l'ennui, et après s'être contenu pendant longtemps, il tomba par terre et eut une attaque d'hystérie avec convulsions cloniques, des cris, des pleurs, la sensation de strangulation.

Les *digestions* devinrent *mauvaises;* l'estomac était ballonné et tendu; il y eut de la diarrhée persistante. Les palpitations étaient suivies de *douleurs aiguës* au cœur de très-courte durée. Le *sommeil* du malade était resté relativement *bon*, mais le moral s'affecta profondément; il devint *triste*, rechercha la solitude et ne put s'empêcher de penser incessamment à sa mort. Il y eut d'ailleurs de fréquentes *défaillances*, et il lui semblait souvent qu'il allait mourir. Après avoir pris pendant longtemps divers médicaments parmi lesquels nous citerons le bromure de potassium, la strychnine, la valériane, M. *** eut recours au traitement hydrothérapique à l'établissement d'Auteuil. Il a fallu trois mois avant qu'on pût administrer la douche complétement froide, tellement était exagérée la sensibilité; mais petit à petit son état s'améliora. Quittant Auteuil, M. *** se rendit à la campagne, dans sa famille, et continua pendant six mois l'usage du drap mouillé. Le vertige diminua notablement, et avec lui tous les autres symptômes; mais il était encore loin d'être guéri lorsque, au mois de juin 1871, il reprit le traitement hydrothérapique à Auteuil, et le suivit pendant huit mois consécutifs. Cette fois l'amélioration fut encore plus prononcée, le malade étant actuellement presque complétement guéri.

OBS. XX. — (M. le docteur Gruby; du même les trois observations suivantes) :

M. ***, ingénieur, ancien élève de l'École polytechnique, âgé de quarante-huit ans, sans antécédents névropathiques. Depuis l'âge de vingt-cinq ans, M. *** a des névralgies multiples et souvent très-douloureuses.

Il y a une dizaine d'années, à la suite de travaux prolongés et excessifs, il survint du *vertige*, des *étourdissements*, des *bourdonnements d'oreille* qui allèrent toujours en augmentant, au point que M. *** fut finalement obligé de garder le lit, qu'il ne quitta point pendant quinze mois. Des accidents multiples et d'une violence excessive accompagnèrent cet état; tels étaient les *troubles des sens* et notamment de la *vue* (diplopie) et leur *hyperesthésie*. C'est la sensibilité auditive qui était le plus exaltée ; en voici quelques exemples : le malade quitta son appartement parce qu'il ne put obtenir l'éloignement d'un coq qui chantait dans la maison voisine de la sienne; il fit rechercher dans la campagne une maison absolument isolée, qu'il acheta, et dont il fit murer presque toutes les issues; il fut même difficile de le dissuader de l'idée de faire mettre *double mur* autour du pavillon qu'il habitait. Entendant quelquefois le bruit du tambour pendant des exercices militaires, il se mit en instance pour qu'on changeât le lieu d'exercice et obtint gain de cause. L'*hyperesthésie de la vue*, moins prononcée toutefois, était aussi très-grande.

L'*insomnie* survint dès le début des accidents, et des reveils incessants, des *cauchemars* et des *hallucinations* horribles agitèrent les rares moments de sommeil. Une sensation continuelle d'*ivresse* et de *rêve* s'empara de l'esprit du malade, qui devint *triste* et *misanthrope*, à un tel point, qu'il refusa toute société et s'isola complétement. Il donna l'ordre de poser ses aliments devant son lit, et ne voulut même pas voir son domestique. Il reçut cependant son médecin, qui put constater, aux réponses brèves et saccadées qu'il obtint, que l'intelligence du malade n'avait subi aucune atteinte. Le malade expliqua lui-même son besoin de solitude absolu par l'irritabilité que lui causait la suractivité maladive de ses sens hyperesthésiés ; la lumière, le son de la voix lui étaient insupportables. Dès le début des accidents; il se produisit des *palpitations* et des accès fréquents de *douleur* au *cœur* ; il y eut en même temps une douleur vive au point d'émergence de la cinquième paire. C'est la névralgie maxillaire qui était le plus prononcée ; la mastication devint impossible, et le malade ne put avaler que des aliments liquides (œufs, lait, viande délayée dans du bouillon, etc.). Aux douleurs de la tête s'ajoutait la *sensation du vide*; le malade se plaignait aussi de *strangulations* incessantes et d'une sensation de corps étrangers au niveau du pharynx et du larynx. Des *conceptions fausses* sur le monde extérieur et sur lui-même se produisirent; mais le malade s'en rendit très-bien compte, et en formulant cette phrase étrange : « Il me semble que je suis changé », il savait parfaitement que rien n'était changé que la perception de ses sens troublés. Il ne pouvait penser à rien, mais encore s'occuper de quoi que ce fût; il accusait un *vague* particulier dans la tête, qui lui rendait impossible de fixer son esprit sur un sujet quelconque. Des *lipothymies* survinrent plusieurs fois par jour, mais jamais de syncope avec perte de connaissance; le malade avait constamment la sensation de défaillance, et il lui semblait qu'il allait mourir.

Au milieu de tous ces accidents, l'appétit était resté bon, les digestions normales. Le *pouls* était *petit*, *faible*, lent en dehors des moments de palpitation, et très-dépressible; la peau était constamment sèche; il y eut des frissons et des horripilations fréquentes, qui simulèrent quelquefois des accès de fièvre.

Lorsqu'enfin le malade put quitter le lit, la *marche* était *titubante* et très-difficile pendant deux ans encore. Les accidents allèrent cependant en diminuant, et après quatre ans révolus, l'état de M. *** était très-considérablement amélioré ; il put faire quelques voyages, se livrer à des occupations de courte durée ; il était redevenu sociable et reprit les habitudes de tout le monde.

Sans entrer dans les détails, disons seulement que tous les symptômes diminuèrent progressivement d'intensité à mesure que le sommeil se rétablit. Mais actuellement encore, M. *** a de légères rechutes et ne peut pas être considéré comme complétement guéri.

Le traitement avait consisté en phosphate de fer, macération de quinquina et une nourriture substantielle.

OBS. XXI. — M. ***, artiste peintre, sans antécédent névropathique, est âgé de trente-cinq ans.

Après un travail excessif et des impressions morales pénibles et prolongées, M. *** fut pris d'*insomnie* suivie de *vertiges* tellement violents, qu'il dut garder le lit pendant une dizaine de mois. Il eut en même temps une sensation de *vide* et d'*ivresse* dans la tête; presque en même temps se présentèrent des *palpitations* d'une violence excessive, des *troubles* et de l'hyperesthésie des sens. Des *frissons* suivis de *bouffées de chaleur* simulèrent des accès de fièvre, mais le *pouls* était presque constamment *lent* et *filiforme*. Le sulfate de quinine qu'avait pris le malade, au début,

loin d'apaiser les accès qui avaient affecté d'abord la forme périodique, les rendait plus intenses. L'*inappétence* était complète, le malade pâlissait et maigrissait considérablement.

Quoiqu'il fût sans volonté, absolument inerte comme une masse, il donna cependant des renseignements très-précis avec une remarquable lucidité, lorsqu'il fut questionné ; il lui semblait quelquefois être « un automate », il se sentait « en dehors de lui-même », mais il savait parfaitement, et il le répétait souvent, que ces sensations étaient fausses, quoiqu'elles s'imposassent constamment à son esprit. Lorsque, après quelques mois, il put marcher un peu, le *sol* lui semblait *mouvant* et mou, mais le vertige diminua petit à petit et, après quinze mois, il cessa complétement. C'est vers le même moment que le sommeil était devenu meilleur, et dès lors les accidents s'amendèrent notablement. L'*irritabilité*, qui avait été très grande pendant les premiers mois, diminua ensuite et cessa complétement. Tous les symptômes s'apaisèrent petit à petit, mais le malade ne fut guéri qu'après trois ans révolus.

OBS. XXII. — Mademoiselle ***, née de parents bien portants, était une enfant chétive, impressionnable, qui pleurait souvent; elle avait le ventre gros et ordinairement peu d'appétit. Vers l'âge de quatorze ans elle devint fantasque et recherchait la solitude; elle était habituellement silencieuse. Ses règles s'établirent et revinrent régulièrement. Vers l'âge de dix-huit ans, elle habitait avec ses parents pendant quelques mois de l'été une contrée marécageuse, où elle eut des digestions mauvaises et de fréquents maux de tête; on lui administra de la quinine pendant longtemps. Ses maux de tête ne cessèrent pas; ils devinrent, au contraire, plus violents, en affectant une forme névralgique pure (surtout du maxillaire inférieur), et bientôt survinrent dans diverses autres parties du corps des douleurs très-prononcées, et notamment des arthralgies multiples. A ces symptômes s'en ajoutèrent bientôt d'autres du côté de la tête et du cœur. Aux premiers se rattachèrent des *troubles* très-complexes *du mouvement* et *des sens*, que nous allons énumérer dans un instant, et aux seconds, des accès d'*angine de poitrine*, le plus souvent précédés de formidables *palpitations*, et accompagnés de *lipothymies* incessantes.

La névralgie maxillaire devint très-intense et continue, et il se déclarait progressivement une *hyperesthésie* des sens telle, que la malade se fit couvrir les yeux d'un bandeau même dans une obscurité relative ; il était aussi devenu nécessaire de capitonner les murs de sa chambre dont les fenêtres étaient constamment tenues fermées. Le plus souvent l'obscurité dut être absolue ; la seule personne qu'elle souffrît à côté d'elle (sa sœur), dut s'approcher à tâtons de son lit. Cette photophobie dura plus de deux ans, et pendant tout ce laps de temps la malade ne put un seul instant quitter son lit. Lorsque plus tard elle commença à supporter la lumière, elle ne reconnut pas les objets; sa vue était profondément troublée; elle était à la fois *diplopique* et *amblyopique*. L'ouïe resta sensible pendant tout aussi longtemps que la vue; le saisissement douloureux que la malade éprouvait par le bruit allait si loin, que parfois entendant des sons inattendus, elle avait des soubresauts et des mouvements involontaires qui la firent tomber de son lit; elle se tordait de douleur et, exaspérée au plus haut point, se frappait de désespoir la tête contre le mur.

Dès le début des accidents, elle eut des *vertiges incessants*, même les yeux fermés et dans l'obscurité absolue; jamais une seule fois, pendant plus de deux ans, elle ne put rester assise dans son lit. Aux vertiges se rattachaient des *bourdonnements* et des *sifflements incessants* dans les *oreilles*, et la sensation de l'*ivresse alcoolique*. Les rares réponses qu'on put obtenir de mademoiselle *** prouvaient qu'elle avait gardé, au milieu de ces profonds troubles, toute l'intégrité de son intelligence; mais elle disait fréquemment qu'elle « ne se reconnaissait plus », qu'il « lui semblait qu'elle était devenue une autre personne », et divers autres propos dans le même sens.

Il s'est produit un autre phénomène tout aussi intense et aussi durable que les autres. Ce sont les *contractures* des quatre membres qui persistèrent pendant plus de deux ans; la malade avait les jambes fléchies, les genoux ramenés jusqu'au visage, les bras pliés sur la poitrine, les mains fermées. Pendant les six premiers mois, lorsque dans l'obscurité on alimentait la malade, on rencontrait invariablement les genoux au niveau de la bouche; aussi les soins les plus indispensables devinrent d'une application extrêmement difficile, l'*hyperesthésie* de la *peau*, les *arthalgies multiples* venant encore compliquer la situation. Lorsque plus tard les membres se détendirent quelque peu, on put constater qu'ils n'étaient pas paralysés, mais des atrophies musculaires s'étaient produites et furent constatées au moyen du courant galvanique.

Pendant bien longtemps mademoiselle *** se trouva dans un état indéfinissable, entre la veille et le sommeil, et comme elle était constamment silencieuse, il était difficile de savoir, dans l'obscurité où elle se trouvait, si elle dormait ou non; plus tard seulement elle dit qu'elle ne pouvait jamais distinguer le jour de la nuit, qu'elle avait entièrement perdu la notion du temps, mais qu'elle avait souvent éprouvé le besoin inassouvi de sommeil, et des sensations fort pénibles qui tenaient du *cauchemar* et des *hallucinations*.

Les *palpitations*, qui étaient très-fréquentes, et les accès d'angine de poitrine se produisaient encore longtemps après la cessation de l'hyperesthésie des sens et des vertiges. Quatre ans après le début de la maladie, mademoiselle ***, qui souffrait encore du cœur, eut la sensation de *strangulation* et de *défaillance*. Ces accès, très-violents pendant deux ans et se répétant plusieurs fois par jour, devinrent ensuite moins intenses et moins fréquents, mais ne disparurent complétement qu'au bout de six ou sept ans. Dans l'intervalle, tous les autres symptômes s'amendèrent notablement; mais ce n'est qu'après dix ans révolus que mademoiselle *** fut complétement guérie. Elle a actuellement trente-six ans, et n'éprouve plus la moindre trace de sa longue maladie.

Chose remarquable, les *digestions* ne s'étaient *jamais troublées*, et la malade qui, avec une grande aversion, il est vrai, acceptait les aliments, avait gardé tout son embonpoint, et lorsqu'à la fin on put l'examiner au jour, on constata qu'elle avait les joues roses, la figure calme et l'aspect général d'une personne en parfaite santé.

Il est inutile de dire que le moral s'était profondément ressenti de l'état physique; que la malade était tombée dans une mélancolie absolue, qui persista longtemps encore après les moments d'acuité extrême de la maladie.

Le traitement consistait successivement en électricité à courant continu et courant interrompu, bains aromatiques, application de compresses froides et une alimentation très-substantielle.

OBS. XXIII. — Madame ***, sans antécédent névropathique, a été une enfant chétive, mais n'a jamais fait de maladie grave. Vers l'âge de trente-cinq ans, elle fut prise de maux de tête continus, elle avait en même temps des digestions difficiles, de la constipation habituelle et quelquefois des vomissements. Peu de temps après, toux nerveuse violente et très-persistante. C'est sur ces entrefaites qu'elle fut prise de *vertiges* avec *bourdonnements d'oreille*, de sensation de *vide* et d'*ivresse*, et de *palpitations*. La *marche* devint absolument *impossible*, la malade est restée couchée pendant plus de deux ans et demi; pendant deux autres années elle marchait avec des béquilles, et bien longtemps après encore se servait d'une canne pour se soutenir. *Insomnie persistante*, *cauchemar* dès le début; *hallucinations* de la vue; *hyperesthésie de tous les sens*; *névralgies* multiples, arthralgies; *irritabilité* excessive, *tristesse*, pleurs incessantes, besoin de solitude, incapacité pour toute occupation morale ou physique pendant bien des années. Dès le début, *douleur au cœur* d'une extrême violence avec *strangulation* et *dysphagie* consécutive; *lipothymies*, *syncopes*. *Appétit médiocre*, digestion lente, *constipation*, mictions fréquentes; aspect maladif, embonpoint amoindri.

Intenses pendant quatre ans, tous ces symptômes s'amendèrent ensuite petit à petit, apparurent par intervalles de plus en plus rares, mais ne disparurent complétement qu'après quinze ans révolus.

OBS. XXIV. (Communiquée par M. le docteur Peter.) — Madame *** créole de la Havane, âgée de quarante-deux ans, femme éminemment nerveuse, ayant eu fréquemment des migraines et d'autres troubles nerveux d'ailleurs assez légers, est devenue très-anémique par le fait d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus qui a provoqué et provoque encore des métrorrhagies fort abondantes.

C'est dans ces conditions qu'elle a perdu subitement son mari il y a six mois. Elle en éprouva le chagrin le plus violent et se soumit volontairement à une sorte de claustration; elle ne quitta pas, pendant deux mois, sa chambre à coucher, où les rideaux, soigneusement fermés, entretenaient l'obscurité en plein midi. Dans ces mauvaises conditions morales et physiques, elle eut à entretenir avec les personnes de son pays une correspondance des plus actives, roulant sur la perte qu'elle venait d'éprouver, ou sur des questions d'intérêt très-considérables. Parfois cette dame écrivait une partie de la nuit. Au bout de six semaines environ de cette fatigue cérébrale, madame *** s'aperçut qu'il lui était impossible d'écrire désormais; à peine avait-elle commencé une lettre qu'elle devait la laisser inachevée; se remettait-elle à l'œuvre, que les lignes se brouillaient sous ses yeux et qu'elle était prise de *vertiges*.

Ce dernier symptôme, qui bientôt devint persistant, consiste dans un sentiment de balancement comme par le fait d'un bateau, ou bien encore il semble à la malade « que sa tête est *vide*, qu'elle n'est pas à elle, qu'elle ne tient pas à son corps, que ses idées vont se perdre. »

En même temps il y eut de l'*hyperesthésie* de la *vue* et de l'*ouïe* ; la lumière vive, le bruit un peu intense, une conversation un peu animée la fatiguent et produisent le vertige. La lecture, l'écriture, un travail d'aiguille quelconque sont devenus absolument impossibles.

La *marche* est *hésitante*, au point que la malade s'appuie sur les murs ou les meubles de sa chambre, quand existe le vertige.

L'*insomnie* survint dès le début, mais ne fut pas rebelle à ce point

qu'elle ne cédât au bromure de potassium combiné au chloral. Le sommeil ainsi provoqué est fréquemment troublé par des *cauchemars*; la malade rêve d'enterrements, il lui semble qu'elle est morte, etc. Elle se réveille alors en proie à de violentes *palpitations*. Celles-ci se produisent d'ailleurs spontanément dans la journée, et sont survenues peu après le vertige, mais elles ne sont pas constantes.

Indépendamment de ces palpitations, la malade a éprouvé de vives douleurs de *névralgie intercostale* aux quatrième et cinquième espaces du côté gauche, mais elle n'a jamais eu de symptômes d'angine de poitrine.

Elle sent depuis peu de temps, par intervalles, « quelque chose qui lui monte de l'estomac à la gorge et qui la serre ».

Tristesse, besoin de solitude, un certain degré d'*irritabilité*, mais sans colère.

Appétit et *digestions* absolument *normaux*.

La malade est pâle et a un peu maigri.

Le traitement a été des plus variés : toniques d'abord et sans succès; antispasmodiques plus efficaces; mais l'état est encore à peu près stationnaire.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE.

Service de santé militaire.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Puisque la Gazette hebdomadaire se consacre à l'examen de cette question, toujours pendante, de la réorganisation du service de santé militaire, il est permis de croire que son impartialité habituelle acceptera la discussion des idées émises et la présentation d'idées nouvelles. L'auteur de l'étude déjà publiée nous semble, en effet, accepter trop facilement les anciens errements, bien qu'il cherche à les faire cadrer, du mieux possible, avec les vœux des médecins militaires, si souvent exprimés et toujours déçus. Nous pensons, au contraire, que, pour arriver à la véritable solution, il faut voir les choses de plus loin, s'appuyer sur les principes, rompre avec le passé, et engager hardiment la lutte sur un terrain nouveau. C'est ce que nous allons essayer de faire.

A l'heure présente, les cadres de la médecine militaire sont démantelés comme ils ne l'ont jamais été. Il manque un cinquième du personnel médical dans les régiments; les retraites et les démissions abondent; et il n'est vraiment pas admissible qu'un pareil état de choses n'appelle pas une bonne fois l'attention de l'autorité.

Eh bien! si l'autorité s'alarme, — ce qui ne s'est jamais vu, — elle sera tout aussitôt rassurée par les mesures possibles, acceptées par la Gazette, et qui ont toujours fait la sécurité de l'administration. Ces mesures sont précisément celles que préconise l'auteur des articles précédents; c'est l'accession des médecins civils au service militaire, et le recrutement par écoles spéciales. Ce sont là deux facilités considérables accordées à l'insouciance du pouvoir, et, leur donner droit d'existence, c'est porter le coup le plus terrible à l'institution du corps de santé. Cela tombe sous le sens. Pourquoi ferait-on les sacrifices nécessaires, si, à la rigueur, on peut s'en passer?

Oui, on trouve, dans les garnisons les plus éloignées, les secours du médecin de la localité, qui, soit à l'hospice, soit à la caserne, accepte volontiers les fonctions militaires; on le trouve même aux ambulances volontaires du temps de guerre, et l'on y compte; et, devant un cadre toujours incomplet, on hausse les épaules avec indifférence.

Oui encore, on a, dans les deux écoles du Val-de-Grâce et de Montpellier, un effectif considérable d'élèves, qui, depuis seize ans que ces institutions existent, n'a jamais pu fournir de quoi compléter les cadres. Ces écoles, qui coûtent plus de 1 million à l'État, sont pourtant, à l'heure présente, le seul moyen possible de recrutement du corps, moyen toujours insuffisant, toujours maintenu.

Et c'est sur ce double expédient — les médecins civils et les écoles gratuites — que compte l'autorité pour mettre à couvert sa responsabilité. Par conséquent, il n'est pas croyable que le corps de santé accepte volontiers la continuation de ces façons de faire, qui sont la ruine de ses intérêts. Il faut rentrer dans la vérité et dans la justice; il faut que le médecin trouve dans la carrière militaire une position avantageuse, sous le triple rapport honorifique, lucratif et professionnel, et, pour en arriver là, il ne faut pas permettre à l'organisation projetée de compter sur des auxiliaires que rien n'oblige, ni sur un recrutement sans franchise. C'est tout simplement la loi économique de l'offre et de la demande. Effectif toujours incomplet, donc position insuffisante, boiteuse, inacceptable; conséquence forcée, leçon pour l'avenir, — en admettant cependant que l'avenir, mieux que le passé, repose enfin entre des mains de chefs bien disposés, bien avertis.

Ces deux faits, sur lesquels on s'appuie, se contredisent du reste, car si le médecin civil est apte suffisamment au service militaire, à quoi bon l'enseignement spécial? Et si l'enseignement spécial est nécessaire, quelle responsabilité dans l'acceptation des médecins civils! Non, non, il faut à l'armée, surtout dans les conditions qu'on lui prépare, des corps spéciaux institués pour le but que l'on avoue; il faut militariser et mobiliser le médecin; il faut lui demander tout à la fois l'étude, la science, la pratique journalière, la vigueur, la fatigue aussi. Mais plus on lui demande, plus il acquiert de droits; et c'est ici que les exigences du Corps se montrent justes, et qu'il ne faut pas admettre de préjudiciables tempéraments. Vous voulez de bons serviteurs, et en bon nombre; faites ce qu'il faut pour cela : établissez ce service avec tous les sacrifices nécessaires, comme vous faites pour vos canons. Voilà où sont, comme nous l'avons dit plus haut, la vérité et la justice.

Sans insister davantage sur les résultats certains d'une organisation basée sur ces principes, il nous faut dire ici quelques mots sur deux autres questions, acceptées aussi dans les articles précédents, et que tout le monde ne voit pas du même œil. Le concours y est indiqué comme la condition nécessaire de l'avancement; et cependant il est bien avéré que cette mesure est aujourd'hui la véritable cause du délabrement des cadres. Tenez! Voici un membre éminent de l'Assemblée nationale qui, hier, pas plus tard, a traité cette question à la tribune au sujet des hôpitaux civils : « Il y a telle ville », a dit M. Lucien Brun, rapporteur, « dans lesquelles un médecin éminent, distingué, acceptera volontiers les fonctions de médecin de l'hospice, mais ne consentira pas à concourir, et vous en comprenez très-bien les motifs. » (Oui! oui! C'est vrai! dit l'Assemblée.) Et la proposition n'est pas adoptée.

Notez qu'il s'agit, dans le cas présent, d'une place honorifique, unique, pour laquelle on peut à la rigueur comprendre une compétition, des juges, un arrêt. Pour l'avancement militaire, cela est-il possible? Les services de guerre et l'ancienneté mis de côté, si vous voulez, pensez-vous que le concours signifie ainsi le vrai mérite? Il faut des praticiens et vous demandez des parleurs! Si c'était ici le lieu, on vous rappellerait cette histoire des chefs d'ambulance de la campagne d'Italie, refusés au concours, à leur retour en France, puis reçus au même concours six semaines plus tard. Que leur avait-il manqué? Le livre, la récitation. Il existe d'ailleurs un moyen d'appréciation beaucoup plus naturel; c'est l'inspection. L'inspecteur verra chacun dans son milieu, dans son service; il aura l'opinion du chef de corps et même celle des inférieurs; oui, l'opinion publique, assurément, qui signifiera mieux que toute autre chose, lorsque chaque médecin soignera lui-même les soldats de son régiment. Ce que nous venons de voir n'est-il pas une indication suffisante? Tous ces anciens médecins des corps, qui ont fait pendant cette guerre terrible le service du champ de bataille et des ambulances de première ligne, ceux-là n'avaient pas voulu du concours. Et ils étaient partis pourtant, assurés d'avance que, quoi qu'ils fissent, ils ne pouvaient espérer aucune récompense! Connaissez-

vous rien de semblable dans l'armée? Mais au retour, leur tâche accomplie et au delà, le découragement s'est manifesté, et ils ont quitté le service en grand nombre, en masse, pour ainsi dire. Et ce sont les meilleurs qui s'en vont ainsi, expulsés par le concours; les meilleurs au point de vue militaire, cela est indéniable, surtout si l'on se reporte à l'esprit des institutions prochaines que l'Assemblée nationale réclame avec enthousiasme.

Ainsi, de ces trois points préconisés par l'honorable auteur des articles déjà publiés, aucun n'échappe à ce reproche de représenter l'ancien système, celui-là que l'état actuel condamne. Il resterait à traiter la question de l'autonomie. Mais ici il faut prendre garde! Nous connaissons des gens convaincus, même dans les hauts grades du corps de santé, qui redoutent l'institution d'une hiérarchie trop serrée parmi les médecins, et qui accepteraient plus volontiers l'action immédiate du commandement. M. Lucien Brun, que nous venons de citer, a répondu aussi sur une situation analogue, et dans la même discussion. Il avait devant lui un adversaire considéré, M. Bouisson, le professeur de Montpellier, et, dans les termes les plus retenus, il lui a dit qu'en matière d'administration il fallait éviter « l'antagonisme entre les médecins, lors même que ce ne serait qu'un antagonisme de doctrine ». Et la proposition de M. Bouisson, pas plus que celle de M. Chevandier, n'a été acceptée avant-hier. Il serait difficile de rencontrer des arguments plus opportuns et plus significatifs.

Mais alors que faire? Abolir les services auxiliaires? Et les écoles, et le concours? Restreindre la hiérarchie entre confrères? Le moyen? L'autre système? Ah! il peut se résumer en un mot, et nous pensions en avoir assez dit. Donnez au médecin militaire une situation honorée ou rémunérée,—si vous aimez mieux, honorée *et* rémunérée, — en proportion de ce qu'il apporte, et qui est difficile à trouver apparemment, puisque les cadres restent perpétuellement incomplets. Pas autre chose! Abandonnez les expédients et les moyens termes; abordez hardiment la difficulté; créez le vrai médecin du soldat, celui qui le connaît et qui en est connu, et qui le soigne partout, en tout lieu, en toute circonstance; donnez à cet homme la considération, celle que vous lui devez et celle qu'il saura se conquérir lui-même; avec cela un bon avancement pour tous et une retraite honorable, — et la question de réorganisation du service de santé militaire sera résolue.

Agréez, etc.

X.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Nous n'avions point l'intention de revenir actuellement sur une question à laquelle la GAZETTE HEBDOMADAIRE a consacré déjà trois articles, mais l'importance du document qui précède ne nous permet pas de le laisser sans réponse, ce serait presque faire injure au confrère qui a bien voulu nous l'adresser et qui évidemment est parfaitement compétent sur le sujet.

Il nous accuse d'être les représentants de vieux principes que nous essayons d'adapter plus ou moins aux nécessités du moment; il nous reproche de ne pas rompre avec le passé et de faire la part trop belle à l'administration.

Nous avions cru naïvement être, au contraire, en pleine voie du progrès en réclamant comme une nécessité l'indépendance absolue et la responsabilité pour le corps médical de l'armée, en lui confiant la direction des services sanitaires, en proposant de lui donner cette organisation autonome qui, dans les armées américaines, a produit les splendides résultats chirurgicaux que l'on connaît et que *toutes* les armées de l'Europe s'empressent d'imiter. Notre honorable contradicteur veut un médecin militaire créé pour le soldat, il le veut entouré de considération, et que propose-t-il pour cela? — d'élever sa position, c'est-à-dire, évidemment, de lui donner une rétribution pécuniaire plus avantageuse que celle dont il jouit aujourd'hui.

Nous souhaitons à nos confrères de l'armée que ces vœux se réalisent, mais quand on parle organisation, il faut être pratique et demander des choses justes. Les médecins militaires sont assimilés, quant aux grades, au reste, de la hiérarchie militaire, ils ont dans chacun de ces grades une solde égale à celle des officiers des corps d'élite, fournis par l'École polytechnique, vous ne devez pas, vous ne pouvez pas demander davantage. Réclamez les bénéfices complets de l'assimilation; qu'elle soit effective, comme l'est, par exemple, celle des corps de l'intendance, cela est bien. Demandez que le jeune médecin militaire arrive plus rapidement au grade assimilé à celui de capitaine, ainsi que cela se fait pour les officiers du génie; créez un grade spécial pour le chef suprême du corps médical, et vous aurez donné à la médecine militaire tous les avantages matériels qu'elle peut réclamer. Quant aux avantages d'ordre plus élevé, ceux qui procèdent de cette satisfaction que procurent le devoir accompli, la certitude de pouvoir être utile aux soldats, et la légitime ambition d'être responsable de ses actes, l'autonomie du corps les donnera certainement, mais elle seule peut les procurer. La considération que l'on aura pour le médecin militaire augmentera non pas en raison de ses appointements, mais en raison des services qu'on lui verra rendre; il n'en rendra d'efficaces que lorsqu'il sera lui-même et ne sera plus exposé à dépendre toujours d'un officier du commandement ou d'un membre de l'intendance, tous les deux également incompétents.

Voilà ce qui retiendra les médecins dans la médecine militaire plus que tous les avantages matériels.

En admettant que les cadres du corps de santé soient divisés en deux sections, activité et réserve, nous démilitarisons le médecin, nous n'aurons pas de sujets capables! Mais comment trouver autrement les 2500 ou 3000 médecins que nécessitera la nouvelle armée de 1 200 000 hommes sur le pied de guerre? Les entretiendra-t-on en temps de paix? c'est inadmissible; ne vaut-il pas mieux avoir un corps permanent de 1000 médecins suffisants pour les 460 000 hommes du pied de paix (d'après la loi en cours de discussion, ce sera à peu près le chiffre que l'armée atteindra), et qui, au moment de la mobilisation, seront les guides et souvent les chefs naturels des médecins de la réserve. Ceux-ci auront, d'après notre projet, *tous* passé au moins un an dans la médecine militaire et satisfait à un examen d'aptitude.

Il en sera de même pour toutes les armes; il y aura fatalement des officiers d'artillerie, de cavalerie, d'infanterie de la réserve; l'armée en sera-t-elle démilitarisée? La landwehr prussienne, qui est à peu près l'équivalent de notre future réserve, n'a-t-elle pas donné des preuves de sa parfaite militarisation?

Oui, il nous faut des médecins militaires capables, nous le pensons comme l'auteur de la précédente lettre, mais nous attachons à la justification de cette capacité plus de prix qu'il ne veut le faire. Nous voulons le concours non pas comme la condition unique de l'avancement, mais au moins comme l'une des principales. Nous supposons qu'un jury, composé de médecins de grades et d'âges divers, représentant à la fois la tradition et les idées de progrès, appréciera mieux les mérites d'un candidat qu'un inspecteur, et cela uniquement parce que le jugement de plusieurs vaut, en cette matière, mieux que celui d'un seul. Nous ne parlons point d'un danger plus grand; lorsqu'il sera bien avéré que tout l'avenir d'une carrière est entre les mains d'une seule personne, n'est-il pas à craindre que l'on cherchera par tous les moyens à circonvenir cet inspecteur qui ne fait que passer, qu'on multipliera autour de lui les recommandations? C'est lui créer une situation intolérable. Il faut des inspecteurs et des inspections, cela est évident. Donnez à ces hauts fonctionnaires la faculté de proposer les candidats à l'avancement, d'inscrire à leur dossier les notes qu'ils auront recueillies; mais admettez que ces candidats

seront tenus de justifier publiquement qu'ils sont aptes à remplir un emploi supérieur, et vous aurez concilié les intérêts des individus et ceux de l'armée.

Le concours, dit-on, est un élément dissolvant; il donne des parleurs et non des praticiens. Cette question, la Gazette hebdomadaire l'a traitée à fond, l'an dernier, au point de vue de la médecine civile, elle reste la même sur le terrain militaire. On peut demander d'abord s'ils n'étaient que des *parleurs* ces Baudens, ces Bégin, ces Lévy, que le concours a mis en avant! Et tous ceux qui sont aujourd'hui en pleine activité scientifique, dont nous ne voulons point citer les noms pour ne point froisser la modestie, mais qui marchent sur les traces de ces maîtres illustres, ne sont-ils donc aussi que des parleurs! Non, quoi qu'on en puisse dire, le concours est un instrument précieux. Qu'on l'améliore, soit : nous sommes de cet avis; mais qu'on se garde de le briser. Qu'on spécifie nettement les épreuves qu'auraient à subir les aides-majors pour avancer en grade, les médecins-majors pour acquérir une position de médecin principal. Multipliez les épreuves pratiques, éloignez celles où la phrase et le bien dire peuvent quelquefois cacher une insuffisance réelle; que les juges s'attachent à discerner le vrai mérite des candidats, et vous laisserez la lice abordable à tout homme sérieux. *Ce que l'on sait bien s'énonce clairement*, dit le proverbe; certes, il n'est pas besoin d'être orateur pour bien décrire une région anatomique, pour faire une opération, poser un diagnostic et formuler un traitement. Il est de ces natures modestes qui fuient l'éclat et le bruit, qu'un rien effarouche : le plus souvent cette timidité excessive ne cache qu'une médiocre capacité. D'autres, au contraire, n'ont pas conscience de leur valeur : la nécessité du concours la leur donnera, et la médecine militaire y gagnera d'excellents serviteurs.

En combattant les quelques idées que nous avons produites, notre honorable contradicteur n'a pas formulé d'opinion précise, de programme particulier; il se borne à émettre des vœux qui sont aussi les nôtres, mais il se trompe profondément sur les principes qui nous guident. Nous ne sommes point les représentants d'un ancien système; nous désirons le *progrès* sous toutes ses formes, et avons cherché à donner au corps médical militaire une organisation pratique. Nous voulons à tout prix que nos médecins d'armée fassent preuve de *travail* et de *savoir*, car ils sont créés pour le soldat; plus ils seront instruits et plus ils seront dignes de la mission que la patrie et l'armée leur confient.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 27 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. CHASLES.

Du fer contenu dans le sang et dans les aliments, par M. *Boussingault*. — Une fois établi que le fer est une des parties constituantes du sang, il est évident que les aliments doivent en renfermer, y compris bien entendu les aliments végétaux, puisque ce métal entre dans la composition du sang des herbivores et des granivores. De ces faits, il ressort deux conséquences : la première, c'est que s'il était possible de former un régime privé de fer, l'animal que l'on y soumettrait succomberait infailliblement, par la raison que le sang ne pourrait pas être constitué; la seconde conséquence, c'est que le fer paraît être tout aussi indispensable à la vie végétale qu'à la vie animale.

Les résultats des dosages que l'auteur a pu faire jusqu'à présent, en suivant le procédé de M. Pelouze (c'est-à-dire en brûlant le sang à une température peu élevée dans un vase de platine et en dosant le fer dans les cendres par la méthode volumétrique de M. Marguerite), sont très-nombreux; nous donnons les principaux.

Fer exprimé à l'état métallique dans 100 grammes de matières : Sang de bœuf, 0gr,0375; sang de porc, 0gr,0634; chair musculaire de bœuf, 0gr,0048; chair musculaire de veau, 0gr,0027; chair de poisson (merlan), 0gr,0015; morue dessalée (chair), 0gr,0042; lait de vache, 0gr,0018; œufs de poule, sans la coque, 0gr,0057; colimaçon, sans la coquille, 0gr,0036; os de bœuf (frais), 0gr,0120; os de pieds de mouton, 0gr,0209; cheveux noirs (homme de quarante ans), 0gr,0755; souris (entière), 0gr,0110; urine d'homme (moyenne), 0gr,0004; urine de cheval, 0gr,0024; pain blanc de froment, 0gr,0048; maïs, 0gr,0036; riz, 0gr,0015; haricots blancs, 0gr,0074; lentilles, 0gr,0083; avoine, 0gr,0131; pommes de terre, 0gr,0016; carottes (racines), 0gr,0009; feuilles de carottes, 0gr,0066; pommes, 0gr,0020; feuilles d'épinards, 0gr,0045; chou, intérieur, étiolé, 0gr,0009; chou, feuilles vertes, 0gr,0039; champignons de couches, 0gr,0012; foin, 0gr,0078; paille de froment, 0gr,0066; vin rouge du Beaujolais, 0gr,0109; vin blanc d'Alsace, 0gr,0076; bière, 0gr,0040; eau de Seine, Bercy (14 mai), filtrée, 0gr,0040.

L'auteur établit que la ration du marin français contient 0gr,0661 de fer, et celle du soldat 0gr,0780; celles de l'ouvrier anglais 0gr,0912, de l'ouvrier irlandais (la pomme de terre remplaçant le pain) 0gr,1090, du forçat 0gr,0591, du cheval de cavalerie de réserve, 1gr,0166, du cheval attelé à de lourdes voitures, 1gr,5612.

Les observations microscopiques montrent que le sang incolore est à peu près constitué comme le sang coloré des vertébrés. Chez les mollusques, les globules du sang blanc sont circulaires, plus ou moins aplatis. Il y avait lieu de rechercher si ce sang incolore contenait du fer. 140 grammes de colimaçons séparés de leurs coquilles ont été desséchés et brûlés dans la moufle. Dans les cendres, on a dosé 0gr,0050 de fer. Pour 100 grammes, fer 0gr,0036. Ainsi, la chair de colimaçons injectée de sang blanc renfermerait à peu près autant de fer que la chair musculaire du bœuf et du veau injectée de sang rouge.

Comme conclusion, voici un rapprochement assez curieux entre les animaux et les végétaux : c'est que si le sang blanc des invertébrés contient peut-être autant de fer que le sang rouge, les plantes exemptes de matière colorante verte, telles que les champignons, renferment du fer comme celles qui en sont pourvues. Ce rapprochement serait sans doute plus facile à saisir si la comparaison portait sur des organismes amenés à un même état de siccité.

Mortalité. — M. *Bergeret*, de Saint-Léger, adresse un mémoire sur la relation entre la météorologie et la mortalité de la ville de Saint-Étienne (Loire). (Renvoi au concours des prix de médecine et chirurgie.)

Candidatures. — MM. *Sappey* et *Marey* prient l'Académie de vouloir bien les comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. *Stan. Laugier*. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Métallothérapie. — M. *Burcq* appelle de nouveau l'attention de l'Académie sur l'immunité dont jouissent, dans les épidémies cholériques, les ouvriers qui travaillent le cuivre. L'année dernière, à Bagdad, sur 800 victimes, une seule appartenait à l'industrie de la chaudronnerie.

Action des boissons dites spiritueuses sur le foie. Note de M. *Z. Pupier*. — L'auteur a étudié, sur des poulets et des lapins, les effets de l'usage prolongé de l'absinthe, du vin rouge, du vin blanc, de l'alcool, et voici les résultats anatomiques constatés par l'auteur, avec l'aide de M. Léon Tripier :

« Chez *le poulet à l'absinthe*, émaciation extrême; muscles atrophiés, réduits à leur gaîne fibreuse; le foie est dur, résistant, paraît diminué de volume; inégalités sur ces deux faces, nombreuses dépressions blanchâtres; les parties intermédiaires sont d'un rouge brun. Au microscope, dilatation considérable des vaisseaux, remplis de granulations qui s'épan-

chent à la périphérie des lobules; compression et dégénérescence extrême des cellules hépatiques.

» Chez *le poulet au vin rouge*, le panicule graisseux persiste, mais les muscles sont pâles, décolorés; le foie, d'une couleur jaune clair, est mou, pâteux; il huile la lame du scalpel. Au microscope, les cellules hépatiques sont considérablement agrandies, plus rondes qu'à l'état normal; elles sont remplies de granulations analogues à celles qu'on observe dans l'inflammation parenchymateuse au début; çà et là, de grosses gouttes graisseuses.

» Chez *le poulet au vin blanc*, tissu graisseux sous-cutané. Les muscles n'offrent pas d'altération notable. Le foie, assez coloré, est ratatiné à sa face inférieure et au niveau des bords sur des coupes histologiques; ce qui frappe, c'est la dilatation vasculaire, offrant trois ou quatre fois les dimensions ordinaires par rapport aux cellules qui ont subi une dégénérescence atrophique.

» Chez *le lapin à l'alcool*, rien du côté du réseau; les cellules semblent altérées et contiennent deux ou trois noyaux autour des canaux biliaires, noyaux plus abondants de tissu conjonctif.

MOXA. — M. *Gillet de Grandmont* adresse une note sur l'emploi d'un moxa soufré. Ce moxa présente la forme d'un petit crayon, formé de soufre et de plombagine; il s'enflamme aisément, conserve une température à peu près constante et n'émet presque pas de chaleur rayonnante.

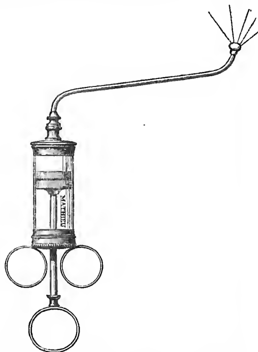
Académie de médecine.

SÉANCE DU 4 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un exemplaire du premier volume du RECUEIL DES TRAVAUX DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Desormeaux* et *Ulysse Trélat*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. — *b*. Des lettres de MM. les docteurs *Lagneau*, *Hillairet* et *Lunier*, qui se présentent comme candidats pour la section d'hygiène et de médecine légale. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Crocq* (de Bruxelles), qui sollicite le titre de membre correspondant.

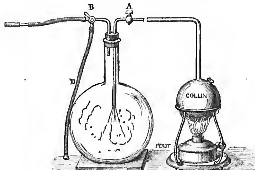
M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie : 1° Une nouvelle seringue *naso-*



pharyngienne, fabriquée par M. *Mathieu* d'après les indications de M. le docteur *Fauvel* et destinée à porter des injections sur la muqueuse naso-pharyngienne jusqu'au niveau de l'apophyse basilaire de l'occipital et au voisinage des trompes d'Eustache. Le corps de pompe est en verre; la monture a trois anneaux terminée par une canule à double courbure, munie à son extrémité d'un renflement perforé de petits trous qui permet la sortie du liquide en pulvérisation. Elle peut être chargée de nitrate d'argent ou autre caustique liquide. La disposition des trous fait voir qu'on peut atteindre les cornets, le pavillon des trompes et l'apophyse basilaire, et faire passer le liquide du nez dans la bouche et de la bouche par le nez.

2° Différents appareils aspirateurs imaginés par M. le docteur *Thénot* (de Mâcon). Voici la description d'un de ces appareils :

A un petit récipient métallique sphérique muni d'une soupape de sûreté, se trouve vissé un tube de cuivre recourbé horizontalement. Le nez d'un robinet A vient s'y ajuster à volonté. Ce robinet est soudé à un tube recourbé, dont la partie verticale pénètre à travers un bouchon de caoutchouc, qui ferme un récipient de verre, dont l'autre trou du bouchon pénètre verticalement la branche horizontale d'un robinet B à trois branches, coudé à cet effet. La clef de ce robinet ne peut effectuer qu'un tiers de circonférence de rotation. Quand elle se trouve placée horizontalement, elle sert à l'aspiration directe; quand elle est verticalement dirigée, elle sert à l'aspiration par le siphon D. L'appareil est fermé dans les positions intermédiaires. En un mot, le courant s'établit toujours dans le sens des branches auxquelles la clef est parallèle. On introduit alors de l'eau dans le récipient métallique par la petite soupape de sûreté; on ouvre le robinet et l'on chauffe au moyen d'une lampe à alcool mobile sur un petit



plateau; bientôt un courant de vapeur s'établit dans l'appareil, on ferme successivement les deux robinets, on retire le ballon de verre, où existe alors un vide complet par la condensation de la vapeur d'eau. Ayant amorcé le siphon en remplissant d'eau le tube D et le fixant plein d'eau à la branche verticale du robinet B, on peut faire à volonté l'aspiration directe ou l'aspiration par le siphon, par la rotation de la clef du robinet B. Ce nouvel appareil, d'une très-petite dimension, a été établi par M. *Collin*.

M. *Béclard* présente, avec éloges, un ouvrage intitulé : PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX CÉRÉBRO-SPINAL, par M. le docteur *Édouard Fournié*.

M. *Boudet* dépose sur le bureau : 1° un mémoire sur un nouveau procédé pour la fabrication et le dosage des granules de digitaline et d'aconitine, remis par M. *Adrian*, pharmacien à Paris; 2° une note de M. le docteur *Cressent* (de Guérel), sur les conditions d'éducation et d'hygiène des enfants en bas âge dans le département de la Creuse; 3° une brochure de M. le docteur *Monot* (de Montsauche), sur la mortalité dans la première enfance; 4° un discours sur l'amour maternel, prononcé par M. le docteur *Brochard* à la séance publique annuelle de la Société protectrice de l'enfance de Lyon; 5° un exemplaire du compte rendu de cette séance, par M. le docteur *Rodet*, secrétaire général.

M. *Larrey* présente : 1° une série d'observations de clinique chirurgicale, par M. le docteur *Larghi* (de Verceil); 2° un exemplaire du discours prononcé par M. le professeur *Jolly* (de Toulouse), à l'occasion de l'inauguration du buste de Delpech.

M. *Broca* met sous les yeux de l'Académie un appareil imaginé par M. le docteur *Michel* et destiné à remplacer la compression digitale dans le traitement des anévrysmes.

M. le *Président*, en annonçant que l'Académie se réunira mardi prochain en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de la section d'anatomie pathologique, et discuter les titres des compétiteurs, engage instamment ses honorables collègues à faire leur possible pour assister désormais en nombre suffisant aux comités secrets dans lesquels se discutent les élections des membres titulaires. Le choix du candidat est une affaire d'assez haute importance pour que chacun se fasse un devoir d'entendre le rapport destiné à éclairer son opinion et à diriger son vote.

M. le Président profite aussi de cette occasion pour inviter MM. les candidats, dans leur propre intérêt, à adresser à l'Académie une notice imprimée de leurs titres, qui sera toujours, quoi qu'il advienne, déposée honorablement aux archives... Ah! c'est pour le coup que le local de la bibliothèque va devenir tout à fait insuffisant!

TUMEUR ÉRECTILE DE L'INTESTIN. — M. le docteur *Laboulbène*, candidat pour la section d'anatomie pathologique, offre à l'Académie la primeur d'une lésion qui n'a pas encore été

signalée et dont il a fait dernièrement la découverte. Il s'agit d'une tumeur érectile trouvée, à l'autopsie, dans le duodénum d'un malade de Sainte-Périne, qui avait éprouvé, pendant la vie, des troubles dans la digestion intestinale et rendu des selles noires. M. Laboulbène, ayant exclu l'idée d'un cancer ou d'un ulcère simple de l'estomac, avait diagnostiqué l'existence d'une altération duodénale, mais sans songer à une lésion vasculaire, dont il n'existait pas d'exemple dans la science. Le malade succomba à une hémorrhagie intestinale abondante, que rien ne pût arrêter.

La lésion, d'où provenait cette hémorrhagie, présenta à l'œil nu et au microscope les caractères ordinaires des tumeurs érectiles; elle avait à peu près le volume d'une lentille, occupait toute l'épaisseur de la membrane muqueuse du duodénum, et s'était développée aux dépens de son réseau vasculaire; on y découvrait deux ulcérations, par lesquelles s'était effectuée l'hémorrhagie.

M. Laboulbène conclut fort justement de cette observation que les tumeurs érectiles peuvent se montrer sur la membrane muqueuse de l'intestin comme sur la peau. Cette utile découverte donnera l'explication d'un certain nombre d'hémorrhagies intestinales dont la cause était demeurée jusqu'à présent obscure ou ignorée.

Empyème et thoracocentèse. — La discussion sur l'empyème et la thoracocentèse a été reprise après une courte interruption. Deux orateurs ont pris la parole, et se sont montrés peu favorables à l'opération primitive de l'empyème par incision.

M. *Hérard* a discuté la question avec ce calme, cette modération, cette urbanité parfaite, on pourrait dire cette distinction qu'il apporte dans tous ses actes et dans tous ses discours, et qui lui attirent les sympathies et les faveurs de l'auditoire. Nous devons dire aussi qu'il a parlé avec l'autorité d'un clinicien consommé et la compétence d'un observateur familiarisé de longue main avec le sujet.

M. Hérard est d'avis que, dans la pleurésie purulente, il faut agir et agir vite; car plus l'intervention est prompte, plus elle a chance de réussir.

Il est sage, suivant lui, de commencer par une simple ponction, surtout s'il s'agit d'un épanchement aigu, récent, et si le malade est très-jeune; car l'expérience apprend que, dans ces conditions, la guérison peut être obtenue, à bon compte, par la seule ponction.

Cependant, le plus ordinairement le pus se reproduit. Que faire alors? Recourir à des thoracocentèses successives et souvent renouvelées? Cette méthode a réussi quelquefois, mais elle a souvent échoué, surtout avec les anciens procédés de thoracocentèse qui ne permettent pas de vider entièrement la cavité pleurale, ni d'y pratiquer des lavages, ni d'y injecter des liquides modificateurs.

Mais aujourd'hui, avec les trocarts capillaires, avec les appareils ingénieux, les aspirateurs de MM. Dieulafoy, Regnard, Castiaux et Potain, la thoracocentèse est une opération des plus simples et des plus faciles; les malades l'acceptent sans répugnance, et on peut la répéter sans crainte et sans danger, aussi souvent que la persistance de l'épanchement l'exige. M. Bouchut a pratiqué trente-trois ponctions sur le même malade, avec l'aspirateur pneumatique de M. Dieulafoy; M. Bucquoy en a fait dix-neuf sur un autre malade; et tous les deux ont guéri.

Quelque bon que soit le procédé de l'aspiration, et quelques résultats favorables qu'il ait donnés, M. Hérard lui reproche d'être insuffisant; et il veut très-opportunément qu'on y ajoute des injections d'une solution iodée, dans le but de modifier la surface suppurante. Il se sert, à cet effet, d'un liquide composé de 100 grammes d'eau distillée, de 40 grammes de teinture d'iode et de 2 grammes d'iodure de potassium, qu'il laisse à demeure dans la cavité pleurale. Par ce moyen, M. Hérard a guéri un certain nombre de malades, notamment un homme qu'il a soigné avec M. Moutard-Martin, et qui était atteint d'une pleurésie purulente datant de deux mois, avec tous les symptômes d'un épuisement complet et d'une fin prochaine. Le malade fut entièrement rétabli au bout de quatre mois et après quatre thoracocentèses suivies d'injections iodées. M. Hérard estime que cette méthode, qui repose sur les deux principes de l'évacuation du pus à mesure qu'il se reproduit, et de la modification de la surface pyogénique par l'introduction d'un liquide altérant, doit toujours être tentée avant les divers procédés de l'incision, du drainage et même du simple tube à demeure.

L'incision, devant laquelle reculent la plupart des médecins, doit être réservée exclusivement pour les cas où la plèvre renferme des fausses membranes abondantes ou des débris gangréneux, qui ne peuvent point passer à travers une canule et dont le séjour exposerait infailliblement le malade aux redoutables accidents de la pyohémie.

Quant au drainage, tout en reconnaissant les services qu'il peut rendre, M. Hérard lui trouve l'inconvénient d'être d'une application assez délicate et difficile, d'exiger une double ponction, d'exposer à la lésion d'une artère intercostale, de nécessiter le long séjour d'un tube de caoutchouc dans la cavité pectorale, de laisser pénétrer l'air dans le foyer purulent, de réclamer des pansements fréquents, d'amener quelquefois des érysipèles ou des phlegmons et de laisser parfois, après lui, des fistules thoraciques.

En résumé, M. Hérard conseille, de préférence, l'emploi de la méthode opératoire qu'il a décrite, sauf dans les cas où les indications de l'incision sont formelles et impérieuses.

M. *Chassaignac* commence la lecture d'un long plaidoyer *pro domo sua*, c'est-à-dire en faveur du drainage thoracique, qu'il défend avec une ardeur et une passion toutes paternelles contre les attaques de M. Béhier. M. Béhier avait été mordant, incisif; M. Chassaignac ne l'est guère moins que son adversaire, si bien qu'il serait difficile de décerner la palme dans ce petit tournoi d'esprit et de fine ironie.

Malgré les protestations de son honorable contradicteur, M. Chassaignac maintient et répète, en la soulignant, l'épithète de « désastreuse », par laquelle il a déjà qualifié et écarté le procédé des larges incisions dans le traitement de l'empyème. M. Béhier, dit-il, a invoqué des observations favorables à cette opération. Mais quelle valeur clinique peut-on attribuer à des faits présentés d'une manière si incomplète et si sommaire? En pareille occurrence, et dans une matière aussi grave, de simples affirmations ne suffisent pas, fussent-elles appuyées sur les témoignages les plus honorables et les plus dignes de créance. Il faut des documents précis, des détails nombreux et circonstanciés, des renseignements exacts sur l'âge des sujets, sur les causes de la maladie, sur sa marche, son développement, sa durée et ses symptômes, sur la nature et sur la quantité des liquides épanchés, sur la manière dont l'opération a été pratiquée, sur les résultats immédiats et éloignés qu'elle a fournis. Eh bien! tous ces éléments de preuves et de contrôle scientifiques manquent absolument dans les faits allégués par M. Béhier. Et voilà pourquoi M. Chassaignac ne saurait, jusqu'à plus ample informé, les accepter ni comme une base de statistique, ni comme une démonstration de l'efficacité de l'incision dans l'empyème.

Un pareil reproche ne peut pas être adressé aux observations relatives à l'emploi du drainage thoracique. M. Chassaignac a déjà cité le cas observé par M. Duménil (de Rouen); il en signale d'autres empruntées au Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux, à la Lancette anglaise et à la Gazette des hôpitaux. Tous ces faits, qui témoignent hautement de la supériorité du drainage dans le traitement des collections purulentes de la plèvre, ont été recueillis avec le soin le plus sévère et racontés avec tous les détails nécessaires. Ils établissent de la manière la plus évidente que le drainage de la poitrine, lorsqu'il est habilement pratiqué, est une opération inoffensive, pouvant satisfaire à toutes les indications de l'empyème, même à l'entière évacuation des fausses membranes et des

détritus gangréneux, aussi bien que les larges incisions et sans exposer aux mêmes dangers.

M. Chassaignac s'était engagé dans une digression sur l'hémorrhagie des artères intercostales, lorsque M. le Président l'a invité, vu l'heure avancée, à remettre la suite de sa lecture à la prochaine séance.

A. Linas.

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

Parallèle des eaux minérales de France. — Guide pratique du médecin et du malade, par Ernest Barrault, rédacteur scientifique de la *Gazette des Eaux*, avec une Introduction par le docteur Durand-Fardel. — In-18, 365 pages. — Chez J.-B. Baillière, 1872.

En 1777, Raulin, inspecteur général des eaux minérales de France, établit le premier un parallèle entre les sources françaises et allemandes. La même étude a tenté plus récemment plusieurs médecins chimistes, et les récents événements n'ont pas peu contribué à donner à cette comparaison un intérêt particulier.

La Gazette hebdomadaire publiait cette année même un important travail dû à la plume de notre savant hydrologiste, le docteur Rotureau.

M. le professeur Gubler eut l'heureuse idée de choisir cette étude pour sujet de ses cours de thérapeutique.

Aujourd'hui, M. Ernest Barrault publie, sous forme de Guide pratique, un examen comparatif des eaux de France et d'Allemagne.

Ce travail représente, comme l'annonce son auteur, une revendication énergique en faveur des eaux minérales françaises, tout en rappelant aux médecins les ressources que l'emploi des eaux offre à la thérapeutique.

Après quelques généralités sur le traitement thermal et le choix des sources, sur la richesse comparée des deux pays en eaux minérales, l'auteur étudie séparément les principales classes d'eaux minérales françaises et allemandes au point de vue de leur composition et de leur action physiologique et curative.

Dans un chapitre particulier, les indications thérapeutiques sont présentées sous forme de memento destiné à guider le médecin placé en face d'une maladie donnée, et à le renseigner sur la nature des eaux thermales qui conviennent le mieux à son traitement.

Enfin, dans un rapide parallèle, l'auteur met en regard les sources similaires d'Allemagne et de France. Certaines eaux allemandes, les chlorurées sodiques qui sont en même temps chaudes et chargées d'acide carbonique, les sulfatées mixtes et magnésiques purgatives, ont une valeur incontestable. On doit s'incliner devant Carlsbad (sulfatée sodique), qui satisfait à des indications que nous ne pouvons remplir avec une seule source. Mais l'Allemagne ne saurait rien opposer à Vichy et à Vals pour les bicarbonatées sodiques, et nos sources sulfurées sodiques ont une écrasante supériorité.

En résumé, si l'égalité de ressources existe entre les deux pays pour quelques familles d'eaux minérales, il en est d'autres où la disproportion est manifeste, et le plus souvent l'avantage reste à la France.

Écrit avec bonne foi et impartialité, en même temps qu'avec une pleine connaissance du sujet, ce livre est essentiellement pratique. Il prouve surabondamment combien était irréfléchi l'engouement qui poussait une partie de nos baigneurs vers des eaux dont l'action, fort insuffisante, était singulièrement relevée par un luxe d'installation que nous sommes loin d'atteindre, et souvent par un charlatanisme assez grossier que nous ferons bien d'abandonner à ceux auxquels il profite. Les médecins trouveront dans ce petit ouvrage des renseignements très-autorisés, et qu'ils mettront journellement à contribution dans leur pratique.

VARIÉTÉS.

Association contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques. — On sait qu'il existe une association contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques à côté de celle dont nous avons fait connaître récemment les statuts. Voici le programme dont il s'agit :

1° Faire connaître la relation qui existe entre l'abus du tabac et l'abus des boissons alcooliques, ainsi que leur influence sur l'hygiène et la morale.

2° De l'influence de l'usage du tabac et de l'abus des boissons alcooliques sur les relations de famille et les rapports sociaux. (Question déjà posée au précédent concours.)

3° Des moyens de détourner la jeunesse de l'usage du tabac et de l'abus des boissons alcooliques.

4° Faire connaître, en s'appuyant sur des faits, l'influence du tabac sur les organes des sens.

5° Déterminer la nature du principe odorant du tabac et établir les rapports de ce principe avec la nicotine.

Les prix consistent en médailles de vermeil, d'argent ou de bronze et en mentions honorables. Chacune des questions sera l'objet d'un prix.

Des récompenses seront en outre décernées aux auteurs des meilleurs travaux sur l'abus du tabac et des boissons alcooliques, ainsi qu'aux personnes qui auront le plus contribué à la propagation de l'Œuvre.

Les mémoires devront être adressés, au plus tard le 31 décembre 1872, au nouveau siége de l'Association, rue Chanoinesse, 12, à Paris.

Le Conseil se réserve le droit de publier les mémoires en tout ou en partie.

Société de prévoyance entre les pharmaciens du département de la Seine. — L'Assemblée générale de la Société de Prévoyance des pharmaciens de la Seine a eu lieu le 10 avril dernier à l'École de pharmacie, sous la présidence de M. Julliard, vice-président. M. Ferrand, secrétaire général, a présenté le compte rendu des travaux du Conseil d'administration pendant l'année écoulée. — 2460 fr. ont été distribués en secours. Ont été nommés :

Vice-président : M. Ferrand. — *Secrétaire-adjoint :* M. Champigny. — *Conseillers :* MM. Fontoynont, Cassan, Touzac, Tricard, Auclair.

Association des médecins du département de la Seine. — Le compte rendu imprimé de l'assemblée générale annuelle du 28 janvier dernier établit comme suit le mouvement de la caisse : 1° *Exercice* 1870. Recettes, 38 881 fr. 70 ; dépenses et emploi, 38 233 fr.; reste 648 fr. 70. 2° *Exercice* 1871. Recettes, 41 143 fr. 20 ; dépenses et emploi, 39 782 fr. 25 ; reste, 1360 fr. 95. Sous le titre de *dépenses et emploi*, les secours figurent pour 25 280 fr. en 1870, et 24 330 en 1871. Parmi les donateurs pour cette dernière année figurent MM. Barth, Nélaton, Richard Wallace, Schloss, Peytel, H. Roger ; mesdames Bourgeois et veuve Marjolin; trois anonymes ; la Société internationale de secours aux blessés (5000 fr.) ; la Société médicale du 11e arrondissement et l'ambulance municipale du Palais-Royal.

Bureau central des hopitaux de Paris. — A la suite du concours ouvert pour trois places de médecins au Bureau central des hôpitaux, ont été nommés MM. Fernet, Lecorché et Damaschino.

Le nouvel hôpital de Ménilmontant. — L'administration de l'Assistance publique a acquis au prix d'environ 1 600 000 francs des terrains d'une superficie de 50 000 mètres environ, vers le coteau de Ménilmontant, pour y construire un nouvel hôpital.

Maison nationale de Charenton. — Par un arrêté du 29 mai 1872, M. le ministre de l'intérieur a admis, sur sa demande, M. le docteur Calmeil, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, à faire valoir ses droits à la retraite, et l'a nommé médecin en chef honoraire de cet établissement.

Par un arrêté du même jour, M. le docteur Rousselin, inspecteur général du service des aliénés, a été nommé médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès *pour Paris*, du 25 au 31 mai 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0.— Rougeole, 25. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 6. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 28. — Pneumonie, 46. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 4. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 220. — Affections chroniques, 322 (1). — Affections chirurgicales, 82. — Causes accidentelles, 27. — Total, 794.

(1) Sur ce chiffre de 322 décès, 166 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 13 juin 1872.

COMMISSIONS ADMINISTRATIVES DES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE. — LA THORACOCENTÈSE. — LES COMITÉS SECRETS.

Commissions administratives des établissements de bienfaisance.

Nous laissons de côté, dans la discussion qui vient de se terminer à l'Assemblée nationale touchant l'*organisation des commissions administratives des établissements de bienfaisance*, tout ce qui a trait aux principes administratifs eux-mêmes, qui confinent de si près à la politique. Ce n'est pas qu'il soit indifférent, même pour des médecins, de faire grande ou de faire petite la part de la commune ou celle de l'État dans la direction de la bienfaisance publique. L'esprit municipal aura toujours d'autres vues, donnera toujours d'autres résultats que l'esprit de gouvernement; et pour ce qui concerne, par exemple, la distribution des secours à domicile (tant recommandée avec raison par le rapporteur), la nomination des médecins et chirurgiens des établissements, certaines pratiques abusives qui se produisent souvent dans les petits hôpitaux de province au détriment des médecins et pharmaciens du lieu, il est certain que l'action d'un maire ou d'un conseiller municipal pourra être tout autre que celle d'un membre nommé par le préfet, ou par le conseil général, ou par l'autorité diocésaine. C'est, du reste, une question qui reviendra devant l'Assemblée, le projet de loi récemment voté ayant à subir encore l'épreuve d'une troisième délibération. Pour le moment, ce qui nous touche dans ce projet, ce qui nous cause un étonnement pénible, ce que nous voulons noter, c'est le parti pris d'évincer des commissions administratives, qui? Les médecins! Oui, les médecins, dans une œuvre d'hygiène et d'assistance médicale. Nous disons évincer, et l'on va voir que l'exactitude du mot ne peut être contestée qu'à l'aide d'un subterfuge.

Deux des nôtres ont essayé d'obtenir de l'Assemblée la réparation de cette injustice. En termes excellents, M. le docteur Chevandier et M. le professeur Bouisson ont épuisé sur cette thèse les arguments si nombreux, si clairs, si démonstratifs que nos lecteurs peuvent imaginer; ils ont fait toucher du doigt la nécessité de l'intervention médicale en maintes occurrences : quand il s'agit, par exemple, de construire des hôpitaux, d'instituer des Maternités, de prendre des mesures contre les épidémies, contre les maladies contagieuses; de faire un départ entre les malades admissibles dans les hôpitaux et ceux qui, en raison de la nature de leurs maux ou par tout autre motif, doivent être traités à domicile (1). M. Bouisson particulièrement a fait un appel éloquent, et plusieurs fois applaudi, à l'esprit d'équité de ses collègues. « Les commissions administratives, a-t-il dit, doivent être recrutées : parmi les conseillers généraux et parmi les conseillers municipaux, pour y représenter les intérêts de cet ordre; parmi les membres des cours d'appel, pour juger d'une manière plus autorisée les questions contentieuses; parmi les membres des chambres du commerce, afin de porter le discernement et l'économie dans les acquisitions faites au profit des hospices, etc. Comment expliquer que les *organes les plus importants de la bienfaisance publique* ne soient pas même mentionnés dans le projet? » A cela, que répond — ou à peu près — la Commission par l'organe de M. Brun? « Les médecins, grand Dieu! qui parle de les exclure? Ce sont gens d'honneur et qui ne manquent pas dans le monde de quelque utilité. Est-ce que le conseil municipal, est-ce que le conseil général ou toute autre catégorie d'électeurs ne sera pas libre de nommer un médecin? Est-ce qu'il se peut que M. Bouisson lui-même ne soit pas élu à Montpellier? » De cette façon, M. Brun est bien près de prouver que les commissions

(1) Le projet de loi propose d'affecter aux soins à domicile le quart du revenu des hospices.

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Suite. — Voyez les numéros 8, 9, 11, 13, 16, 17, 20 et 22.)

BELGIQUE.

Il nous semblait que la Belgique, en raison de sa proximité avec la France, de la langue officielle qui est la même, des relations scientifiques incessantes et facilement échangées entre les deux pays, ne devait être mentionnée que pour mémoire dans un travail tel que celui-ci; mais, à en juger par les articles que nous avons lus récemment dans ceux de nos journaux de médecine qui passent pour les mieux informés, son organisation médicale est imparfaitement connue de nos confrères. Ainsi, on a beaucoup parlé de l'enseignement libre de la Belgique, de l'obligation imposée aux professeurs des Facultés de se vouer exclusivement aux devoirs du professorat, sans pouvoir pratiquer en ville, des programmes variés de ses Facultés, etc. Et cependant, contrairement à ces assertions, l'enseignement libre n'existe pas chez nos voisins; la restriction imposée aux professeurs ne frappe en droit que ceux de deux Facultés sur quatre, encore leur est-il facile de s'y soustraire; quant aux programmes, il sont vraiment les mêmes et ne diffèrent, depuis quelques années, qu'en raison des ressources offertes par le nombre des cliniques, un cours spécial pour la médecine militaire à Bruxelles, un essai d'un cours d'histoire à Liége, etc., ce que nous démontrerons successivement.

Il y a en Belgique quatre Facultés de médecine attachées aux quatre universités de Liége, Gand, Louvain et Bruxelles. Deux de ces universités, Gand et Liége, sont des universités d'État; les deux autres, Louvain et Bruxelles, sont des universités appelées libres, parce qu'elles ne sont pas subventionnées par l'État; mais elles sont reconnues par lui, et bien qu'elles

administratives ont chance de tourner en petits sénats médicaux; mais il faut savoir entendre ce langage. Chaque catégorie d'électeurs a été instituée précisément pour élire un membre de cette catégorie; celle du clergé catholique pour élire un prêtre catholique, celle du consistoire pour élire un pasteur protestant, celle des membres des cours d'appel pour élire un magistrat. Le texte du projet, celui du rapport, le langage de la commission législative, toute la discussion, en témoignent; de sorte que le corps médical n'a d'autre porte, pour pénétrer dans l'administration des établissements de bienfaisance, que celle qui lui est ouverte par un paragraphe de l'article 1er, attribuant la nomination de deux membres à « la commission hospitalière en exercice ». C'est donc une commission restée ou pouvant rester, comme on vient de le voir, pure de toute immixtion médicale; c'est ce corps de commerçants, de juges, de curés, de pasteurs, qui décidera si un médecin lui est nécessaire, et qui sera parfaitement libre de porter sa faveur sur la tête d'un avocat ou d'un notaire. Voilà la vérité.

La preuve que la Commission a visé à l'exclusion de l'élément médical, c'est cet argument de M. Lucien Brun : « Si vous introduisez un médecin nommé par ses confrères (comme le demandent MM. Chevandier et Bouisson) dans le conseil d'administration des hospices, vous amenez entre le médecin qui siége au conseil et le médecin qui soigne les malades un antagonisme. » N'est-il pas évident que l'antagonisme, s'il devait se produire, naîtrait tout aussi bien, et mieux encore, de la présence au Conseil d'un confrère nommé par des personnes étrangères à la profession médicale? Et si cette peur d'un conflit de médecins est réelle, c'est donc qu'on ne veut introduire de médecins au Conseil ni par une porte, ni par une autre, et qu'on essaye de les en écarter absolument. Et l'on ne réfléchit pas que, pour éviter quelques froissements, peu présumables d'ailleurs, entre deux ou trois membres du corps médical, on s'expose à la défiance et au mauvais vouloir du corps médical tout entier à l'égard de commissions administratives où il ne sera pas représenté!

Sur ce même sujet de l'Assistance publique, la question de la composition des commissions administratives n'est pas la seule qui ait occupé l'Assemblée. M. Chevandier a demandé encore que les places de médecins ou de chirurgiens des hôpitaux, dans les villes dont la population est supérieure à 20 000 âmes, soient données au concours; mais il n'a pas été plus heureux sur ce chapitre que sur le précédent. L'argumentation de son contradicteur, M. Brun, n'a pas non plus changé de nature : — Le concours est excellent; plusieurs grandes villes se le sont déjà approprié et elles ne pouvaient mieux faire; d'autres les imiteront sans doute. Mais qui sait? En de certains lieux, à certaines heures, le concours peut éloigner un médecin distingué qui ne jugerait pas de sa dignité d'en courir les chances. — A nos yeux, le principe du concours est de ceux dont la valeur peut être sensiblement affectée par les circonstances. Quand les candidats à une place doivent être jugés par leurs pairs, nous sommes, on le sait, disposés à substituer en grande partie aux luttes de la parole et de la plume l'autorité acquise, les services rendus; mais ce dernier genre de mérite devient stérile quand la nomination dépend exclusivement d'une autorité incompétente. Il faudrait donc que, d'une manière ou d'une autre, le choix des médecins des hôpitaux émanât du corps médical; et, comme les juges ne pourraient être pris dans la localité même où se présenteraient les vacances, comme aussi les juges désignés ailleurs (dans une Faculté voisine par exemple), n'auraient d'ordinaire aucune notion préalable sur le mérite respectif des candidats, le concours resterait comme le seul moyen équitable d'appréciation. Mais l'Assemblée n'a pas perdu plus d'un quart d'heure à cette question apparemment oiseuse, et l'amendement de M. Chevandier a été lestement et brillamment exécuté (1).

P. S. — Nous apprenons à l'instant que le conseil général de l'*Association générale des médecins de France* a pris la délibération suivante :

« Au nom du conseil général de l'Association, une lettre sera adressée à tous les députés à l'Assemblée nationale pour réclamer l'introduction de médecins dans les commissions administratives des hôpitaux et hospices. »

A. D.

(1) Voyez le projet de loi aux *Variétés*.

---

puissent conférer des grades honorifiques n'emportant pas avec eux le droit d'exercice, elles sont obligées de suivre le même programme d'études que celles de l'État, ce programme étant réglé par une loi médicale, qui oblige les étudiants dont l'intention est de se livrer à la pratique, et c'est évidemment le plus grand nombre, à subir les mêmes examens. Les deux universités libres doivent leur fondation aux partis politiques dominant dans le pays; ainsi le parti libéral a fondé l'université de Bruxelles, en opposition au parti religieux ou clérical, qui avait établi l'université catholique de Louvain. Je connais assez de médecins sortant des deux universités, je lis assez de livres et de journaux publiés par eux, pour affirmer qu'au point de vue de la pratique le niveau des études me semble le même. La différence des caractères, si je puis m'exprimer ainsi, ressort plutôt de la comparaison des Facultés de philosophie que de celles de médecine. Au point de vue du nombre d'élèves, à l'exception de Louvain, où les familles attachées au parti clérical envoient de préférence leurs enfants, le chiffre de la population suffit à expliquer l'importance de la Faculté : Bruxelles, 200 élèves en médecine en moyenne; Liége, 117; Gand, 90; le chiffre de Louvain est de 242 pour 1871. Je compte revenir, dans un travail spécial, sur l'organisation particulière des deux universités de Louvain et de Bruxelles, qui, établies par l'initiative privée, en dehors du budget de l'État, méritent de fixer l'attention de nos réformateurs. M. le docteur Verrier, dans les LETTRES SUR L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN BELGIQUE qu'il a publiées en 1867, dit bien avec raison que la concurrence en matière d'enseignement ne saurait abaisser le niveau des études.

Toutes les Facultés peuvent conférer les grades de candidat et de docteur en médecine, titres honorifiques qui ne donnent pas le droit de pratiquer. Lediplôme, ou grade légal, indispensable pour l'exercice est le diplôme de docteur, qui comprend la médecine, la chirurgie et les accouchements. Il est délivré à la suite d'examens que nous allons passer en revue, par les jurys universitaires ou combinés, dont on a beaucoup parlé

La thoracocentèse.

Dans un de nos derniers numéros (16 mai), après avoir apprécié les diverses opinions relatives au traitement de l'épanchement purulent de la plèvre, qui s'étaient produites à la tribune académique, nous exposions les avantages d'un procédé qui associerait la méthode sous-cutanée, la ponction capillaire et les injections modificatrices. Nous sommes donc heureux de nous rencontrer complétement sur ce point avec M. Hérard, qui, dans la dernière séance, a résumé sa méthode de traitement sous deux chefs principaux : 1° Évacuation du pus au fur et à mesure de sa reproduction, à l'aide des appareils aspirateurs et des trocarts de petit diamètre; 2° modifications incessantes des surfaces pleurales au moyen des injections de teinture d'iode laissées à demeure dans la cavité séreuse après chaque ponction. M. Hérard insiste particulièrement sur cette seconde indication qui lui paraît, à bon droit, capitale. Il doit à ce traitement plusieurs succès, et nous pensons avec lui que la substitution des fins trocarts à ceux qu'on a jusqu'ici employés permettent au médecin d'intervenir d'une façon plus active, et de répéter aussi souvent qu'il le jugera nécessaire les ponctions suivies d'injections modificatrices.

Il y a donc, dans cette association des procédés, une méthode nouvelle qui n'a pas encore été suffisamment sanctionnée par l'expérience. Elle a pour elle une innocuité précieuse, et nul doute qu'à ce titre seul elle ne trouve de nombreux partisans.

C'est sous cette impression que M. Hérard a critiqué, avec une parfaite mesure, les divers modes de traitement habituellement employés, et qu'il en a montré ce qu'on peut appeler les côtés faibles. Il repousse donc la pratique des médecins qui, une fois assurés de la nature purulente du liquide, veulent largement inciser la plèvre séance tenante. Il juge, avec grande raison selon nous, qu'il faut laisser au malade le bénéfice éventuel d'une guérison radicale après une seule ponction. Les exemples en sont rares, mais ils existent. Si le pus se reproduit, comme c'est l'habitude, on a le choix des divers procédés que l'on connaît, et parmi eux on adoptera de préférence celui que nous venons d'indiquer. Il faut réserver les incisions, le drainage, aux cas où le contenu de la plèvre ne peut pas traverser les voies étroites qui lui sont offertes.

Nous pensons même qu'il y a sous ce rapport bien des réserves à faire et qu'on ne doit pas trop se hâter d'ouvrir la poitrine quand les ponctions capillaires paraissent insuffisantes. Il faut se tenir sur ses gardes en pareil cas. L'intervention chirurgicale, par quelque procédé qu'elle ait lieu, réussit surtout dans les cas où le liquide, sérosité ou pus, est abondant et comprime les organes voisins. Nous ferons, si l'on veut, une exception pour les cas d'hydatides ; ils sont tellement rares qu'on ne saurait s'en autoriser pour modifier la pratique habituelle. Mais, en dehors de ces cas, quand plusieurs ponctions aspiratrices faites en différents points auront démontré l'absence d'un liquide facile à soutirer, on en conclut généralement que la plaie est encombrée de fausses membranes abondantes, gélatineuses, adhérentes. Quel bénéfice retirera-t-on, en pareils cas, d'une plus large ouverture? Le contenu de la plèvre s'écoulerait toujours fort difficilement et la séreuse ne se viderait que d'une manière fort incomplète. Les fausses membranes ne se détachent pas aussi volontiers qu'on paraît le croire, et, quand on pousse l'injection, on voit que la partie abordable de la cavité séreuse est singulièrement limitée.

Il est probable que les indications de l'empyème par incision se restreindront de plus en plus, à mesure que les procédés de thoracocentèse se perfectionneront. La méthode exposée par M. Hérard permettra souvent d'éviter une opération plus dangereuse et qu'on réservera pour les cas graves où tout autre procédé aura échoué.

Ces cas existent, cependant, et nous nous trouvons alors en présence des différents procédés dont nous avons longuement parlé : canule à demeure, ouvertures larges avec tentes, drainage, etc.

Le drainage est encore en pareil cas le procédé qui paraît le plus favorablement apprécié, quoiqu'un peu malmené par M. le professeur Béhier. M. Chassaignac, et c'était son droit, a vivement repoussé l'attaque. Est-ce erreur de notre part? Il nous semble que l'éminent chirurgien ne s'est pas dégagé complétement des critiques adressées à son procédé par ceux qui l'avaient appliqué à la thoracocentèse. Nul doute qu'entre ses mains le grand trocart conducteur du drain n'aille droit à son but, sans s'égarer, et ne sorte sans hésitation au point marqué par le chirurgien. Mais il ne faut pas oublier que la thoracocentèse est et doit être le plus souvent, dans la pratique,

---

récemment chez nous sans bien les connaître. Enfin, les deux Facultés de l'État, Liége et Gand, peuvent conférer de plus un diplôme scientifique spécial. Nous reviendrons sur ces divers titres honorifiques. Le diplôme légal doit nous préoccuper tout d'abord, puisqu'il est rigoureusement indispensable pour l'exercice de la médecine.

Pour obtenir ce diplôme, il faut se préparer dans l'une ou l'autre Faculté à l'examen de candidat, et ensuite aux trois examens de doctorat. Les lois en vigueur de 1849 et 1857 n'ont fixé aucune condition d'âge pour le commencement des études. La durée de celles-ci, nullement déterminée non plus, est de quatre à cinq ans. La présence des élèves aux cours est exigée d'après un règlement qui varie dans chaque Faculté; les articles de ce règlement sont assez sévères, mais leur exécution dépend beaucoup des professeurs. Les études préliminaires requises sont justifiées par le diplôme de gradué ès lettres et celui de candidat en sciences naturelles. L'examen de gradué ès lettres comprend : 1° épreuve écrite : une composition latine, une traduction du latin en français, une traduction du grec en français, une composition française, flamande ou allemande, au choix du récipiendaire; 2° épreuve orale : traduction du latin en français ou en flamand à livre ouvert, l'algèbre jusqu'aux équations du second degré inclusivement et la géométrie plane et à trois dimensions. La candidature ès sciences naturelles exige, outre le diplôme précédent : les éléments de chimie organique et inorganique, la physique expérimentale, les éléments de botanique et la physiologie des plantes; plus le dépôt de certificats sur les matières ci-après : la zoologie et la minéralogie, la psychologie.

Muni de son diplôme de candidat ès sciences naturelles, l'élève peut être admis à subir son examen de candidat en médecine, qui comprend : l'anatomie humaine (générale et descriptive), les démonstrations anatomiques, la physiologie humaine, la pharmacologie y compris les éléments de pharmacie. Matière à certificat : les éléments d'anatomie comparée.

faite par des médecins. Cette longue tige armée n'est pas si maniable qu'on semble le croire. J'en parle par expérience, et ma maladresse sera celle de bien d'autres. M. Chassaignac permettra sans doute à un collègue, qui croit aux avantages du drainage dans des cas particuliers, de lui signaler quelques perfectionnements qui en rendront la pratique plus usuelle et plus facile, au point de vue de la thoracocentèse, bien entendu.

M. Chassaignac insiste lui-même sur la précaution d'établir les deux ouvertures à peu de distance l'une de l'autre. Dès lors, pourquoi ce long trocart, qui vacille dans la main, dont la pointe est difficile à conduire? Un trocart de la longueur du doigt indicateur, fortement courbé comme une aiguille de Deschamps, est bien autrement commode à manier. Si je ne me trompe, M. le docteur Boinet en a fait fabriquer sur ce modèle et s'en sert avec avantage.

Autre observation : Une fois le trocart introduit, il s'agit de le faire ressortir. J'ai toujours vu, en pareil cas, les médecins (je ne parle pas des chirurgiens) un peu inquiets de cette pointe acérée ainsi engagée dans la poitrine, poussant droit devant elle, pouvant traverser sans plus de gêne une lame du poumon adhérent, ouvrir largement l'artère intercostale. Le cœur lui-même peut se trouver là ou l'on ne s'attendrait guère à le rencontrer. Mais pourquoi cette redoutable pointe? Une fois le trocart introduit, ne peut-on pas retirer le dard de quelques centimètres et le faire ainsi rentrer dans la canule qui irait, inoffensive et mousse, à la recherche du point choisi pour la contre-ponction? A ce point, elle est fortement appuyée; la peau est sous-tendue; on s'assure qu'on n'est pas sur le trajet de l'intercostale, et la terrible pointe fait alors son œuvre. J'avoue que cette manœuvre m'a paru rassurante, et je la recommande volontiers aux mains un peu défiantes. Il y en a beaucoup. M. Chassaignac sourira peut-être de ces timidités; mais ce n'est pas lui que visent ces humbles recommandations.

Il n'en est pas de même de quelques réflexions que nous suggèrent certains points de son discours. M. Chassaignac croit-il véritablement que M. le professeur Béhier n'ait pas observé «un seul cas d'empyème traité par le drainage», et cela parce que M. Béhier n'admet pas la liquéfaction des fausses membranes sous l'influence du drainage? Que les fausses membranes se ramollissent, se liquéfient même par dégénérescence graisseuse et puissent ainsi être résorbées, il n'est pas besoin de la science d'un professeur pour connaître cette évolution du produit pseudo-membraneux. C'est un fait élémentaire d'anatomie pathologique. Mais que le drainage soit pour quelque chose dans cette évolution; qu'il fasse autre chose qu'entraîner des produits dont la régression est d'ailleurs complétement en dehors de son influence, c'est là une opinion qui nous paraît des plus contestables.

Quant à la présence au sein des fausses membranes «d'amas de sérosité noirâtre», c'est un fait dont M. Chassaignac a tort de s'étonner; elle est due à la rupture des vaisseaux qui font partie intégrante des fausses membranes. Il se produit de cette manière des hémorrhagies, et c'est là la source de ces amas de « sérosité noirâtre », qui n'ont rien à faire avec la gangrène et qui ne sont pas aussi rares que M. Chassaignac paraît le supposer.

Quand les vaisseaux sont abondants et qu'un grand nombre d'entre eux se déchirent, l'épanchement pleural est fortement teinté de sang. C'est une forme de pleurésie hémorrhagique. Si les hémorrhagies sont localisées, elles déterminent simplement des petits foyers dans l'épaisseur de la fausse membrane qui en est le siége. C'est à ces foyers que M. Béhier faisait allusion.

Nous voilà un peu loin de la thoracocentèse et du drainage; mais il était bon d'éclaircir ce petit incident.

BLACHEZ.

Les comités secrets.

Il est impossible, si discret qu'on puisse être, de ne pas dire un mot du dernier comité secret de l'Académie de médecine, qui n'a pas manqué d'agitation. M. Béhier y a lu, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, un rapport qui offre ce singulier caractère (dont le rapporteur lui-même, si nous sommes bien informé, a décliné la responsabilité) : que l'appréciation comparée des titres n'y est pas en rapport avec le classement des candidats sur la liste de présentation. Sur cette liste, dont la tête est occupée par M. H. Bourdon, M. Charcot ne vient qu'au cinquième rang, après MM. Laboulbène, Empis et Lancereaux. C'est contre ce fait qu'ont énergiquement protesté MM. Vulpian, Chauffard, Giraldès, Bouvier et Broca, pressant tour à tour la section de fournir au moins quelques explications. Aucune réponse n'a été faite, sauf des observations de M. le

---

Le premier examen de doctorat comprend : la thérapeutique générale, avec la pharmaco-dynamique; la pathologie et la thérapeutique spéciales des maladies internes. Matières à certificat : la pathologie générale et l'anatomie pathologique.

Le deuxième examen de doctorat comprend : la pathologie chirurgicale, la théorie des accouchements, et comme matières à certificat : l'hygiène publique et privée et la médecine légale.

Le troisième examen de doctorat se compose de : clinique interne, clinique externe, pratique des accouchements et des opérations chirurgicales, c'est-à-dire examen de quatre malades, opérations sur le cadavre, manœuvres obstétricales. Nul élève n'est admis à cet examen s'il ne prouve qu'il a fréquenté avec assiduité et succès, pendant deux ans au moins, les cliniques interne, externe et celle des accouchements. On a pu remarquer que le candidat n'avait aucune thèse à soutenir.

Les matières à certificat que nous avons trouvées stipulées à chaque examen sont celles pour lesquelles l'élève doit fournir la preuve qu'il a suivi avec assiduité et succès les cours où ces matières sont enseignées; mais je suis informé que cette division doit être prochainement supprimée, et l'examen public doit porter désormais sur toutes les matières enseignées. D'ailleurs, le récipiendaire pouvait déjà remplacer les certificats par un examen sommaire sur la matière du cours pour lequel il ne remettait pas de certificat.

Le coût des études varie suivant les Facultés. Dans celles de l'État, les inscriptions annuelles sont de 15 francs, soit pour cinq 75 francs; les frais de cours de candidature en médecine et de doctorat sont de 600 francs; les frais d'examen s'élèvent à 320, soit pour l'ensemble des études, 995 francs. Les frais d'études sont un peu plus élevés dans les Facultés non subventionnées.

Le gouvernement délivre annuellement pour les quatre universités jusqu'à 60 bourses de 400 francs aux élèves nationaux peu fortunés qui ont fait preuve d'aptitude dûment constatée; elles sont décernées et maintenues sur l'avis de jurys d'examen. « Il en sera fait, dit le règlement, une appli-

président sur le règlement; et M. J. Béclard a pris acte de ce silence.

Personne assurément ne contestera le mérite de chacun des compétiteurs; mais que M. Charcot puisse être considéré comme le dernier d'entre eux, et ne soit pas, au contraire, rangé parmi les premiers, cela, en effet, va tellement contre la notoriété, qu'il sera difficile aux plus conciliants de n'y pas voir un déni de justice; — cela soit dit sans descendre dans la conscience de personne.

—Un autre comité a eu lieu à l'Académie des sciences, dans lequel a été discutée la question de principe qui se trouve liée à la prochaine élection dans la section de médecine, et à l'occasion de laquelle nous avons publié une lettre de M. Bégin (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1870, n° 12, p. 157).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique chirurgicale.

Mémoire sur le traitement des blessures de guerre par la méthode antiphlogistique, par M. le docteur F. Panas, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris.

(Suite. — Voyez le numéro 22.)

Bras.

Obs. XIX. — Bauveron, mobile, entre avec une fracture par balle du milieu de l'humérus gauche. Consolidation en cinquante jours.

Obs. XX. — Briac, du 117e de ligne; fracture comminutive du tiers moyen de l'humérus gauche; extraction d'esquilles secondaires et guérison en deux mois et demi.

Obs. XXI. — Vernet, du 28e de marche, entre avec une fracture comminutive de la partie moyenne de l'humérus gauche; extractions successives d'esquilles. Consolidation en quarante-huit jours.

Ainsi, sur trois fractures du bras droit, dont deux à plusieurs esquilles, nous comptons trois consolidations. Toutes les trois siégeaient à gauche.

Pour obtenir ce résultat, outre les cataplasmes et les injections chlorurées antiseptiques, nous avons placé à demeure un drain qui n'a retardé en rien par sa présence le travail de consolidation. Une large attelle de plâtre, sous forme de gouttière, embrassait à la fois le moignon de l'épaule jusqu'à la base du cou, le bras et l'avant-bras, comprenant la demi-circonférence du membre, et au besoin davantage. Un lien passé sous l'aisselle du côté opposé applique exactement l'attelle sur le moignon de l'épaule, et trois à quatre bracelets de plâtre en font autant, pour la partie brachiale et antibrachiale de l'attelle, qui est pliée à angle droit au niveau du coude. Une fois l'attelle solidifiée, ce qui est l'affaire de dix minutes, on place sous l'aisselle un coussin triangulaire à base inférieure, se prolongeant jusqu'au coude, sur lequel repose le bras, qui est fixé définitivement contre le tronc à l'aide d'un bandage de corps ou d'une écharpe de Mayor.

L'appareil ainsi confectionné est extrêmement léger, immobilise les fragments d'une façon absolue, permet l'inspection journalière du membre et l'application topique des divers modes de pansement; enfin, le malade peut se lever, ce qui est un inappréciable bienfait, surtout lorsque le traitement devra être long.

Epaule. — Les lésions de l'articulation scapulo-humérale, ou simplement de l'acromion et de l'épine de l'omoplate par gros projectiles de guerre, se sont terminées par la pyohémie et la mort, qu'on ait fait l'opération ou non. Voici, du reste, l'analyse des cas en question :

Obs. XXII. — Gall, fusilier marin, reçut une balle à l'épaule droite, qui, pénétrant par le triangle clavi-pectoral en avant (au-dessus des vaisseaux et nerfs axillaires), sortit en arrière, après avoir brisé le col de l'omoplate.

La résection scapulo-humérale, par incision unique, fut pratiquée vingt-quatre heures après l'accident, ce qui permit de constater que la tête humérale n'avait pas été atteinte, mais qu'en revanche le plateau glénoïdien de l'omoplate était brisé en plusieurs fragments. Malgré le drainage, les cataplasmes et les injections antiseptiques, la mort survint par pyohémie le cinquième jour.

Obs. XXIII. — Arnould, du 138e de ligne, offre une lésion de l'épaule droite, identique avec la précédente. On tente la conservation après y avoir placé un drain. Cataplasmes et injections de permanganate de potasse au millième. Le quatrième jour, hémorrhagie en nappe, et mort par pyohémie le huitième jour.

Obs. XXIV. — Il s'agissait ici d'une fracture de l'acromion seul, accompagnée toutefois d'une contusion profonde du moignon de l'épaule et de toute la région scapulaire, le tout produit par un éclat d'obus. On y remarquait une éraflure de la peau qui offrait en outre un petit pertuis au sommet de l'acromion. Dès le troisième jour un énorme empâtement phlegmoneux s'empara de la région, puis un vaste abcès se forma sous le deltoïde, qui nous obligea de diviser le muscle dans toute sa hauteur. Drains, cataplasmes, injections, antiseptiques divers, sulfate de quinine à l'intérieur, tout a été impuissant pour conjurer la pyohémie qui emporta le malade, nommé Jahr, du 123e de ligne, le dix-huitième jour de l'accident. Comme pour les deux cas précédents, la lésion siégeait à l'épaule droite.

Orteils.

Obs. XXV. — Lenoir, du 97e de ligne, eut le gros orteil écrasé par une balle. Le traitement suivi fut le même que pour les doigts de la main, et la guérison avec conservation était complète le trentième jour.

Obs. XXVI. — Delâtre, du 138e de ligne, eut les orteils du pied gauche écrasés par un projectile. Entré à l'ambulance de la Légion-

---

cation plus spéciale à l'étude de la médecine. » Ces bourses n'astreignent pas leurs titulaires à suivre les cours d'un établissement déterminé. Quatre bourses de 1000 francs par an peuvent être décernées annuellement par le gouvernement, sur la proposition des jurys, à des Belges qui ont obtenu le grade de docteur en sciences ou en médecine avec *la plus grande distinction*. Ces bourses, données pour deux ans, sont destinées à aider les titulaires à visiter les universités étrangères. Outre les bourses fondées par l'État, il existe encore des bourses de fondation, antérieures la plupart à la Révolution française, et plus importantes que les bourses du gouvernement. Elles sont délivrées par les commissions provinciales, les communes, etc. Enfin, les Facultés libres ou officielles accordent aussi des exemptions de payement aux élèves studieux.

Il nous faut entrer maintenant dans quelques détails sur le mode de fonctionnement des jurys universitaires combinés, chargés des divers examens que nous venons d'énumérer. Le gouvernement compose chaque jury d'un nombre égal de professeurs d'une université de l'État et de professeurs d'une université libre. Le président du jury est choisi en dehors du corps enseignant. Il y a donc deux jurys combinés pour chaque grade, et chaque jury siége alternativement dans chacune des deux villes universitaires auxquelles appartiennent les professeurs qui le composent. J'ajouterai, pour qu'il n'y ait pas de confusion dans l'esprit du lecteur, que le jury combiné qui comprendrait les professeurs de Liége et de Louvain, par exemple, siégerait d'abord à Liége, puis à Louvain, pendant que l'autre jury combiné, composé des professeurs de Gand et de Bruxelles, irait tenir sa session à Gand, puis à Bruxelles. Il y a deux sessions par an, l'une à Pâques, l'autre en juillet : la première est réservée exclusivement pour le troisième examen de doctorat et l'examen des pharmaciens, l'autre pour l'examen de candidat et les deux premiers examens du doctorat en médecine. Chaque partie d'examen est représentée par deux membres, l'un appartenant à une Faculté de l'Etat,

d'Honnour, à Saint-Denis, on lui fit la désarticulation des cinq orteils qui fut suivie de fusées purulentes dans les gaînes. C'est dans cet état que nous le reçûmes à l'hôpital Saint-Martin, où, grâce à des incisions multiples et à des cataplasmes, il finit par guérir après un séjour de trente-quatre jours.

Ce dernier fait témoigne de la gravité des amputations des orteils; aussi toutes les fois que cela est possible, la conservation devra, comme pour les doigts de la main, en être la règle.

Métatarse.

Obs. XXVII. — Moigny, du 43e de ligne, eut le deuxième métatarsien du pied gauche traversé par une balle. Pansements chlorurés, drains, cataplasmes. Guérison sans accident le cinquante-sixième jour.

Obs. XXVIII. — Un mobile breton, en tenant son fusil chargé, eut le métatarse traversé, à bout portant, par la balle. Lors de son entrée, il y avait deux trous, larges et anfractueux, d'une couleur noire, avec fracas des deux métatarsiens du milieu, et destruction des tendons correspondants. Cataplasmes, injections au permanganate, pansements chlorurés et drain. La guérison s'est effectuée sans accidents à la fin de la huitième semaine.

Jambe. — Nous avons eu à traiter deux cas où la balle avait traversé les *deux tibias à la fois* à quelques centimètres audessus de l'interligne articulaire du pied. Tous deux se terminèrent par la mort; en voici l'historique :

Obs. XXIX. — Joubert, franc-tireur, offre un séton par balle dans la portion sous-malléolaire des deux tibias. N'étant pas certain que la fracture communiquait avec l'articulation et d'ailleurs retenu que nous étions par la triste nécessité de pratiquer l'amputation des deux jambes à la fois, nous résolûmes de tenter la conservation. Pour cela, on immobilisa la jambe et le pied avec une gouttière de plâtre; on passa un drain qui servait à y faire matin et soir des injections chlorurées et manganatées, et l'on appliqua des cataplasmes en permanence. Dès le quatrième jour il y eut gonflement œdémateux, puis signes d'infection purulente, délire final avec paralysie du releveur de la paupière gauche, et mort le seizième jour. A l'autopsie, on constata que ni l'une ni l'autre des deux fractures *ne pénétraient* dans l'article.

Obs. XXX. — Frochard, du 42e de ligne, maigre, ayant des habitudes alcooliques invétérées, entre avec une fracture sus-malléolaire des deux jambes. Les mêmes considérations que précédemment nous obligèrent d'embrasser le parti de la conservation. Outre les moyens immobilisateurs et autres indiqués plus haut, nous cherchâmes à établir à l'aide de drains passés de part en part une irrigation constante, dans le double foyer de la fracture, avec une solution de permanganate de potasse. Dès le début, le sulfate de quinine fut administré à l'intérieur, mais rien n'a pu empêcher le développement d'une pyohémie lente qui épuisa le malade et finit par l'emporter le quarante-deuxième jour de l'accident. L'autopsie n'a pu être faite, aussi nous ne saurions affirmer si la fracture pénétrait ou non dans l'articulation tibio-tarsienne, mais, vu la proximité, le plus probable, c'est qu'il y avait eu pénétration.

D'après les faits qui précèdent, nous serions tenté de considérer la fracture sus-malléolaire comme essentiellement mortelle et nécessitant impérieusement l'amputation. Une lésion non moins grave de la jambe, quel qu'en soit le siége, serait celle produite par un *éclat d'obus*. En voici un exemple :

Obs. XXXI. — Gausse, du 118e de ligne, se présente à nous avec une plaie par éclat d'obus du côté externe du mollet. Le péroné seul paraissait fracturé, et notre première impression fut que la conservation était possible. Dès le lendemain, un sphacèle étendu envahissait la jambe et nous obligeait à pratiquer l'amputation du bas de la cuisse, par lambeau unique antérieur. Malgré l'amputation, l'état du malade continua à s'aggraver, le lambeau se sphacéla à son tour, et le malade succomba le onzième jour de l'accident.

Le cas suivant est plus heureux en ce sens que l'amputation de la cuisse, pratiquée secondairement en pleine période phlegmoneuse a réussi.

Obs. XXXII. — Mareilhac, du 28e de marche, offre une fracture comminutive par éclat d'obus du tiers inférieur de la jambe droite. Gouttière immobilisatrice de plâtre, irrigations continues au permanganate de potasse. Tout va bien dans les dix premiers jours, mais à partir de ce moment jusqu'au vingtième, la jambe s'œdématie, ainsi que la cuisse, qui devient le siége de traînées d'angioleucite avec engorgement des ganglions inguinaux. Le malade a déjà éprouvé des frissons et a continuellement de la fièvre. L'amputation de la cuisse par lambeau antérieur est alors pratiquée, et le malade, après bien des péripéties, finit par guérir.

D'après ces exemples, nous serons donc porté à amputer sans retard toutes les fois que la lésion de la jambe, fût-elle en apparence légère, est produite par un éclat d'obus. La contusion excessive qui accompagne ce genre de blessures en explique suffisamment la gravité.

Lorsque la fracture siége loin des extrémités articulaires du tibia et qu'elle est produite par une balle, la conservation devient au contraire possible, comme dans l'exemple suivant :

Obs. XXXIII. — Demousseau, artilleur marin, entre à l'hôpital pour une fracture par balle, située à la réunion du tiers moyen avec le tiers inférieur de la jambe. Gouttière plâtrée, pansements chlorurés et cataplasmes entourés de taffetas gommé. La guérison a lieu sans accident le cinquante-troisième jour.

Notons que, dans le traitement des lésions traumatiques de la jambe, l'immobilité recherchée n'est réelle et *absolue*, comme elle doit l'être, pour devenir efficace, qu'à la condition de comprendre à la fois les deux articulations, du pied avec la jambe et de la jambe avec la cuisse; c'est pourquoi nous faisons toujours descendre la gouttière de plâtre jusqu'aux orteils et remonter jusqu'à mi-cuisse. C'est là, du reste, une règle essentielle dans le traitement des fractures, qui remonte aux temps hippocratiques, sur laquelle on ne saurait trop insister, et qui est applicable à toutes les fractures des membres, quelle qu'en soit la partie affectée (jambe, cuisse, avant-bras ou bras).

---

l'autre à une université libre. L'élève est interrogé par le professeur de son université les deux tiers de la durée de son examen (une heure et demie), et l'autre tiers par le professeur de l'université rivale. La délibération a lieu à huis clos, et la décision est prise à la simple majorité des membres du jury présents. Les examens se font oralement, mais l'élève peut demander à être examiné par écrit et oralement.

Les questions pour l'examen écrit sont préparées sur chaque matière par deux membres au moins du jury, qui n'appartiennent pas au même établissement. Chacune des questions écrites est l'objet d'une appréciation particulière de la part de tous les membres du jury. Le tirage pour la désignation d'une question a lieu entre trois questions au moins relatives à la même matière.

Le jury procède d'abord à l'examen écrit des récipiendaires qui se sont fait inscrire pour cette épreuve. Cet examen ne peut durer plus de six heures; il porte sur toutes les matières qui font l'objet de l'examen oral.

Après avoir subi l'examen, le récipiendaire est ajourné, refusé ou reçu. Dans le premier cas, il paye le quart des frais d'examen quand il se représente, et peut être autorisé à se représenter dans la même session; s'il est refusé, il est tenu de payer la moitié des frais lorsqu'il se présente à une autre session; s'il est admis, son certificat ou son diplôme porte l'une des mentions suivantes : avec satisfaction, avec distinction, avec la plus grande distinction.

Indépendamment des jurys combinés ou jurys universitaires, dont nous apprécierons la valeur dans notre résumé général, la loi de 1857 a établi un jury central pour chaque grade également. Ce jury, siégeant chaque année à Bruxelles, est composé en nombre égal de professeurs des quatre universités et de membres pris en dehors de ces établissements. Le jury central pour la médecine se divise en deux sections, ou plutôt il y a deux jurys, l'un fait les examens de candidat, l'autre les trois examens de doctorat. On a souvent reproché à ces jurys centraux de conférer des grades à des élèves qui avaient déjà

Cuisse. — Les faits que nous avons été à même d'observer comprennent des fractures du corps de l'os et deux cas de fracture du grand trochanter.

a. *Fractures du corps du fémur.* — Nous avons eu à traiter cinq cas.

Obs. XXXIV. — Coppenck, du 28e de marche, offre une fracture du *tiers supérieur* de la cuisse gauche. La balle avait fracturé l'os comminutivement, aussi avons-nous eu à extraire successivement un grand grand nombre d'esquilles tant primitives que consécutives. Il va sans dire qu'il y eut une suppuration abondante, ce qui n'a pas empêché la guérison, et le cal était très-solide au bout de trois mois de traitement.

Obs. XXXV. — Antoine, du 28e de marche, entre avec une fracture comminutive du tiers inférieur du fémur droit. Extraction successive d'esquilles en grand nombro et de la balle. La fracture est oblique de bas en haut et de dehors en dedans, aussi le fragment supérieur pointu fait saillie en dehors de plus en plus, à mesure que la suppuration s'établit.

Cela nous engage de réséquer le fragment supérieur après quoi, le membre, pourvu d'une gouttière de plâtre, est assujetti sur un plan incliné. Drainage. Injections détersives et antiseptiques, cataplasmes, rien n'a été négligé pour mener la guérison a bien. A un moment, le cal prenait de la consistance, l'état général paraissait bon, mais la suppuration continuant d'être fort abondante, le malade finit par s'épuiser à la longue, et mourut le cent dixième jour de l'accident.

Obs. XXXVI. — Cousin, mobile de la Seino, eut une fracture de la cuisse gauche par balle, vers le milieu de l'os. Le troisième jour on extrait la balle et des esquilles osseuses. Suppuration abondante et fétide, malgré l'emploi des antiseptiques. Complication d'infection purulente vers le vingt-cinquième jour, et mort par pyohémie le trente-cinquièmo jour de son entrée à l'hôpital.

Obs. XXXVII. — Paternotte, mobile de la Seine, offre une fracture comminutive du fémur gauche au tiers *supérieur*. Malgré une suppuration abondante et l'extraction d'esquilles, le malade guérit et la consolidation était complète le quatre-vingt-dix-huitième jour de l'accident.

Obs. XXXVIII. — Malroe, mobile de la Seine, d'une constitution très-débile, entre avec une fracture comminutive du tiers moyen du fémur droit. Le nombre des esquilles extraites représentaient le quart de la longueur de l'os.

Le dixième jour, signes de pyohémie, et mort le dix-neuvième jour.

En résumé, sur cinq cas de fracture de fémur par balle, nous comptons deux guérisons parfaites, une mort survenue tardivement après une demi-consolidation, et deux morts rapides, soit deux succès sur cinq ou 40 pour 100. Il est à noter, en outre, que les deux cas de guérison concernent des fractures situées au tiers supérieur de l'os, c'est-à-dire de celles où l'amputation est presque constamment mortelle, par suite du lieu élevé où l'on doit pratiquer celle-ci. D'ailleurs, l'amputation fût-elle également favorable, qu'il n'y aurait encore aucune parité à établir entre la mutilation grave qui en résulte et la conservation du membre dans son entier.

Toutes les fois donc que les conditions matérielles du lieu le permettent, la conservation devra être la règle pour les fractures du fémur par coup de feu, surtout pour celles situées très-haut. Seulement, les soins à donner au blessé devront être des plus assidus.

C'est ainsi que la gouttière de plâtre embrassera tout le contour du bassin, la fesse, la cuisse, la jambe, et s'étendra jusqu'aux orteils. Non-seulement elle devra être très-solide, mais on fera bien d'ajouter par-dessus une attelle de fil de fer afin de lui donner plus de résistance. S'il y a un orifice à la partie postérieure de la cuisse, on appliquera deux attelles de plâtre, latérales, qu'on réunira sous la plante du pied et qui seront reliées entre elles par des embrasses de plâtre, au pied, au mollet, à la cuisse et autour du bassin.

On placera dans le foyer de la fracture un ou plusieurs drains, suivant le besoin, et l'on fera deux ou trois fois par jour des injections antiseptiques. De larges cataplasmes entourés de taffetas gommé seront placés en permanence, et l'on épiera chaque jour la formation des collections purulentes pour les ouvrir au plus tôt. Enfin, en vue d'une suppuration prolongée, on soutiendra les forces du malade par une nourriture substantielle, du vin généreux, du café, du cognac, et l'on aura soin de lui faire respirer un air aussi pur que possible.

b. *Fracture du grand trochanter.* — On pourrait penser *à priori* que la fracture *isolée* de cette partie du fémur devrait être moins grave que celle qui consiste en une brisure comminutive du cylindre médullaire de l'os. Les deux faits que nous allons citer prouvent qu'il n'en est rien, et que la lésion du grand trochanter, par suite de la proximité sans doute de l'articulation coxo-fémorale, constitue l'une des lésions les plus mortelles du squelette.

Obs. XXXIX. — Parent, du 134e de ligne, entre avec une plaie en apparence simple, par balle, de la région fessière gauche. Le projectile n'a pu être senti, aussi l'on se contenta d'appliquer un large cataplasme. Vers le dixième jour, le malade fut pris de frissons, de fièvre, et l'on ne tarda pas à constater l'existence d'une vaste collection purulente avec son tympanique au niveau de la région fessière. Une large incision permit l'issue d'un pus fétide contenant des gaz. Des lavages antiseptiques furent faits chaque jour; le malade prit du sulfate de quinine et des toniques en quantité, ce qui n'a pas empêché la pyohémie de faire des progrès et de déterminer la mort le vingt-quatrième jour de l'accident. A l'autopsie on trouva le grand trochanter broyé par la balle, et un fragment de drap rouge du pantalon fiché dans le tissu spongieux du grand trochanter. La fracture avait respecté l'articulation qui, malgré cela, était enflammée et contenait une certaine quantité de pus, par suite sans doute de l'ébranlement qu'elle a dû éprouver sous l'influence du choc.

On pourrait penser qu'ici le manque de soins, s'adressant directement et dès le début à la lésion du grand trochanter,

---

échoué devant les jurys combinés ou universitaires, mais, quoi qu'il en soit, sans être abolis, ils ne fonctionnent plus actuellement, au moins en ce qui concerne la médecine.

Le premier diplôme délivré par les jurys combinés porte les titres de candidat en médecine, chirurgie, etc., mais ce n'est là qu'un degré. Les premier et deuxième examens de doctorat sont constatés par des certificats indispensables nécessairement pour se présenter au troisième, et après celui-ci le candidat, muni de son diplôme de docteur en médecine, chirurgie, etc., peut exercer la médecine dans tout le royaume; il lui suffit de faire viser ce diplôme par la commission médicale de la province dans laquelle il veut s'établir, commission dont nous étudions plus loin les attributions.

En ce qui concerne le corps enseignant qui constitue chaque Faculté, nous avons dit plus haut que les quatre Facultés, ayant pour but principal de préparer aux examens des jurys combinés, il était tout naturel de penser qu'elles suivaient strictement le programme officiel tracé par la loi. En effet, nous trouvons dans les quatre Facultés, aussi bien à Liége qu'à Louvain, à Gand comme à Bruxelles, les chaires ou cours ci-après : anatomie humaine descriptive, anatomie humaine générale, physiologie humaine, éléments d'anatomie comparée, pharmacologie, démonstrations anatomiques; matières de l'examen de candidat. Tthérapeutique générale, pathologie et thérapeutique des maladies internes, pathologie générale, anatomie pathologique; matières du premier examen de doctorat. Pathologie chirurgicale, théorie des accouchements, hygiène publique et privée, médecine légale; matières du deuxième examen. Enfin, clinique interne, clinique externe, pratique des accouchements, opérations chirurgicales (ou médecine opératoire), pour le troisième examen de doctorat. Les Facultés ont toute latitude, sauf approbation par le ministre en ce qui concerne Liége et Gand, d'établir des cours spéciaux. Ainsi toutes les quatre ont un cours d'ophthalmologie, confié généralement au professeur de clinique externe, de même un cours des maladies syphilitiques confié

avait pu contribuer à ce que les choses tournent en mal. Mais dans l'observation suivante, où tout a été mis en œuvre pour parer aux accidents, le résultat n'en fut pas moins néfaste, ce qui prouve que la gravité du mal tient essentiellement au siége de la fracture. D'ailleurs, ce que nous avons observé ici nous a mis en mémoire des faits recueillis par nous, il y a plusieurs années, à l'hospice de Bicêtre, concernant des vieillards atteints de fracture extra-capsulaire du col du fémur, par chute sur le côté, et qui sont morts d'arthrite coxo-fémorale suppurée.

Obs. XL. — Stritt, du 28e de marche; jeune homme de vingt-deux ans, robuste et bien constitué, entre pour un séton par balle de la région trochantérienne droite. D'après la direction de la plaie, il devenait évident que le grand trochanter avait été broyé par le projectile. Une exploration à l'aide du doigt permit de constater positivement le fait, ce qui nous engagea de débrider les deux orifices, pour en extraire des esquilles et y placer un drain, sous forme de séton. Chaque jour on pratiquait des injections antiseptiques par le tube élastique, et la région fut enveloppée d'un large cataplasme. Le sulfate de quinine fut aussi administré dès le début.

Malgré ces soins, un gonflement phlegmoneux s'est emparé de la région, qui nous obligea de pratiquer un large débridement vertical au milieu du trochanter, entre les deux orifices. Un certain amendement des accidents locaux s'en est suivi, mais les signes de pyohémie ne se déclarèrent pas moins et emportèrent le malade le vingt-quatrième jour de l'accident. A l'autopsie, on trouva le grand trochanter littéralement broyé, l'articulation de la hanche intacte et enflammée, mais ne contenant pas de pus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Thérapeutique.

Sur une note de M. Bouchut relative aux alcaloïdes de l'opium, par le docteur Rabuteau.

Le 13 mai dernier, M. Bouchut a présenté à l'Académie des sciences les conclusions de *recherches thérapeutiques sur les substances et sur les alcaloïdes tirés de l'opium*. Trois semaines auparavant, j'avais fait présenter à cette même Académie, par M. Robin, le résumé de recherches entreprises depuis longtemps déjà, dont quelques résultats avaient été communiqués à la Société de biologie dès l'année dernière, et dont un résumé moins succinct a été publié dans la Gazette hebdomadaire, nos 17 et 19.

Les conclusions de M. Bouchut, qui sont au nombre de quinze, ont été publiées à leur tour. Comme nous sommes en désaccord à certains égards et que la question des opiacés est l'une de celles qui intéressent au plus haut degré le thérapeutiste, il importe d'éclairer le lecteur sur les points en litige. Je ne m'occuperai donc pas des conclusions où l'accord règne d'une manière suffisante, bien que non toujours sans conteste, mais de celles que je considère comme inadmissibles, soit parce qu'elles sont en opposition avec des expériences concluantes et même avec celles de M. Bouchut, soit parce qu'elles sont parfois purement gratuites.

6e et 7e conclusions. — *Que la codéine vient après la morphine pour les propriétés soporifiques et anesthésiques. — Qu'il faut employer trois fois plus de codéine que de morphine pour avoir des effets soporifiques et anesthésiques semblables.*

J'avoue que j'ai été stupéfait en lisant ces lignes. J'ai lu et relu les expériences publiées par l'auteur (1), et j'ai vu précisément le contraire de ce qu'il a avancé. Quoi! M. Bouchut administre 1 centigramme 1/2 de morphine à un enfant et le fait dormir, tandis qu'après avoir donné 10, 12, 24 et 30 centigrammes de codéine par jour également à des enfants, dont les plus âgés ne dépassent pas treize ans et qui ont en général de trois à cinq ans, il n'observe ni somnolence, ni sommeil; puis il déclare la codéine trois fois moins soporifique que la morphine. L'auteur était mieux inspiré lorsqu'il critiquait les expérimentateurs allemands qui ont admis que la papavérine était soporifique; mais ici il s'expose à la même critique. Non-seulement la codéine n'est pas trois fois moins soporifique que la morphine chez l'homme, mais elle l'est peut-être trente fois moins; de plus, elle est très-peu analgésique et enfin elle n'est pas anexosmotique, c'est-à-dire qu'elle n'arrête pas la diarrhée. Prise en une fois à forte dose, à celle de 15 centigrammes, par exemple, dissoute dans l'acide chlorhydrique, elle produit, au bout d'une demi-heure à une heure, une certaine fatigue musculaire accompagnée de démangeaison, notamment dans les extrémités des membres, une contraction notable de la pupille qui dure plus d'un jour; elle ne produit pas de somnolence.

Voilà ce que l'expérience apprend. La codéine est donc une substance qui ne mérite d'être employée à aucun égard. Les sirops de codéine qui ont fait dormir, et qui ont fait parfois mourir, étaient des sirops de morphine. Il n'y a pas de mode ni de Codex qui tienne; la vérité avant tout.

8e conclusion. — *Que la narcéine ne vient qu'après la morphine et la codéine pour ses propriétés dormitives, et qu'on peut, si elle est bien pure, en faire absorber des doses considérables sans produire d'effet appréciable.*

Il est parfaitement établi que la narcéine, qui est plus soporifique que la morphine chez le chien, l'est beaucoup moins que cette dernière chez l'homme; mais ce qu'il y a de certain aussi, c'est qu'elle l'est plus que la codéine. L'assertion contraire de M. Bouchut découle d'une faute grave commise dans ses expériences. S'il avait fait prendre à ses petits malades seulement 5 à 10 centigrammes de chlorhydrate de narcéine

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1872, p. 289 et 337.

---

presque toujours au professeur de clinique externe, etc.

La même analogie ne se rencontre pas, on doit aisément s'en rendre compte, quant à la position des professeurs. Ces derniers se divisent partout en professeurs ordinaires et extraordinaires, et ils sont nommés à vie; mais leurs honoraires diffèrent. Cette disposition repose, en Belgique comme ailleurs, sur ce que le nombre des professeurs nommés primitivement était devenu insuffisant, et que ceux qui leur furent adjoints ont été dès le principe chargés de cours que l'on considérait comme moins importants, et qu'on pouvait réduire s'il y avait lieu. De là une différence d'honoraires et de priviléges souvent. Dans les Facultés belges de l'Etat, à Liége et à Gand, les honoraires sont de 7000 francs pour les professeurs ordinaires, et de 5000 francs pour les professeurs extraordinaires. Dans les Facultés libres, le quantum varie: à Louvain, par exemple, les professeurs touchent de 2000 à 4400. Aux honoraires fixes il faut ajouter, qu'il s'agisse des universités d'Etat ou des autres, une répartition du prix des études selon le nombre d'heures, de leçons données par le professeur, et les présences et indemnités de déplacements pour les sessions des jurys. Exemples : pour six heures de présence : juges, 18 francs; président, 25 francs, etc. Le mode de nomination ne peut être non plus identique, mais il est analogue. A Liége et à Gand, universités de l'Etat, c'est le gouvernement (ministère de l'intérieur) qui nomme les professeurs. A Louvain, ils sont nommés par les évêques de Belgique sur la présentation du recteur; à Bruxelles, par le conseil d'administration chargé de tout ce qui peut intéresser l'université. Quatre professeurs renouvelés tous les ans, dont un pour la médecine, sont membres de ce conseil. Les étudiants de Bruxelles choisissent aussi un délégué qui en fait partie. Enfin, le nombre des professeurs varie également selon l'importance de la Faculté : ainsi 16 à Bruxelles, 12 à Louvain, 10 à Liége, autant à Gand. Dans ces deux universités d'État, les professeurs ne peuvent se livrer à la pratique de la ville, à moins d'une autorisation spéciale du ministre; mais ou l'autorisation n'est pas refusée, ou il est facile de s'en

dans un sirop, comme il l'avait fait pour la codéine et pour les autres alcaloïdes de l'opium, il aurait observé ce sommeil calme et réparateur sur lequel j'ai insisté, que Brown-Séquard a observé chez ses malades, et qui rend la narcéine si précieuse. Mais que fait l'expérimentateur? Il administre en pilules la narcéine, dont la solubilité est si faible. On peut objecter, il est vrai, que la narcéine a pu se dissoudre dans l'acide chlorhydrique du suc gastrique; mais pour que ce résultat eût été obtenu complétement, il aurait fallu que les pilules se désagrégeassent dans l'estomac, ce qui n'a pas eu lieu, assurément. Que dirait-on d'un médecin qui viendrait dire que le sulfate de quinine est inactif, parce qu'il l'a donné en pilules et qu'il n'a rien observé? Ceci s'est vu; mais les pilules ont été retrouvées en nature dans les selles. Pour qu'un médicament agisse, il faut qu'il soit absorbé : M. Bouchut n'a pas vérifié l'absorption dans le cas de la narcéine; ses expériences sont donc à refaire.

11e conclusion. — *Que la thébaïne à 50 centigrammes est absolument inerte.*

On remarque, en lisant le mémoire de l'auteur, que la thébaïne n'a pas été prise à des doses supérieures à celles de 10 centigrammes dans les vingt-quatre heures; je ne connais pas d'expérience où elle ait été donnée à la dose de 50 centigrammes. Bien que j'aie pris, en une fois, sans grand inconvénient, 10 centigrammes de thébaïne dissoute dans l'acide chlorhydrique, je n'oserais pas, jusqu'à plus ample information, administrer 50 centigrammes de cette substance à un adulte.

13e conclusion. — *Que l'acide opianique est une substance inerte.*

L'acide opianique n'existe pas dans l'opium; c'est un produit de réaction de l'acide azotique sur la narcotine qui donne, sous l'influence de cet acide, divers principes tels que l'acide opianique et la cotarnine. L'auteur a voulu dire sans doute *acide méconique*, sans quoi il ne l'aurait pas cité parmi les substances et les alcaloïdes tirés de l'opium.

On voit, d'après ce qui précède, combien il est fâcheux d'entendre dire ensuite qu'il n'y a parmi les alcaloïdes de l'opium que « la morphine et la codéine qui soient utiles aux malades ». Il faudrait, en adoptant cet exclusivisme, dire : la morphine et la narcéine. En effet, cette dernière est non-seulement soporifique dès la dose de 10 centigrammes, mais elle est analgésique, anexosmotique; de plus, elle n'entrave jamais l'appétit. Elle existe d'ailleurs en quantité notable dans l'opium, qui en contient parfois plus que de morphine, et c'est à son action combinée avec celle de la morphine que doivent être attribuées en partie les effets plus doux et plus efficaces des préparations dont l'opium en nature forme la base. Quant à la codéine, elle existe en très-faible quantité dans l'opium, et nous sommes édifié sur son compte.

Maintenant l'auteur, qui ne se montre pas grand chimiste en classant l'acide opianique parmi les principes immédiats de l'opium, a tort d'avancer magistralement « que la différence des résultats obtenus par les observateurs sur les propriétés des alcaloïdes (je ne répéterai pas : et des bases) de l'opium, dépend de l'état de pureté ou d'impureté des substances soumises à l'expérimentation ». M. Bouchut aurait dû s'en prendre à lui-même. Il est plus difficile de bien expérimenter que d'obtenir des produits parfaitement purs.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 3 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

La chlorose et l'anémie dans l'espèce humaine, par M. *Bouillaud*. L'auteur avait, dans la semaine précédente, présenté, au sujet de la communication de M. Boussingault, les considérations suivantes, que le Bulletin n'enregistre qu'aujourd'hui. Il rappelle que le mot *anémie* a été prononcé pour la première fois à l'Académie des sciences dans le savant rapport de Hallé sur la maladie des mineurs d'Anzin, pour la dénomination de laquelle il fut proposé. Cette maladie n'était qu'une forme de celle, plus générale, qui consiste dans une diminution plus ou moins considérable de la masse totale du sang.

En ce qui concerne la chlorose (*morbus virgineus*), depuis le moment où l'on a reconnu que l'élément fondamental et *pathognomonique* de cette affection consiste en une diminution plus ou moins considérable des globules du sang, ce ne sont pas seulement les filles à l'état de puberté, mais les filles et les femmes de tout âge; et ce ne sont pas seulement les filles et les femmes, mais aussi les garçons et les hommes de tous les âges qui peuvent en être atteints.

Si la chlorose et l'anémie sont aussi fréquentes chez les plantes que dans l'espèce humaine, assurément M. Boussingault ne sera pas embarrassé pour les y rencontrer.

M. Bouillaud termine par cette réflexion, que l'Académie voudra bien, il l'espère, accueillir avec quelque sympathie. La médecine, bien qu'elle possède un élément scientifique qui la caractérise essentiellement et en constitue la *spécialité*, se rallie par ses autres éléments aux sciences physiques proprement dites (physique, mécanique, chimie, etc.) d'une manière tellement intime, qu'elle ne saurait s'en séparer, et qu'elle s'identifie réellement avec elles. Aussi ne cesse-t-elle de faire appel à leurs lumières, sans jamais renoncer à cet élément supérieur,

---

passer, à en croire les on-dit. Dans tous les cas, il ne peut en être ainsi dans les Facultés indépendantes. Enfin, ainsi que je l'ai dit également dès le début de cet article, l'enseignement n'est point libre en Belgique; il faut le consentement de la Faculté et l'autorisation du ministre pour faire un cours dans une ville de Faculté d'État. L'autorisation n'est jamais donnée pour plus de trois ans à douze leçons par an. Le professeur autorisé, qui est toujours un docteur légalement reçu, ne peut traiter que d'une matière qui ne fait pas l'objet d'un cours inscrit au programme, et ses leçons doivent être faites en dehors des heures des cours officiels. Il n'y a pas davantage de professeurs libres à Louvain et à Bruxelles. Dans les Facultés d'État, le professeur a droit, après trente-cinq ans de service, à l'éméritat ou retraite : il continue à toucher ses honoraires sans être astreint à faire son cours. Le doyen de la Faculté est nommé par les professeurs pour un an seulement.

Les médecins étrangers qui veulent s'établir en Belgique pour y pratiquer la médecine, doivent subir un examen devant le jury combiné, mais le gouvernement peut accorder l'autorisation nécessaire aux médecins munis d'un diplôme reconnu suffisant par ce jury.

Examinons maintenant quels sont les diplômes honorifiques que peuvent conférer les Facultés. Il y en a de trois sortes.

Les uns, de docteur et de candidat en médecine, sont appelés *diplômes scientifiques*, parce qu'ils ne donnent pas le droit d'exercice. Les examens sont d'ailleurs les mêmes que pour les grades légaux, mais le ministre, sur l'avis favorable de la Faculté, peut dispenser des épreuves préalables aux deux grades tout récipiendaire qui justifie « avoir fait avec succès », dit le règlement, des études en rapport avec les programmes de ces épreuves. Ces diplômes scientifiques peuvent être décernés par les quatre Facultés. Ils sont généralement recherchés par des médecins étrangers non pourvus du titre de docteur, comme l'ont été autrefois les diplômes *in absentia* des universités allemandes, mais il s'en délivre aujourd'hui un très-petit nombre seulement, et cela par une excellente raison, c'est que

l'élément moral et intellectuel, dont la connaissance ne lui est pas moins nécessaire que celle de l'élément physique.

MALADIES MENTALES. — M. *E. Lisle* adresse, pour le concours des prix de médecine et chirurgie (fondation Montyon), le manuscrit du second volume de ses ÉTUDES CLINIQUES SUR LES MALADIES MENTALES. (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

ORGANE DE L'OUÏE. — M. *Boettcher* adresse, de Dorpat, pour le concours des prix de médecine et chirurgie, un ouvrage, imprimé en allemand, sur le développement et l'histologie de l'organe de l'ouïe. (Renvoi à la commission.)

ROUGEOLE. — M. *Fauconnet* adresse une ÉTUDE SUR QUELQUES CONSÉQUENCES DE L'ÉVOLUTION DU PRINCIPE DE LA ROUGEOLE DANS L'ÉCONOMIE, DANS CERTAINES CIRCONSTANCES DONNÉES. (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

LUPUS. — Le même auteur adresse un mémoire intitulé : DES DARTRES EN GÉNÉRAL ET DE QUELQUES LUPUS EN PARTICULIER. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

MÉPHITISME. — Un auteur, dont le nom est contenu dans un pli cacheté, adresse un mémoire sur le méphitisme des excavations souterraines. (Renvoi à la commission du concours des arts insalubres.)

TUBERCULES. — M. *Rousset* adresse une nouvelle communication relative à ses recherches sur les tubercules. (*Comm.* précédemment nommés : MM. Andral, Nélaton, Bouillaud.)

DÉMOGRAPHIE. — M. *E. Decaisne* adresse une note sur le mouvement de la population en France, comparé à celui des principaux États de l'Europe. (*Comm. :* MM. Dupin, Bouillaud, Bienaymé.)

ASSOCIATION FRANÇAISE CONTRE L'ABUS DU TABAC ET DES BOISSONS ALCOOLIQUES. — L'Association adresse à l'Académie le programme de son concours pour l'année 1873.

CANDIDATURE. — M. *Richet* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place laissée vacante, dans la section de médecine et de chirurgie, par le décès de M. *Stan. Laugier.* (Renvoi à la section de médecine et chirurgie.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 11 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements de la Sarthe, d'Eure-et-Loir et des Basses-Pyrénées. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Maurice Perrin*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Mordret* (du Mans), accompagnant l'envoi du Rapport du comité consultatif de la médecine cantonale du département de la Sarthe pour l'année 1871.

M. *Legouest* offre en hommage un volume intitulé : TRAITÉ DE CHIRURGIE D'ARMÉE (2e édition).

M. *Gobley* présente, de la part de M. *Limousin*, pharmacien à Paris, deux brochures, l'une sur le traitement de l'asphyxie par l'oxygène ; l'autre, sur la préparation et les propriétés purgatives du sulfovinate de soude.

M. *Larrey* présente : 1° Un ouvrage intitulé : LA VIE, PHYSIOLOGIE HUMAINE, par M. le docteur *Gustave Le Bon* ; 2° Un mémoire manuscrit sur les épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée (Sénégal), par M. le docteur *Bérenger-Féraud.*

M. le *Président* annonce que M. le docteur *Tholozan*, membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

M. le président informe ensuite l'Académie que l'état de santé de M. *Louis* inspire, depuis quelques jours, de sérieuses inquiétudes.

L'Académie charge M. Barth de vouloir bien se faire l'interprète de ses sentiments et de ses vœux auprès de l'illustre malade.

EMPYÈME ET THORACOCENTÈSE. — Ce n'est pas en vain que M. *Chassaignac* a inventé le procédé de l'écrasement. Il le manie avec une rare dextérité, non-seulement dans sa pratique chirurgicale, mais encore dans la présente discussion académique. On sait de quelle manière il l'a appliqué, dans la dernière séance, à l'appréciation du traitement de l'empyème par incision. Cette fois, il essaie de donner le coup de grâce à la thoracotomie (pour parler le langage de M. Piorry), en démontrant que cette opération, loin de fournir les beaux résultats que lui attribue M. Béhier, n'aboutit le plus souvent qu'aux plus funestes conséquences. Et d'abord les larges incisions de la poitrine débarrassent moins bien et moins sûrement la cavité pleurale des amas pseudo-membraneux que le drainage. En effet, ces paquets volumineux sortent avec peine par l'ouverture linéaire qu'a pratiquée le bistouri, tandis que, par le drainage suivi de certaines injections, ils se dissolvent, se liquéfient, entrent en déliquescence et s'écoulent parcellairement avec le pus. Enfin, le drainage n'expose pas à la blessure de l'artère intercostale, tandis que c'est une des complications les plus fréquentes et les plus redoutables de l'incision, non pas que l'artère soit volumineuse, mais parce qu'il est extrêmement difficile d'arrêter l'hémorrhagie, parce que l'hémorrhagie ajoute à l'empyème de pus un empyème de sang, parce qu'elle peut, séance tenante, faire périr le malade dans une syncope.

M. Chassaignac soutient, en outre, que les guérisons sont beaucoup plus rapides par le drainage que par la thoracotomie. Elles sont aussi beaucoup plus nombreuses. M. Béhier n'a pu citer, en faveur de l'incision, que trois faits dont il a été témoin. Il est vrai qu'il y ajoute les témoignages favorables de MM. Marrotte et Voillez. Sans doute, le rapport de M. Marrotte à la Société médicale des hôpitaux, en 1855, est un document fort estimable ; mais que prouve-t-il contre le drai-

---

les autres États commencent à comprendre que ce diplôme, insuffisant pour pouvoir exercer la médecine dans le pays qui l'a délivré, ne peut augmenter de valeur parce que son possesseur juge à propos de s'établir hors de ce pays. A Louvain, par exemple, il n'y a plus guère qu'un, deux ou trois étrangers qui se présentent chaque année pour ce diplôme, presque tous sont des officiers de santé français. Voici d'ailleurs pour cette université quelles sont les formalités exigées pour l'obtention de ces grades honorifiques : 1° Candidat en médecine : diplôme de candidat ès sciences naturelles, deux années d'études, examens ci-après : anatomie et démonstrations anatomiques, physiologie, éléments d'anatomie et de physiologie comparées, hygiène, pathologie générale, histoire naturelle des médicaments. 2° Doctorat : diplôme de candidat ou titre équivalent étranger, officier de santé français par exemple, deux ans de clinique interne, externe et obstétricale ; examens comprenant : la pathologie interne et externe, la thérapeutique générale, l'art de formuler et la théorie des accouchements. Rapport écrit sur un sujet donné de médecine légale, thèse. Le jury pour les deux grades doit être composé de tous les professeurs de la Faculté. Les examens de ces deux grades peuvent être passés à quelques jours d'intervalle.

Les seconds, que l'on confond souvent bien à tort avec les premiers, sont appelés *diplômes scientifiques légaux.* Ils sont délivrés par les universités de l'État seulement, et constituent une simple attestation de capacité, sans droits ni prérogatives. Il n'y a qu'un seul grade, celui de docteur, mais avec la désignation de la branche sur laquelle ont porté les épreuves, c'est-à-dire qu'il y a quatre diplômes : 1° Sciences physiologiques (anatomie et physiologie de l'homme, éléments d'anatomie et de physiologie comparées et de chimie animale, anatomie pathologique) ; 2° sciences médicales (pathologie et thérapeutique générales et spéciales des maladies internes, pharmacodynamie, hygiène et anatomie pathologique) ; 3° sciences chirurgicales (pathologie chirurgicale, théorie des accouchements, médecine opératoire, y compris les opérations

nage, dont on ne connaissait pas encore, à cette époque, les heureuses et bienfaisantes applications à l'empyème. D'ailleurs, dans ce travail, il y a une observation qui n'est pas précisément à l'avantage de la thoracotomie, puisque le malade, atteint d'une pleurésie purulente du côté droit, a succombé, quelque temps après l'incision, à une péritonite hépatique.

Quant aux cas mentionnés dans l'ouvrage de M. Voillez, on ne trouve pas une seule guérison confirmée; ce ne sont que des guérisons incomplètes ou probables. Sur quatorze observations rapportées dans la thèse de M. Verliac (Paris, 1865), il y a neuf morts et cinq guérisons. Et encore quelles guérisons! Une seule peut passer pour définitive; deux sont incertaines, et deux autres suivies de fistules pleuro-cutanées.

La fistule pleuro-cutanée est, en effet, une des conséquences les plus ordinaires de la thoracotomie. Et ce qui rend cette fistule particulièrement grave, c'est sa persistance indéfinie, et l'épuisement dans lequel elle jette le malade, sans le mettre toujours à l'abri des récidives. Un homme atteint d'une pareille infirmité n'est pas guéri; c'est donc à tort qu'on a compté les cas de ce genre parmi les succès obtenus à l'aide des larges incisions. En les retranchant du bilan de la thoracotomie, il reste bien peu de guérisons à l'actif de cette opération.

M. Chassaignac ne se montre pas moins sévère, moins rigoureux pour la thoracocentèse que pour l'incision thoracique. Suivant lui, la ponction capillaire, dont M. Béhier s'est montré partisan, n'est pas inoffensive, puisqu'elle peut, ainsi que l'a démontré M. Marrotte, amener la blessure du poumon; elle est, de plus, impuissante, de l'aveu même de M. Béhier, lorsqu'il existe des fausses membranes dans la plèvre.

Quant à la thoracocentèse ordinaire suivie de l'introduction d'un tube à demeure dans la plèvre, elle expose, autant que l'incision, à d'incurables fistules pleuro-cutanées.

Un dernier et grave accident de la thoracocentèse, que M. Chassaignac recommande à l'attention et aux méditations des médecins, c'est la transformation, souvent observée, d'une pleurésie séreuse en pleurésie purulente, à la suite de la première ou de la seconde ponction. Cette complication, signalée par plusieurs observateurs, est de nature à faire réfléchir sur la prétendue innocuité des ponctions réitérées et successives de la poitrine. M. Chassaignac estime donc qu'il ne faut pas toujours pratiquer la thoracocentèse, même capillaire, « d'un cœur léger » : il se range volontiers, sur ce point, à l'opinion si sage et si réservée de M. Marrotte.

La thoracocentèse sous-cutanée, préconisée par M. Jules Guérin, ne trouve pas grâce, non plus, devant M. Chassaignac. Où sont les preuves à l'appui de l'efficacité de ce procédé? M. J. Guérin a produit quelques chiffres et de simples citations, mais il n'a rapporté aucune observation détaillée et complète. D'ailleurs, comment concevoir que la thoracocentèse sous-cutanée puisse déterminer l'évacuation complète de l'épanchement pleurétique et amener l'adhérence des parois et l'oblitération du foyer?

Pour la seconde fois, M. Chassaignac se voit obligé d'interrompre sa lecture et d'en remettre la suite à la prochaine séance, ce qu'il fait, d'ailleurs, de la meilleure grâce du monde.

A quatre heures un quart, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Béhier* sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

A. Linas.

Société de chirurgie

SÉANCE DU 15 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE. — DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. *Guéniot* présente, au nom de M. Rizzoli, un ouvrage intitulé Clinique chirurgicale, traduit de l'italien par le docteur Andreissi; M. Rizzoli a réuni dans ce volume les mémoires de chirurgie et d'obstétrique qu'il a publiés dans divers journaux.

— A l'occasion d'une communication faite par M. Verneuil dans la séance du 24 avril, sur l'érysipèle précoce, M. *Le Fort* se propose de traiter aujourd'hui deux questions souvent discutées : l'identité de l'angioleucite et de l'érysipèle; le caractère épidémique ou contagieux de l'érysipèle.

Blandin émit le premier cette idée, reprise depuis par M. Després : l'identité de l'angioleucite et de l'érysipèle. Si l'on admet cette fusion des deux maladies, il faut bien admettre, puisque l'érysipèle se montre partout, qu'il y a partout des réseaux lymphatiques assez serrés pour que leur inflammation donne naissance à cette rougeur diffuse, étendue uniformément sur de larges surfaces. Or, on ne peut trouver de réseaux lymphatiques d'une pareille finesse dans bien des points où existe l'érysipèle. Et cependant partout on voit l'érysipèle, partout on le retrouve avec les mêmes caractères, que le réseau lymphatique soit fin, soit serré, ou à peine démontrable par l'anatomie. Et d'ailleurs, pour expliquer la rougeur accompagnant la soi-disant inflammation des réseaux lymphatiques, il faut : ou bien que leur contenu soit devenu rouge, ou bien qu'il y ait un développement anormal et momentané de leurs vaso-vasorum, caractère principal de l'inflammation. La première supposition ne peut nous arrêter ; reste la seconde. Or, les capillaires lymphatiques manquent de vasa-vasorum sanguins; ils n'ont qu'une paroi simple, épithéliale. Comme on ne peut admettre que l'inflammation puisse se montrer avec son caractère de rougeur, de

---

obstétricales, médecine légale); 4° sciences pharmacologiques (pharmacologie, pharmacie, chimie organique et inorganique, toxicologie et botanique médicale). Les conditions pour l'obtention de ces diplômes spéciaux sont les suivantes : Diplôme et deux ans du doctorat légal, présentation d'une dissertation inaugurale ou thèse sur un sujet au choix du candidat; après jugement favorable de la thèse, examen d'une heure et demie à deux heures devant la Faculté seule, sur toutes les matières de la branche du diplôme spécial que l'on désire acquérir; leçon orale publique de trois quarts d'heure sur un sujet indiqué par la Faculté, et défense de la thèse et des vingt questions qui y sont annexées, en séance solennelle présidée par le doyen, devant le recteur de l'université et le secrétaire du conseil académique; versement d'une somme de 150 francs et d'une indemnité de 10 francs attribuée aux appariteurs.

Les troisièmes diplômes honorifiques sont ceux que décernent les Facultés, sans frais et sans examens, aux nationaux, comme aux étrangers, qui ont illustré la science, soit par leur travaux écrits, soit par leur enseignement. La Faculté est obligée d'adresser ses propositions, après un vote unanime, au conseil académique réuni à cet effet.

Sages-femmes. — A l'exception du Limbourg et du Luxembourg, il y a des Écoles d'accouchements dans toutes les provinces. Les élèves y sont reçues à l'âge de vingt ans, mais l'âge d'admission va, paraît-il, être abaissé. Elles font deux années d'études qui comprennent quatre cours complets sur l'art des accouchements. Presque toutes reçoivent des subsides provinciaux ou sur les fonds du département de l'intérieur.

Voici le programme des examens : Anatomie du bassin, des parties génitales et des autres organes y contenus. Difformités du bassin et des parties sexuelles. État de la matrice vide et pendant la grossesse, symptômes de la grossesse. Fausses couches. Formes et dimensions de la tête du fœtus. Diagnostic des présentations et positions. Toucher, ce qu'il fait connaître. Mécanisme de l'accouchement, etc., etc. Conduite de la sage-femme pendant l'accouchement naturel. Délivrance, ses

vascularisation là où il n'y a pas de vaisseaux, M. Le Fort est amené à nier l'existence d'une angioleucite des réseaux se caractérisant par des symptômes analogues à ceux de l'érysipèle. On peut admettre l'inflammation des vaisseaux lymphatiques afférents des troncs ou des ganglions lymphatiques; on ne peut admettre l'inflammation des capillaires lymphatiques réticulés. On peut admettre que, de même que la présence de la lymphe altérée provoque l'inflammation des parois propres d'un vaisseau lymphatique, et plus tard l'inflammation des tissus voisins, de même la présence de lymphe altérée circulant dans les capillaires lymphatiques, ayant une paroi épithéliale, peut amener l'inflammation et même la suppuration du tissu cellulaire au milieu duquel ils rampent. Mais M. Le Fort ne saurait admettre l'inflammation des réseaux eux-mêmes, et moins encore l'identité de l'érysipèle avec l'angioleucite circonscrite ou diffuse, puisque, en dehors de toute particularité tenant à la marche de la maladie, on voit l'érysipèle là où il ne saurait exister d'angioleucite.

L'érysipèle est-il contagieux, est-il épidémique? M. Després nie à la fois la contagion et l'épidémicité. Dans son traité de l'érysipèle, M. Després a fait l'histoire d'une épidémie de soixante-trois cas d'érysipèles ayant régné en 1861, dans le service de M. Velpeau, et ayant causé trente-cinq cas de mort; pour M. Després ce n'est pas une épidémie. En 1860, dans le service de M. Velpeau, il est mort 1 malade sur 35 (chiffre brut); en 1861, ce service ayant reçu 1060 malades, il aurait dû y avoir, suivant la proportion 1 sur 35, environ 30 décès, toutes causes de mort réunies; or, au lieu de 30 décès, il y en eut 35 rien que par l'érysipèle; cela ressemble bien à une épidémie d'érysipèle.

Pour M. Le Fort, l'érysipèle est contagieux tout aussi bien que l'infection purulente. Pour avoir une épidémie dans une salle de malades, il faut d'abord que l'érysipèle vienne du dehors ou qu'il se développe spontanément dans la salle; il faut ensuite que la maladie soit transmise à d'autres malades. L'apparition des cas spontanés suit souvent l'exploration d'une plaie en suppuration qu'on fait saigner, ou l'application d'un mauvais pansement. Pendant trois années passées à l'hôpital Cochin, M. Le Fort n'a pas eu un seul cas d'érysipèle dans son service; cela est dû, selon lui, à son pansement par balnéation continue, compresse trempée dans l'alcool camphré étendu d'eau et enveloppement de la partie dans une toile imperméable. C'est ainsi qu'on peut empêcher l'apparition spontanée ou primitive de l'érysipèle. Comment peut-on s'opposer à la contagion? Le camphre ne peut-il pas détruire à la surface d'une plaie saine le germe d'un érysipèle communicable par un malade voisin atteint de cette maladie? Depuis quatre ans que M. Le Fort emploie le pansement à l'eau alcoolisée camphrée et l'enveloppement, il a oublié ce que c'est qu'une épidémie d'infection purulente ou d'érysipèle.

— M. *M. Sée* présente une luxation ancienne du coude en arrière, recueillie sur un sujet âgé de cinquante-quatre ans. Intégrité parfaite de toutes les parties molles. L'articulation est très-solide. Dans l'extension complète, angle de 140 degrés. Dans la flexion extrême, 80 degrés. Pronation et supination faciles. La luxation est complète; le sommet de l'olécrâne est à 7 centimètres au-dessus de la portion inférieure de la poulie humérale. L'apophyse coronoïde du cubitus se loge, pendant l'extension, dans la cavité olécrânienne. En aucun point du squelette du coude on ne trouve d'indice d'une fracture.

SÉANCE DU 22 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE.

M. *A. Després* veut étudier la nature de l'érysipèle, l'épidémicité de cette maladie et sa propriété contagieuse admises par M. Le Fort. Tout le monde admet que les ganglions et les gros vaisseaux lymphatiques peuvent être le siége d'une inflammation simple non contagieuse; il n'y a qu'aux petits vaisseaux lymphatiques qu'on refuse le pouvoir de s'enflammer simplement. L'inflammation des gros troncs est accompagnée de rougeur, de chaleur et de fièvre, mais la rougeur est beaucoup plus large que le vaisseau malade; cela tient à ce que le vaisseau enflammé cause une rougeur de la peau voisine. Dans l'érysipèle, même chose se passe: les capillaires lymphatiques sont malades; il y a rougeur, chaleur, fièvre, et le phénomène rougeur a la même cause que le phénomène rougeur de l'angioleucite. M. Le Fort se fonde sur cette rougeur et sur la structure des capillaires lymphatiques, pour dire que ces capillaires ne s'enflamment pas, que c'est la peau qui s'enflamme; mais Blandin, qui a fait le premier cette remarque, puisqu'il disait: « l'inflammation commence par les lymphatiques de la peau, la rubéfaction est consécutive seulement », a conclu dans un sens tout à fait opposé. On ne doit pas rechercher dans l'inflammation des vaisseaux les phénomènes qu'on trouve dans celle du tissu cellulaire.

Dans l'érysipèle comme dans la lymphangite, il y a des altérations de la lymphe et des oblitérations des capillaires. Un malade a une écorchure au pied, une adénite apparaît; la plaie n'est pas pansée, angioleucite; puis la rougeur du pied s'étend, et l'érysipèle qui existait au départ de l'angioleucite s'étend à tout le membre et revêt les caractères classiques de l'érysipèle; aux membres, l'érysipèle a toujours été un moment une angioleucite au moins au début. Une plaie enflammée existe, un peu de pus ou de lymphe altérée est absorbé par les capillaires, le ganglion l'arrête et se congestionne ou s'enflamme; le tronc lymphatique qui se rend au ganglion ne fonctionne plus, la lymphe prend un autre chemin; et comme les troncs lymphatiques ne s'anastomosent pas entre eux comme les veines, c'est un autre tronc qui est le canal recteur de la

---

anomalies, son traitement. Soins à donner à la femme en couches et au nouveau-né. Cas où l'accouchement réclame l'intervention de l'art. Manœuvres et explications sur le mannequin. Causes qui rendent l'accouchement difficile; hémorrhagie, éclampsie, cathétérisme de l'accouchée, etc.

L'exercice de l'art des accouchements par les sages-femmes doit se borner uniquement aux accouchements naturels ou à ceux que l'on peut opérer avec la main. L'usage des instruments leur est interdit. Dans les cas où leur emploi est nécessaire, il leur est enjoint d'appeler un médecin. Nulle élève n'est admise à l'examen définitif, à moins de fournir la preuve qu'elle a opéré douze accouchements. Après chaque cours semestriel, il y a un examen général. Les élèves ne peuvent passer d'une province à une autre sans faire viser leur diplôme par la commission médicale provinciale, qui peut, si elle le juge utile, leur faire subir un nouvel examen. Elles sont placées sous la surveillance de cette commission.

Pharmaciens. — Il y a en Belgique, comme en France, des pharmaciens et des droguistes. Le pharmacien doit être gradué ès lettres, et a deux examens à subir devant les jurys combinés: l'un de candidat, l'autre de pharmacien. Les études sont semblables aux nôtres, et nul ne peut se présenter à l'examen de pharmacien sans justifier de deux années de stage dans une officine, depuis qu'il a obtenu le degré de candidat. Les droguistes, soumis aux mêmes règlements que ceux qui existent en France, quant à la vente des simples et médicaments, doivent, au préalable, subir un examen devant la commission médicale provinciale qui est chargée de les inspecter, de même qu'elle doit visiter aussi les officines pharmaceutiques. Il n'existe pas d'École spéciale de pharmacie; les cours spéciaux sont ceux de la Faculté de médecine.

Nous ne devons pas oublier les commissions médicales provinciales qui n'ont point d'analogues en France. Leurs attributions sont nombreuses. Elles doivent: viser les diplômes des médecins, pharmaciens; délivrer les diplômes de sages-femmes, de droguistes, de dentistes; veiller à ce que la pratique mé-

lymphe; si celle-ci est encore malade, il y a alors angioleucite. Un autre tronc, puis deux sont pris, l'angioleucite occupe les grandes voies de la lymphe; mais il en arrive toujours au voisinage de la plaie, il faut qu'elle rentre dans la circulation générale. Elle prend alors la direction du réseau lymphatique et chemine pour trouver une autre porte afin d'entrer dans le torrent de la circulation. Ce qui correspond visiblement à ce voyage de la lymphe altérée, c'est l'érysipèle.

La marche de l'érysipèle ressemble à celle de l'angioleucite; le liséré rouge saillant manque dans beaucoup de cas d'érysipèles et dans certaines régions. Comment se fait-il que l'on observe une si grande quantité d'érysipèles de la face et que l'on rencontre si peu d'angioleucites du visage? L'angioleucite de la face existe pourtant, mais la brièveté des troncs lymphatiques ne permet pas de constater les signes de l'angioleucite, et l'érysipèle ou angioleucite des réseaux très-riches de la face, qui accompagne toujours l'angioleucite des troncs, masque tout de suite les signes de cette lymphangite.

L'érysipèle, comme l'angioleucite, se développe autour des plaies non soignées, et principalement des petites plaies. Le pansement humide, quel que soit le principe que l'on mélange à l'eau, est en réalité le meilleur mode de pansement pour prévenir les érysipèles, toutes les fois que des lésions profondes graves ne sont pas à elles seules une cause presque insurmontable d'inflammation.

L'érysipèle n'est pas épidémique; M. Després invoque à l'appui de son opinion la statistique des érysipèles entrés à Saint-Louis pendant les années 1861-62-63, et le total des érysipèles entrés dans tous les hôpitaux pendant ces mêmes années. A l'hôpital de la Charité, tous les ans, il y a un nombre à peu près égal d'érysipèles.

Les faits démontrant la contagion de l'érysipèle sont rares et peu concluants. M. Després ne craint pas d'opérer pendant qu'il y a des érysipèles dans les salles. Il est convaincu que l'érysipèle est une inflammation dans le système lymphatique capillaire. Comme conclusions pratiques, faire rigoureusement un pansement humide sur les plaies, ne pas opérer dans les tissus sains pendant la période inflammatoire des plaies, voilà le véritable secret pour prévenir un grand nombre des érysipèles dits épidémiques ou contagieux.

REVUE DES JOURNAUX.

De la côlotomie lombaire dans l'obstruction intestinale par rétrécissement du rectum, par le docteur Th. Bryant. — **Deux observations de côlotomie lombaire,** par le docteur Maunders.

La première opération d'anus artificiel a été pratiquée par Pillou (de Rouen), pour remédier à une obstruction intestinale résultant d'un cancer du rectum, et c'est sur le cæcum que ce chirurgien établit l'anus artificiel. Plusieurs chirurgiens anglais ont, dans ces dernières années, cherché à remettre en honneur cette pratique, en préconisant la côlotomie lombaire comme opération palliative dans les cas de rétrécissements cancéreux ou même syphilitiques du rectum. En 1866, la Société médico-chirurgicale de Londres accueillit avec faveur une observation de Holmes, qui avait pratiqué la côlotomie lombaire dans un cas de fistule vésico-intestinale (voy. *Gaz. hebdom.*, 1866, p. 258), et depuis cette époque la côlotomie lombaire a été pratiquée plusieurs fois en Angleterre dans des cas de rétrécissement du rectum. M. Maünders, en 1869, a rapporté quatre cas dans lesquels l'opération, considérée comme palliative, avait donné des résultats satisfaisants à plusieurs égards. Aujourd'hui, M. T. Bryant à Guy's Hospital, et M. Maünders à London Hospital, ont consacré des leçons cliniques à la démonstration de l'opportunité de la côlotomie lombaire dans les obstructions intestinales dues à des rétrécissements organiques du rectum. M. Bryant considère cette opération comme ayant une grande valeur dans les cas de rétrécissement où il y a ulcération, et qu'on ne peut plus compter sur une amélioration par la dilatation graduelle, alors que l'on ne peut procurer de soulagement que par les sédatifs, et que la vie ne peut plus être soutenue longtemps.

L'opération procure, dit-il, un soulagement (*comfort*) qui est quelquefois étonnant et toujours satisfaisant; la vie est prolongée et rendue plus supportable, avantages que ne présentent pas toutes les opérations. On devrait pratiquer la colotomie aussitôt qu'il est devenu évident que la maladie locale ne peut plus bénéficier d'un traitement local, et que l'état général commence à décliner, alors que le malade est sous l'imminence d'obstructions intestinales. La colotomie ne présente pas des difficultés opératoires bien grandes, et les insuccès qu'on a relatés dépendent surtout du retard apporté dans l'opération. Les cas les plus heureux ont montré que l'opération amène une amélioration immédiate et rend plus supportable la période de vie réservée aux malades atteints d'une affection terrible. M. Th. Bryant a pratiqué la colotomie lombaire dans dix cas, et il n'a jamais eu à regretter la détermination qu'il avait prise.

M. Maünders a récemment pratiqué deux côlotomies qui peuvent servir d'exemples de résultats très-opposés.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante et un ans atteint de cancer épithélial de l'anus et du rectum. Les symptômes d'obstruction devenant graves, M. Maünders pratique la colotomie lombaire. Le malade meurt vingt-quatre heures après l'opération.

Dans le second cas, une femme de vingt-cinq ans était atteinte de rétrécissement syphilitique du rectum. Le mercure et l'iode n'avaient produit aucun résultat, la dilatation n'ame-

---

dicale soit exercée d'une manière régulière, et à tout ce qui intéresse la santé des habitants (maladies contagieuses ou épidémiques); visiter les officines des pharmaciens au moins deux fois l'an; elles interviennent dans les contestations d'honoraires entre les médecins et leurs clients. Ces commissions sont composées de médecins, de chirurgiens et de pharmaciens domiciliés dans la province. Les membres en sont nommés par le ministre de l'intérieur, sur la présentation en nombre double, faite par la commission elle-même et par la députation permanente provinciale. Le président et le secrétaire sont nommés par le roi.

Telle est l'organisation médicale belge au point de vue de l'enseignement et de l'exercice. Ceux de nos lecteurs que la question intéresse auront certainement déjà saisi les avantages et les inconvénients du système; dans tous les cas, les uns et les autres ressortiront facilement de la comparaison par laquelle nous voulons terminer notre travail.

A. Dureau.

Quarantaines. — Le ministre de l'agriculture et du commerce a décidé, conformément à l'avis exprimé par le Comité consultatif d'hygiène publique, que les navires provenant des Iles-Britanniques seront dispensés de produire une patente de santé à leur arrivée dans les ports français de la Manche et de l'Océan. Cette dispense n'est pas applicable aux navires qui, venant d'autres pays, auraient seulement fait escale en Angleterre.

L'obligation de la patente de santé est maintenue jusqu'à nouvel ordre pour toutes les provenances autres que celles des Iles-Britanniques.

On lit dans le Courrier de France :

Une dangereuse erreur fait en ce moment le tour de la presse française. Dans son numéro du mardi 28 mai, la *Liberté* donnait une formule pour combattre le croup, et indiquait l'emploi d'un looch *dépuratif* additionné de *vingt-cinq grammes de calomel*. Cette faute d'impression, reproduite depuis plusieurs jours par beaucoup de nos confrères de Paris et de la province, peut amener les accidents les plus graves.

nait pas d'amélioration; aussi la malade réclamait une intervention qui pût lui rendre la vie supportable; elle accepta facilement l'opération. Dix-huit jours après l'opération, l'état général était satisfaisant, les ulcérations du rétrécissement en voie de guérison. L'opération aurait donc eu un résultat favorable par rapport à l'état local. M. Maünders conclut de ces faits et des autres résultats de sa pratique que la côlotomie prolonge l'existence, apaise des souffrances terribles, et que les opérés la considèrent toujours comme un bienfait.

Les observations et les préceptes de MM. Bryant et Maünders sont intéressants à consulter, et il est à désirer que ces chirurgiens les présentent sous une forme plus convaincante, en réunissant tous les faits qui peuvent démontrer les avantages de l'opération qu'ils ont pratiquée et dont ils poursuivent la vulgarisation. (*Medical Times and Gazette*, 18 mai 1872; *idem*, 24 février 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

1° **Histoire médicale du blocus de Metz**, par E. Grellois, ex-médecin en chef des hôpitaux et ambulances de cette place, etc. — Paris, J. B. Baillière et fils, 1872.

2° **Siége de Strasbourg** (1870), par J. Poncet, médecin-major, etc. — Montpellier, Boehm et fils, 1872.

3° **Relation médico-chirurgicale du siége de Toul**, par E. Bancel, chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire.

4° **Lunéville pendant la guerre et le rapatriement**, par le docteur Saucerotte, médecin en chef de l'hôpital civil et militaire.

L'histoire médicale de la dernière guerre se forme et se complète de jour en jour. Les honorables confrères qui ont pris part aux événements viennent, en grand nombre, apporter leur appoint de renseignements, souvent utiles, toujours intéressants. La Gazette hebdomadaire a déjà fait connaître plusieurs communications de ce genre; aujourd'hui nous examinerons l'histoire de trois grands siéges, ceux de Metz, de Toul et de Strasbourg.

Siége n'est pas le véritable mot; car le livre du docteur Grellois, médecin en chef de l'armée de Metz, est intitulé : Histoire médicale du blocus. Le blocus a été l'arme puissante aux mains de la Prusse; comme à Sedan, comme à Metz, il a réussi à Paris; c'est la loi du nombre, et il suffira de donner le chiffre des effectifs allemands pour faire comprendre le succès de cette invasion. En janvier, au moment où la France s'épuisait dans un dernier effort, et appelait sous le drapeau tout ce qui pouvait marcher, l'armée allemande comptait un effectif de 1 350 000 hommes, dont 937 000 de troupes mobiles.

Du 13 août, veille de la bataille de Borny, jusqu'au 28 octobre, date de la capitulation, Metz resta environné, sans aucunes ressources extérieures, et ayant à pourvoir à la subsistance d'une population de 68 000 âmes, et d'une armée de 160 000 hommes. Nous savons assez ce qui a dû se passer, et quelle a dû être l'alimentation; le pain fabriqué avec de la paille et de l'amidon, le manque de sel, et les conserves de cheval. Cependant, d'après un tableau comparatif donné dans le livre, le prix des denrées a été inférieur à celui que nous avons vu ici; mais le blocus a été plus court, et la banlieue occupée par nos troupes était, relativement, plus vaste, plus productive, et moins dominée que l'étroit rayon des forts de Paris.

Sous cette influence, et aussi sous une autre influence morbide exagérée, celle de l'humidité atmosphérique, les affections typhoïdo-typhiques prirent un grand développement; le typhus fut constaté en septembre; la dysentérie, la variole et le choléra se montrèrent avec le caractère épidémique; les combats amenaient grand nombre de blessés dans les hôpitaux et ambulances; au 1er octobre il y avait là 21 150 malades ou blessés, non compris ceux reçus chez les habitants. Du 15 août au 31 décembre, on a compté 5524 décès militaires dans les établissements d'assistance; mais le total des inhumations s'est élevé à 7203. Sur ce chiffre de 5524, il y a une proportion de 247 décès typhoïdes pour 1000 décès; et une proportion de 131 par dysentérie et diarrhée. En revanche, les morts par blessures de guerre comptent pour plus de moitié, à eux seuls, 516.

Cet état de choses, inusité en temps de guerre, a pour raison d'être la brièveté relative de l'épreuve. Malgré le développement successif des petites épidémies dont nous avons parlé, le fait traumatique a toujours été dominant; pour une période plus longue, le contraire se serait produit à coup sûr. Aussi, comme le démontre M. Grellois, le chiffre des fiévreux est resté inférieur à celui des blessés jusqu'au 19 octobre, c'est-à-dire pendant les deux premiers mois. Au moment de la capitulation, le 29, le fait inverse était constaté, et la maladie l'emportait sur la blessure. Le total des malades et des blessés a été de 43 000 reçus à Metz.

Je n'oublie pas qu'il s'agit ici de l'analyse d'une œuvre scientifique; cependant, les renseignements que donne M. Grellois sur les pertes du champ de bataille sont d'un assez haut intérêt, pour qu'on puisse s'y arrêter un instant. L'armée de Metz a perdu là, en tués, blessés et disparus, 25 généraux, 2099 officiers et 40 339 hommes, c'est-à-dire, pour les 168 000 rationnaires, une proportion de 253 sur 1000.

Le 16 août, à Rezonville et à Gravelotte, l'armée française eut 16 959 tués, blessés ou disparus; l'armée allemande en eut 15 165; une hécatombe de plus de 32 000 hommes! Deux jours après, à Saint-Privat, les pertes furent aussi fortes, 20 000 pour les Allemands et 12 000 de notre côté. En présence de pareils faits, il faut encore s'étonner du peu de gravité des conséquences au point de vue de la santé publique. De grandes mesures d'assainissement ont été prises des deux côtés; les ensevelissements ont été faits souvent avec soin, et l'on a corrigé rapidement la défectuosité des premières inhumations : les cimetières de chevaux ont été l'objet de mesures bien entendues; cependant il est fort heureux que la décomposition de ces charniers ait pu se faire pendant la période d'hiver.

Au point de vue des blessures, M. Grellois fait mention des effets désastreux de la pourriture d'hôpital, devenue très-fréquente par l'accumulation et l'encombrement des blessés. « Il vint un moment, dit-il, où, malgré les indications les plus précises, l'on n'amputa plus. » L'infection purulente a été très-fréquente dans ces conditions; le tétanos aussi, sous l'influence de l'état hygrométrique de l'air. La question de la chirurgie conservatrice est traitée en quelques mots par l'honorable auteur, qui fait ressortir l'importance, pour le résultat, des circonstances concomitantes. La nécessité d'une installation spéciale et d'une tranquillité absolue ne lui paraît pas facile avec le secours intelligent mais trop zélé du personnel auxiliaire. Après avoir payé un juste tribut d'éloges au dévouement des femmes, M. Grellois se plaint d'avoir rencontré chez elles « l'amour du pansement » porté à un tel degré, qu'il devenait dangereux pour la consolidation ou la cicatrisation.

Ici, nous voudrions placer l'énumération de ces établissements d'assistance organisés par la bienfaisance de la population. Mais la place nous manque, et il nous faut aussi passer rapidement sur beaucoup d'autres chapitres intéressants. L'analyse de la convention de Genève est faite avec un grand esprit de dignité et de justice. Nous y trouvons cette mention curieuse que 53 médecins militaires ont protesté, lors de la capitulation, contre l'immunité qui leur était accordée, et ont demandé à suivre leurs corps en captivité. Les rapports des médecins des deux armées ennemies m'ont paru un peu tendus, sous une apparence de convenance professionnelle.

Enfin, ce beau et bon travail mériterait une analyse plus détaillée, car il traite avec fruit de toutes les questions scientifiques ou administratives que peut soulever l'état de guerre. Le champ était large, il est vrai, et les circonstances probantes. Mais les observer avec droiture et les discuter avec autorité, cela n'est pas le fait de tout le monde.

M. Grellois, à la fin de la campagne, et après de bons services rendus encore à l'armée de la Loire et devant Paris, s'est trouvé atteint par la limite d'âge et obligé à la retraite. Le corps de santé militaire a perdu là un de ses meilleurs chefs, digne des regrets de tous.

Un autre militaire médecin, M. Poncet, a publié une petite brochure sur son service chirurgical pendant le siége de Strasbourg. Nous retrouvons ici les mêmes circonstances qu'à Metz, c'est-à-dire une prédominance marquée des causes de mort par faits de guerre. Du 13 août au 1er novembre, la garnison a perdu 861 hommes, dont 715 par le feu de l'ennemi.

Il y a dans ce travail un certain nombre de faits bien observés et donnés avec tout leur détail quand l'importance du cas le demande. Les résultats sont établis en chiffres très-clairs. Les principaux sont : plaies de tête, 20 décès sur 44 cas; plaies pénétrantes du thorax et de l'abdomen, 25 décès sur 27 cas; blessures du membre supérieur, 7 décès sur 25 cas avec lésion des os; pour les blessures du membre inférieur sans lésions osseuses, on a 7 décès sur 81 cas; pour celles avec fracture ou avec plaies articulaires, il y a 6 décès pour 14 cas dans lesquels on a voulu conserver le membre; les amputations de cuisse ont donné 13 décès sur 15 cas, et celles de la jambe 9 décès sur 12 cas. Parmi les 6 décès où la chirurgie conservatrice a été tentée, 5 sont dus à la pyohémie. Pour les 22 amputations terminées par la mort, il y a eu dix fois infection purulente, et neuf fois gangrène ! M. Poncet établit avec une grande sagacité l'influence du milieu respirable sur les terminaisons dont il rend compte. Il divise en quatre périodes bien tranchées la marche de l'infection et l'action des circonstances extérieures : période salubre pendant le premier mois; puis période de septicémie par l'encombrement; période de délire, influence morale de la capitulation; enfin, période de gangrène, état atmosphérique pluvieux, empêchant l'accès de l'air libre. La stupeur et l'hémorrhagie sont aussi étudiées avec succès. Cette trop courte contribution à l'histoire chirurgicale du fait de guerre mérite une lecture attentive, et la rédaction s'y prête en les meilleurs termes.

L'histoire du siége de Toul est encore en manuscrit. Nous espérons que le chirurgien en chef, M. Bancel, se décidera, sans fausse modestie, à donner bientôt cet intéressant document à la curiosité légitime du public médical. Le siége de Toul, c'est-à-dire l'investissement de la place, commença le 14 août, comme à Metz, comme à Strasbourg. La simultanéité de ces trois efforts de l'ennemi donne bien l'idée de sa puissance. Le 16, le bombardement commence; il se renouvelle à plusieurs reprises jusqu'au 22 septembre, jour où 93 bouches à feu vomissent la mitraille sur les remparts. La capitulation eut lieu le lendemain, après quarante jours de résistance héroïque. Aucun abri suffisant pour les malades; la petite ville était entièrement dominée, et le drapeau protecteur à la croix rouge ne protégeait absolument rien. Dans les moments de bombardement violent, on était obligé de transporter les malades dans les caves, pour les reporter ensuite dans leur lit quand le feu s'apaisait. Les salles de blessés ont été traversées par les boulets; des lits coupés en deux; le chirurgien obligé de s'arrêter, le couteau à la main, et d'attendre un moment de répit. L'ambulance du champ de bataille n'est pas plus exposée, et le courage professionnel n'y est pas mis à plus rude épreuve.

« Qu'on juge, dit M. Bancel, des effets désastreux de ces paniques continuelles, de ces transports et de ces séjours dans un endroit frais et humide, sur des amputés, sur des plaies en suppuration. Aussi les blessures nous ont-elles offert une tendance manifeste à l'érysipèle phlegmoneux, à la pourriture d'hôpital. » Ce bombardement atteignit 141 hommes, dont 49 succombèrent. Le nombre total des blessés traités a été de 203. M. Bancel a pratiqué 11 grandes amputations, avec ce beau résultat de neuf guérisons; les deux décès sont survenus après une désarticulation coxo-fémorale compliquée de plaie du périnée, et une amputation de cuisse avec érysipèle gangréneux. Mais une ablation de la rotule, 2 amputations de cuisse, 4 amputations de jambe, 2 du bras et de l'avant-bras ont parfaitement guéri, sans parler des désarticulations partielles du pied et des doigts. C'est là un résultat exceptionnel, surtout dans les conditions de pratique que nous avons mentionnées. Une fracture comminutive du bassin, avec épanchement considérable, chevauchement des fragments, déformation complète, s'est guérie par l'effort de la nature, car aucune manœuvre de réduction n'était possible; c'est un fait bien remarquable et dont l'observation, minutieusement rédigée, mérite une mention spéciale. M. Bancel a aussi examiné avec autorité la question des dimensions des ouvertures de balle. Nous demandons la permission de laisser de côté ce sujet tant discuté. A notre humble avis, la circonstance prédominante, toujours négligée dans les dissertations, est la durée du trajet du projectile, c'est-à-dire ce qui lui reste de force quand il pénètre dans les tissus. Il y a là une curieuse étude de médecine légale à entreprendre.

Dans cette belle relation du siége de Toul, que nous venons d'analyser trop brièvement, on trouve, à côté du fait chirurgical, le détail de l'observation bien complet. Le praticien a rendu compte de ses œuvres en écrivain distingué. Nous ne pouvons qu'insister encore auprès de lui pour une publication de la brochure, au grand bénéfice de la science.

Au dernier moment la brochure de M. Saucerotte nous arrive. Mais sa place est si bien marquée qu'il convient de ne la pas faire attendre. D'ailleurs elle présente des faits tout particuliers, ainsi que son titre le fait prévoir. Lunéville, grande ville de garnison, mais ville ouverte, était naturellement indiquée comme étape précieuse pour une armée; les établissements militaires y sont vastes et bien aménagés; le pays, habitué aux camps d'instruction, est organisé pour toutes les fournitures de la troupe; il n'est donc point étonnant que les deux armées aient alternativement choisi Lunéville, la première pour ses hôpitaux de seconde ligne, l'autre pour son installation d'investissement. Mais la période la plus intéressante devait être celle du *rapatriement.* Nos malheureux soldats, prisonniers de guerre, étaient dirigés sur Lunéville, Vesoul et Charleville, selon leur provenance. Cette première ville en a reçu 110 000. Il en est entré un millier à l'hôpital (948), et la commission de santé accorda 3114 congés de convalescence. Ces chiffres, au dire de l'honorable médecin en chef, ne rendent pas un compte tout à fait exact de la situation sanitaire. En effet, un grand nombre de ces prisonniers, pressés de revoir le pays et la famille, n'ont pas voulu s'arrêter à l'hôpital. Cependant on a pu constater un nombre considérable de *bronchites*, occasionnées par les mauvaises conditions d'une nourriture malsaine et d'un casernement infect. Ces bronchites, M. Saucerotte les considère, pour la plupart, comme la période initiale de la tuberculisation, qu'il n'a pas pu diagnostiquer toujours avec la lenteur nécessaire. Le nombre sans cesse grossissant des arrivants exigeait un procédé rapide. L'*anémie* était la maladie principale. « La proportion était tellement considérable que les congés de convalescence donnés pour cette cause furent au nombre de 1248, et encore ce chiffre ne les comprit-il pas tous.....» Ce fait a une haute importance pour l'histoire médicale de la dernière guerre.

La place nous manque pour l'étude de la première période, que l'auteur désigne sous le nom de période de guerre. Lunéville reçut les troupes de l'invasion dès le 12 août. L'hôpital

civil et l'hôpital temporaire ne désemplirent plus, et, indépendamment de ces malades soignés avec zèle, la population, la Société internationale du lieu, sous la direction d'Edmond Keller, les sœurs de Saint-Charles et le service médical trouvèrent encore moyen de porter secours à ceux qui passaient dans les trains de transport. M. Saucerotte vit passer un wagon plein de varioleux, que l'on emmenait en captivité en Prusse, et que l'on ne voulut pas laisser s'arrêter à Lunéville ; « ils avaient emporté leur vengeance avec eux », dit notre honorable confrère.

Du reste, ce court travail est aussi animé d'un vif esprit de patriotisme; partout la profession médicale, proche des douleurs et des souffrances de la guerre, a témoigné de son indignation contre cette plaie de l'humanité et contre ses horribles conséquences.

C. Ély.

Index bibliographique.

De l'absorption par la muqueuse vésico-uréthrale, par le docteur Alling. Parent, 1871, Paris.

Cette thèse renferme des expériences très-intéressantes faites dans le laboratoire du professeur Bert et qui expliquent les divergences d'opinion si nombreuses sur ce sujet fort important. L'auteur y a ajouté des expériences faites chez des malades dans le service de M. Guyon et qui ont été déjà publiées en 1868. M. Alling conclut que la vessie saine n'absorbe pas d'une façon appréciable les substances médicamenteuses ou toxiques ; que l'urèthre sain les absorbe parfaitement bien ; que la vessie enflammée les absorbe d'une façon très-notable ; que dans la thérapeutique on peut mettre à profit cette propriété d'absorption par la vessie enflammée avec un avantage réel, à la condition qu'on injecte les substances médicamenteuses à forte dose dissoutes dans une très-faible quantité de véhicule.

VARIÉTÉS.

Assemblée nationale : Commission administrative des établissements de bienfaisance. — Voici les principales dispositions du projet de loi dont il est question plus bas, tel qu'il a été voté en seconde délibération :

Les commissions sont composées de la manière suivante :

1° Dans les villes au-dessus de 100 000 âmes (Paris et Lyon exceptés) : le maire, président ; 2 membres élus par le conseil municipal, 1 par le conseil général, 2 par le préfet, 1 par la Cour d'appel, 1 par la chambre de commerce, 1 par la commission hospitalière, 1 par l'autorité diocésaine, 1 par le consistoire de l'église réformée, 1 par le consistoire israélite.

2° Dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les chefs-lieux de canton d'une population supérieure à 10 000 âmes : le maire, président; 2 membres élus par le conseil municipal, 1 par le conseil général, 2 par le préfet, 1 par la Cour d'appel ou par le tribunal de première instance, 1 par la commission hospitalière, 1 par l'autorité diocésaine, 1 par chaque consistoire.

3° Dans les autres communes : le maire, président; 2 membres élus par le conseil municipal, 1 par la commission hospitalière, 2 par le préfet, le curé, le pasteur.

. . . .

Les commissions administratives pourront se concerter avec les bureaux de bienfaisance, pour assister à domicile les malades indigents. A cet effet, elles sont autorisées à disposer des revenus hospitaliers jusqu'à concurrence du quart, et même, avec l'assentiment du conseil général, au tiers.

L'organisation spéciale de certains hôpitaux et bureaux de bienfaisance est maintenue. Néanmoins, en ce qui concerne la ville de Lyon, le conseil d'administration des hospices sera composé ainsi qu'il suit : le maire, président; 2 magistrats élus par la Cour d'appel, 1 magistrat élu par le tribunal civil, 1 avocat élu par le conseil de l'ordre, 2 membres élus par le conseil général, 4 par le conseil municipal, 1 par le tribunal de commerce, 1 par la chambre de commerce, 1, par le conseil des prudhommes, 2 par l'archevêque, 1 par le consistoire de l'Église réformée, 1 par le consistoire israélite, 3 par le préfet, 7 par le conseil d'administration.

Faculté de médecine de Paris. — M. Maron, docteur en médecine, est nommé préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Carville, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Gatien-Arnoult, député de la Haute-Garonne, a présenté à l'Assemblée nationale un projet de loi pour la création d'une Faculté de médecine à Toulouse.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 3 mai 1872, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier (section de médecine), MM. les docteurs :

Lacassagne (Jean-Alexandre-Eugène), né à Cahors (Lot), le 18 août 1843; Eustache (Gonzague), né à Alignan-du-Vent (Hérault), le 21 juin 1845.

Ces agrégés entreront en activité de service le 1er novembre 1874, pour en sortir le 1er novembre 1883.

Hygiène dans les lycées. — Nous donnerons dans le prochain numéro le texte de l'arrêté que vient de prendre M. le ministre de l'instruction publique, relatif à l'enseignement de l'hygiène dans les lycées.

Société anatomique. *Prix Godard.* — La Société rappelle que le terme pour l'envoi des mémoires destinés au concours du prix Godard (420 francs) échoit le 1er août. En conséquence, les mémoires doivent être déposés le 31 juillet, au plus tard, chez M. Malassez, archiviste de la Société, rue Victor-Cousin, 4.

Nécrologie. — Nous recevons à l'instant la nouvelle de la mort de M. A. Richard, ancien agrégé de la Faculté de médecine, dont la santé inspirait depuis longtemps de vives inquiétudes.

The Dublin, Quaterly Journal of Medical sciende se transforme en publication mensuelle avec le titre de The Dublin, Journal of Medical science.

Elle conserve les revues semestrielles sur l'obstétrique et la chirurgie et offre désormais cet avantage de publier immédiatement les comptes rendus des sociétés scientifiques de Dublin et de donner plus d'étendue à des travaux dont nous apprécions depuis longtemps l'importance.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 1er au 7 juin 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 3.— Rougeole, 24. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 9. — Typhus, 0. — Érysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 38. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 182. — Affections chroniques, 324 (1). — Affections chirurgicales, 54. — Causes accidentelles, 17. — Total, 794.

Londres : Décès du 26 mai au 1er juin 1872, 1336; variole, 37; rougeole, 59 ; scarlatine, 18; diphthérie, 10, croup, 10; coqueluche, 72; fièvre typhoïde, 16; diarrhée, 15; bronchite, 130 ; pneumonie, 72.

Turin : Décès du 20 au 26 mai 1872, 127 ; diphthérie, 1; variole, 3 ; fièvre typhoïde, 2.

(1) Sur ce chiffre de 324 décès, 158 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

L'IVRESSE ET L'ALCOOLISME DEVANT L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

Les lois dirigées contre l'ivresse, l'ivrognerie et les maux qu'elles produisent, ont été, ou peu s'en faut, de tous les temps et de tous les pays ; mais presque toujours aussi ces lois ont été peu ou mal appliquées et sont tombées en désuétude, en sorte que l'on doit périodiquement en faire de nouvelles, en rapport avec l'esprit des temps et les mœurs des nations.

Ces lois sont tantôt préventives, tantôt répressives. Parmi les premières, les unes tendent à prévenir le mal d'une manière indirecte, par exemple en entourant d'obstacles et de charges considérables la fabrication des boissons spiritueuses, en limitant le nombre des débits et celui des heures de vente, en frappant la consommation d'impôts très-lourds et parfois exorbitants; les autres attaquent le mal directement, soit en faisant arracher les vignes de tout un pays, comme cela a été fait jadis plusieurs fois, soit en faisant de l'abstention complète de boissons alcooliques une obligation religieuse et politique, comme l'a fait le Coran, soit enfin en prohibant, d'une manière absolue, la fabrication et la vente au détail des liqueurs enivrantes, comme ont essayé de le faire, depuis une vingtaine d'années, plusieurs États de l'Amérique du Nord, en adoptant des lois prohibitives qui sont désignées sous la dénomination collective de *Maine Liquor Laws*, parce que ce fut l'État du Maine qui, le premier, entra dans cette voie, en 1846.

Les lois répressives font de l'ivresse elle-même une contravention, un délit ou un crime, et la punissent d'une manière parfois bien sévère : A Rome, il était absolument interdit aux femmes de boire du vin, et le mari avait le droit de mettre à mort celle qui s'enivrait; en Turquie, Soliman Ier faisait couler du plomb fondu dans la bouche des buveurs; en France, l'édit de François Ier, de 1536, se contentait de leur faire couper les oreilles. Dans les temps modernes, les lois, plus clémentes, se bornent à punir l'ivresse publique de légères amendes et de quelques jours de prison : c'est ainsi que les choses se passent depuis longtemps en Angleterre; il en est de même en d'autres pays, notamment dans l'Amérique du Nord.

En France, aucun des édits rendus par l'ancienne monarchie, sur cette matière, n'a survécu à la grande révolution de la fin du dernier siècle, et l'ivresse ne figure nulle part, dans nos codes nouveaux, à titre de faute punissable.

Convenait-il qu'il en fût ainsi, en présence de l'augmentation progressive de la consommation des liqueurs enivrantes, de la multiplicité sans cesse croissante des cabarets ou débits de toute sorte, de la fréquence de plus en plus grande des cas graves d'intoxication alcoolique ?

S'il peut y avoir eu longtemps des doutes à cet égard, l'hésitation devait cesser après les terribles événements de 1870-1871, pendant lesquels les désordres causés par l'ivresse, dans les rangs de l'armée aussi bien que dans ceux de la population civile, avaient si souvent ajouté la honte du scandale aux autres maux de la patrie, et surtout après la grande insurrection de Paris, dont un si grand nombre de partisans avaient, pour ainsi dire, élevé l'ivresse et l'orgie à l'état d'une institution permanente.

Aussi, immédiatement après la chute de la Commune, quelques députés prirent-ils l'initiative de soumettre à l'Assemblée nationale un projet de loi tendant à la répression de l'ivresse publique (1). Leur proposition était du reste très-modeste; elle se contentait de soumettre, conformément à l'article 471 du Code pénal, à une amende de 1 à 5 francs : « Ceux qui seront trouvés en état d'ivresse dans les rues, chemins et lieux publics; les cafetiers, cabaretiers et autres débitants qui auront laissé les consommateurs boire jusqu'à l'ivresse, qui auront reçu chez eux des gens ivres ou des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis, non accompagnés de leurs parents, » et de permettre aux tribunaux de prononcer, indé-

(1) Proposition de MM. Vilfou, Albert Desjardins, Gaultier de Vaucenay, Borel-Lajanadie, Bigot et Bompard (séance du 6 juin 1871).

FEUILLETON.

Étude sur la prostitution en Chine.

Dans un ouvrage chinois attribué à Hoangti, qui régnait en 2630 avant J. C., on trouve un chapitre consacré à une maladie *provenant du contact impur d'un sexe avec l'autre*. — La haute antiquité de cet ouvrage prouverait donc que la maladie vénérienne existe depuis longtemps dans la race jaune.

Lorsqu'on connaît le peu d'ardeur des Chinois pour l'hygiène privée, on ne résiste guère à considérer ce fait au moins comme vraisemblable.

D'un autre côté, ce que nous savons des mœurs conjugales tend à faire croire que l'affection n'a jamais dû revêtir ce caractère de généralité qui tend si malheureusement à s'accroître chez les nations les plus civilisées. En effet, l'état de semi-réclusion où vivent les femmes, la sévérité de la législation pour l'adultère et les intrigues avec les femmes en général (ainsi s'exprime la législ., art. 366, section des *lois criminelles*), la précocité des unions, leur fécondité excessive, toutes ces conditions constituent autant de chances défavorables à la propagation d'un mal qui tient une si large place parmi les causes de la dégénérescence des races.

Or, si l'antiquité de la syphilis chez les Chinois est un fait historique avéré, et si, d'autre part, la race s'est conservée durant tant de siècles, saine et robuste, nous sommes autorisés à penser que le mal n'a jamais rencontré un terrain propice à sa diffusion; en d'autres termes, le tempérament organique de la race aurait pu réagir contre les conséquences de ce mal.

Il se pourrait aussi que la constitution sociale lui ait opposé une digue et que des mesures administratives en aient prévenu l'extension. Il nous est bien difficile de suivre cette af-

pendamment de l'amende, un emprisonnement de trois jours au plus (art. 473) « contre les débitants qui auront reçu chez eux des individus en état d'ivresse ou des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis, non accompagnés de leurs parents. »

La quatrième commission d'initiative parlementaire exprima, par la voix de M. de la Sicotière (1), un avis favorable à la proposition, se fondant sur « le développement inouï, scandaleux qu'ont pris les habitudes d'ivrognerie dans certaines contrées de la France et les ravages qu'elles produisent dans l'ordre social »; mais en même temps le rapporteur, portant ses vues plus loin que le projet primitif, indiquait plusieurs autres moyens à diriger contre le mal qu'il s'agissait de combattre, notamment « l'interdiction momentanée, contre les gens condamnés pour ivrognerie, du droit de suffrage ou du droit de port d'armes ».

C'est en présence de ce programme, considérablement élargi, que fut nommée une commission (2) chargée, en réalité, d'étudier la question dans tous ses détails et de soumettre à la Chambre les éléments d'une législation complète sur la matière. Bientôt cette commission fut saisie d'un projet qui mérite d'autant plus l'attention du corps médical que, rédigé par l'un de ses membres les plus distingués, M. le docteur Th. Roussel, député de la Lozère, il traite la question avec toutes les ressources et toutes les lumières fournies par l'étude de la pathologie. Ce qui fait l'originalité des vues de M. Th. Roussel, c'est précisément qu'elles émanent de sa double compétence de député et de médecin; aussi put-il, avec le même à propos, les porter à la tribune de l'Assemblée et à celle de l'Académie de médecine : le savant mémoire qui constitue l'exposé des motifs de son projet de loi, fut lu par lui, à l'Académie de médecine, dans sa séance du 8 août 1871, et la Gazette en a publié alors de très-longs extraits auxquels nos lecteurs peuvent se reporter (3). Nous nous contenterons de rappeler ici, en quelques mots, que M. Roussel insiste surtout sur la distinction à établir entre l'ivresse, qui peut n'être qu'un accident transitoire, disparaissant sans laisser de traces bien appréciables, et l'alcoolisme, intoxication lente, chronique, due à la consommation quotidienne, longtemps prolongée, d'une quantité d'alcool qui peut n'enivrer jamais, mais qui, par une action progressive et accumulée, produit la perversion ou l'abolition de toutes les facultés physiques, intellectuelles et morales, et qui, portant encore plus loin ses ravages, frappe de mort prématurée ou d'infirmités congénitales et incurables les enfants de ceux qui en sont atteints. Au point de vue de l'ordre et de la tranquillité des rues, l'ivresse seule paraît un mal; au point de vue des conséquences hygiéniques sociales et politiques, l'alcoolisme en est un infiniment plus dangereux et plus destructeur.

(1) Séance du 20 juillet 1871.

(2) Cette commission est ainsi composée : MM. Laboulaye, président, Gallichot, de Cintré, Th. Roussel, Bigot, de Pressensé, Millaud, Palissier, Schœlcher, Bompard, Steinheil, Claude (des Vosges), Lacaze, de la Sicotière, Desjardins, rapporteur.

(3) Voy. *Gazette hebdomadaire*, 1871, p. 453.

C'est donc lui surtout qu'il faudrait atteindre et réprimer, et c'est le but que s'est proposé M. Roussel; mais, il faut bien le reconnaître, les difficultés d'exécution sont excessives. Quelle prise, en effet, peuvent donner à l'action des lois les débuts et les progrès lents d'une intoxication chronique dont les ravages sur l'organisme ne se manifestent que d'une manière insidieuse, graduelle et longtemps discutable? Rien évidemment dans tout cela qui soit légalement saisissable, et cependant c'est bien là le fléau qui menace la société. Aussi quoiqu'il ait commencé par établir d'une manière fort juste que l'alcoolisme peut se produire et arriver à un degré très-avancé, sans se manifester jamais par l'ivresse proprement dite, M. Roussel n'en a pas moins été réduit, pour l'atteindre, à s'en prendre à cette seule manifestation, qui fait souvent défaut, l'ivresse publique fréquemment réitérée. Pour elle, il propose une nouvelle dénomination juridique et une nouvelle pénalité; on désignerait sous le nom d'*ivrogne d'habitude*, tout individu trouvé en état d'ivresse plus de trois fois dans le cours d'une année, plus de cinq fois en deux ans, plus de six dans sa vie; et l'on infligerait à tout ivrogne d'habitude, outre l'amende et la prison, l'interdiction partielle ou totale, suivant les cas, des droits civiques, civils et de famille, et, dans tous les cas, au moins l'interdiction du droit électoral pour une durée de deux à cinq ans. Les mêmes peines seraient applicables à tout individu traduit en justice pour un délit ou un crime commis en état d'ivresse, et à tout individu inculpé d'un délit ou d'un crime commis hors de l'état d'ivresse proprement dite, s'il résulte de l'instruction de la cause qu'il est adonné à l'ivrognerie. M. Roussel propose, en outre, de faire prononcer l'*interdiction judiciaire* « toutes les fois que, dans une poursuite correctionnelle, civile ou criminelle, l'état d'alcoolisme de l'inculpé étant bien prouvé, il n'y a pas lieu de le mettre hors de cause par l'application pure et simple de l'article 64 du Code pénal, et d'ordonner sa séquestration pour

---

fection dans sa marche à travers le passé; mais pour ce que nous en voyons actuellement, nous sommes convaincu qu'elle est loin d'être aussi répandue et aussi grave qu'en Europe; ce qui, à notre avis, s'explique par les conditions idiosyncrasiques propres à la race jaune.

Il convient cependant de faire une distinction.

Qu'il y ait encore litige au sujet de l'identité entre les virus blennorrhagique et syphilitique, il n'en est pas moins vrai que chacun de ces virus donne lieu à des manifestations distinctes. Les accidents consécutifs à l'ulcère syphilitique ne sont pas semblables à ceux qui succèdent à une inflammation uréthrale simple.

Or, cette dernière est fréquente parmi les Chinois, tandis que les effets qu'on rattache au virus syphilitique sont infiniment plus rares; nous ajouterons même que souvent le flux blennorrhagique ne résulte que du défaut de soins locaux.

Mais le point sur lequel nous insistons, c'est que l'idiosyncrasie de la race n'offre point au virus spécifique un terrain favorable, et bien que, à cet égard, notre expérience soit insuffisante, nous pouvons apporter un certain nombre d'observations dans lesquelles il nous a été prouvé que le sujet chinois ayant donné la syphilis à un sujet européen, ne présentait pas cependant de signes extérieurs bien sérieux, tandis que le sujet contaminé voyait son affection parcourir toutes ses phases, et que ces accidents eussent revêtu un caractère grave sans l'intervention d'une médication appropriée.

Notre conclusion est donc celle-ci : La race jaune possède une aptitude moindre à la syphilis que la race blanche.

Il est un fait certain, c'est que la maladie (excepté dans les ports et les points ouverts aux Européens) est assez peu répandue chez les Chinois.

Maintenant, existe-t-il des mesures émanant de l'autorité? Quelle est la valeur de ces mesures? En un mot quel est l'état de la prostitution en Chine?

Il nous est difficile de demander aux annales du passé des témoignages de l'existence de la prostitution en Chine.

cause de démence; elle devrait être, dans ce cas, réclamée d'office par le ministère public. Dans les cas de sévices, de violences, de désordres ruineux pour les familles et dûment établis, quoique non poursuivis, elle devrait pouvoir être prononcée sur la demande des familles ».

La commission de l'Assemblée nationale a, par l'organe de son rapporteur, M. Albert Desjardins (5), rendu pleine justice aux intentions de M. Th. Roussel; mais elle n'a pas cru devoir proposer à la Chambre d'adopter tous ses projets d'innovation. En ce qui concerne l'imputabilité des crimes et délits commis dans l'état d'ivresse, elle a pensé qu'on devait laisser entière la liberté des tribunaux qui résolvent chaque jour les questions de ce genre; quant aux habitudes journalières de boisson et à l'intoxication alcoolique chronique qui en est la suite, il ne lui a pas paru qu'un état pathologique pût devenir l'objet de mesures répressives, qu'une perversion lente et latente de la raison pût être érigée en un délit ou une contravention. Sans méconnaître la nature et l'étendue du mal, elle n'a pas cru qu'il fût de sa compétence de l'attaquer; elle en a laissé le soin, soit à ceux qui voudraient proposer d'étendre les conditions propres à permettre l'interdiction, en ayant en vue notamment l'article 491 du Code pénal, soit à une révision prochaine de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Le projet de loi proposé à la Chambre par la commission, se compose de 15 articles, dont voici un résumé rapide : L'ivresse manifeste est considérée, pour les premières fois, comme une contravention punissable d'une amende de 1 à 5 francs (art. 1er); lorsqu'il y a deux récidives en moins de trois ans, elle devient un délit passible d'une amende de 16 à 300 francs, et d'un emprisonnement de six jours à un mois; lorsqu'après un premier jugement correctionnel, il y a nouvelle récidive en moins de deux ans, les peines précédemment indiquées peuvent être doublées (art. 2) et aggravées de la privation des droits : 1° de vote et d'élection ; 2° d'éligibilité; 3° d'être appelé ou nommé aux fonctions publiques et aux emplois d'administration, ou d'exercer ces fonctions ou emplois ; 4° du port d'armes pendant deux ans. Sont également passibles d'abord de l'amende simple, puis de l'amende et de l'emprisonnement, enfin de la privation des droits sus-indiqués, selon le nombre des offenses ou la gravité des cas, tout électeur qui se présentera au lieu du vote, tout témoin qui se présentera à la cour d'assises, en état d'ivresse manifeste; tout maire, adjoint, conseiller municipal qui sera en état d'ivresse manifeste, dans l'exercice de ses fonctions (art. 4); les cafetiers, cabaretiers et autres débitants qui auront laissé les consommateurs boire jusqu'à l'ivresse, qui auront reçu chez eux des gens ivres, qui auront donné à boire à des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis et non accompagnés (art. 5, 6, 7); les personnes qui n'ayant pas d'autorité sur un mineur âgé de moins de seize ans accomplis, l'auront conduit ou accompagné dans un débit pour lui faire donner à boire ou le faire boire jusqu'à l'ivresse (art. 8 et 9). Le texte de la loi doit être affiché dans tous les débits de boissons (art. 14), et les garde-champêtres sont chargés de rechercher, concurremment avec les autres officiers de police judiciaire, les infractions commises contre elle (art. 15).

(1) Voyez le *Journal officiel*, nos des 7 et 8 février 1872.

C'est en cet état que la question fut soumise à la Chambre par la commission ; une première lecture, sans discussion, eut lieu le 16 février. La seconde délibération a eu lieu dans les séances des 23 et 24 avril et elle a été l'occasion de débats dont nous rendrons compte dans un prochain article.

ACH. FOVILLE fils.

L'Académie des sciences, dans un second comité secret, a terminé lundi la discussion engagée tant sur le mérite respectif des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, que sur la question de principe rattachée à cette élection. Nous ne serons que l'écho d'un sentiment très-répandu, en disant que, grâce surtout au talent et au bon sens de M. Larrey, et malgré l'insistance de MM. Leverrier et Cl. Bernard, les droits de la science appliquée ou, si l'on veut, de la chirurgie à la fois scientifique et pratique, triompheront lundi prochain de la tentative d'exclusion dont ils ont été l'objet. (Voy. au *Compte rendu* de la séance).

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA MOELLE. — DE L'OSSIFICATION DE LA MOELLE, d'après les pièces anatomo-pathologiques du docteur Demarquay (1), par Paul REDARD.

La moelle est-elle, oui ou non, un agent actif d'ossification ?...

(1) M. Demarquay a fait dans son laboratoire des recherches fort importantes sur le rôle physiologique de la moelle, et sur les altérations qu'elle peut subir en pathologie. Un traité spécial réunira tous les résultats obtenus.

Est-il permis de poser comme axiome que là où il y a servitude, il doit y avoir infamie ?

Il est vrai que dans les sociétés européennes où la femme n'est point esclave, la prostitution n'en existe pas moins : si on la rencontre dans les classes inférieures presque exclusivement, c'est que là, à défaut d'esclaves, il y a la misère. Les impures de toutes catégories en sont presque toutes sorties.

Si en Chine la prostitution est reléguée dans les échelons inférieurs de la société, c'est que dans les autres elle est matériellement impossible.

Les Chinois ont mutilé les pieds de leurs femmes pour se préserver de leurs écarts; ils ont fait des lois terribles contre l'adultère, montrant par là leur médiocre confiance dans la nature morale de la femme. Le plus grand de leur philosophe la jugeait ainsi : Les enfants des concubines appartiennent à la femme principale qui, seule, a droit au titre de mère, au respect des enfants et au deuil.

Le grand historien Marco Polo, dans ses écrits, mentionne très-explicitement l'existence de la prostitution : « Dans la ville du grand Khan, dit-il, il n'y a que dans les douze faubourgs en dehors des douze portes qu'il est permis à toute femme pécheresse de son corps d'habiter et de se livrer à la prostitution ; car, je vous le dis pour certain, elles sont plus de 20 000 qui *font pour monnaie de leur corps et trestouz treuvent à gaignier.* »

Plus tard, à l'époque des missionnaires, elles étaient frappées du même ostracisme. Au tome XIII, page 483 de l'HISTOIRE DE LA CHINE, il est dit : « Nulle femme publique ne peut habiter dans l'enceinte des villes; mais on leur permet de séjourner hors des murs. »

A la section 374 des lois criminelles, il est dit : « Tout officier du gouvernement et les fils de ceux qui possèdent des rangs héréditaires ne doivent pas fréquenter la compagnie des prostituées ni des actrices, sous peine de recevoir soixante coups. Toute personne qui aura négocié cette fréquentation subira la même peine à un degré moins. »

Voilà certes une question à laquelle il nous est encore difficile de répondre, et malgré les belles recherches de M. Ollier sur ce point, nous trouvons des noms si grands dans la physiologie expérimentale de cette question, qu'il nous est permis de nous arrêter indécis; et lorsqu'une idée a pour défenseur des Haller, des Duhamel, des Dethlef, des Flourens, on ne doit pas se hâter de conclure, et ce n'est qu'après des expériences consciencieuses et répétées, des examens histologiques multiples, que l'on peut juger sainement. Certes, la pathologie normale et expérimentale n'est pas encore, il est vrai, à l'état de science constituée, elle a cependant fait des progrès immenses, et la période scientifique que nous traversons est une période de contrôle; mais, à notre avis, expérimenter ne suffit pas, et toute expérimentation qui ne s'appuie pas sur les autres sciences, ses sœurs, ne nous conduira jamais à la vérité. Les sciences d'observation, à mesure qu'elles progressent, sont fécondes en résultats, et l'on pourrait s'avancer jusqu'à dire que dans certains cas elles deviennent explicatives des phénomènes de la vie. Si nous prenons comme exemple le sujet que nous allons exposer, nous verrons que là, en effet, l'expérimentation avait conduit Troja, Ollier à des résultats remarquables, il est vrai; mais nous n'avons eu des données certaines que le jour où, partant de la nature cellulaire des corpuscules osseux, nous avons vu, sous le champ du microscope, la moelle se transformer en ostéoplastes radiés et devenir, par la formation d'une substance intercellulaire nouvelle, véritable substance osseuse. Lorsqu'à l'aide d'un instrument grossissant nous avons, pour ainsi dire, assisté à toutes ces transformations admirables, les résultats obtenus par l'expérience se sont expliqués d'eux-mêmes, et un grand nombre de conséquences nous sont apparues. Pourra-t-on nier dans ce cas que la *science d'observation* ne nous ait pas expliqué, comme l'expérimentation, les phénomènes qui se rattachent à l'évolution osseuse? L'expérimentation trop rarement, il est vrai, devient le contrôle de l'observation, et les différentes phases par lesquelles est passé notre sujet, les incertitudes nombreuses ne cesseront que le jour où l'anatomie et l'histologie, nous prêtant leur autorité, permettront d'expliquer les faits jusque-là discutés.

Nous examinerons d'abord, et nous suivrons en cela la voie des physiologistes et des pathologistes, les résultats fournis par l'expérimentation normale et pathologique; nous chercherons à mettre d'accord les résultats obtenus avec ceux, encore malheureusement bien indécis, fournis par l'histologie et l'anatomie de la moelle.

Les premiers travaux, nous devons le reconnaître, ont été en grande partie favorables à l'ossification de la moelle; puis est venue une période de réaction, où toute propriété ostéogénique était enlevée à la moelle. Les travaux récents semblent nous ramener en partie vers les résultats obtenus au début. Singulière destinée que celle des résultats obtenus par la physiologie expérimentale, aujourd'hui positifs, demain négatifs, disent certains observateurs. Non, les résultats obtenus par une expérimentation bien conduite sont immuables; les faits restent, les théories seules peuvent changer. C'est à tort que l'on a accusé l'expérimentation, il aurait mieux valu accuser les expérimentateurs inhabiles qui, fournissant des faits inexacts, ont donné une base sans valeur aux théories que l'esprit de l'homme réclame avec instance.

Duverney (1) s'est principalement occupé de la moelle, et ce physiologiste n'a pas jeté un grand jour sur la question. Son titre le plus évident c'est d'avoir signalé la sensibilité du tissu médullaire.

Mais nous arrivons tout de suite à Duhamel, et là nous trouvons des découvertes remarquables.

Duhamel découvrit une des propriétés du périoste, sa propriété *ostéogénique*, se fondant en grande partie sur ses expériences pratiquées avec la garance, où il avait vu la couche la plus colorée être située sous le périoste. Il comparait, en outre, l'accroissement des os à l'accroissement des végétaux. Suivant lui, la couche profonde d'écorce, le *liber*, se formait aux dépens du *cambium*, puis la couche la plus profonde du *liber* se transformait en aubier l'année suivante. De même, disait-il, le suc nutritif forme incessamment de nouveaux feuillets de périoste qui se transforment en os. Mais, il faut le reconnaître, et déjà R. Owen l'avait reproché à Duhamel, la prétendue transformation du *liber* en aubier, du périoste en os, est tout à fait imaginaire.

Non-seulement Duhamel fait jouer un rôle au périoste (non un rôle exclusif, comme on l'a dit), mais il considère le rôle de la moelle comme très-important et servant d'une façon efficace à la formation du cal, et, *comme le périoste*, il croit qu'elle peut devenir osseuse. Il avait, en effet, vu sur des fractures le canal médullaire se remplir de suc osseux. Duhamel modifia ses idées sur la propriété du périoste, et nous voyons qu'il publia en 1757, dans le JOURNAL DE LA MÉDECINE, que, *pour éviter toute chicane*, il ne prétend point assurer que tout le périoste s'ossifie toujours.

(1) Bien avant Duverney, nous voyens les physiologistes indécis dire, les uns : que la moelle n'est pas la nourriture des os; les autres, que la moelle sert de nourriture à l'os. Nous avons retrouvé une série de mémoires fort curieux, intitulés : *Paradoxe que la moelle n'est pas la nourriture des os*, par Jacques de Marque, maistre Barbier, 1606; *Réponse au paradoxe*, par Jean Lanay; *Traicté médullaire auquel est amplement prouvé que la mouëlle n'est pas la nourriture des os*, par Jacques de Marque, 1609; *Le triomphe de la mouëlle*, par Jean Lanay, 1609. Jacques Demarque dit que la moelle *est l'excrément de l'os*. Lanay, au contraire, prétend que : « la mouëlle s'espand *en toute substance* de l'os..., dans les concavités et porosités de l'os. » Suivant Lanay : « L'os se soude et cimente du cal, au moïen de l'humeur qui flue du dedans de l'ors, lequel humeur est la moelle, » et encore : « la mouëlle s'espand iusques en *sa superficie externe*. » Si les derniers résultats histologiques nous montrent que l'os est baigné par de la moelle, ne devons-nous pas être étonnés que Lanay prétende aussi, en 1600, que la moelle arrive jusqu'à la superficie externe de l'os. On peut s'apercevoir aussi que l'on pensait à cette époque, comme Dethleef l'avait prétendu plus tard, que le cal était en partie formé par la moelle.

Voilà un texte de loi qui montre à quel point le gouvernement veille à la moralité de ses employés.

Nous sommes loin de nier que, dans les temps passés, cette juste sévérité et ces sages précautions se soient exercées; mais nous sommes également convaincu qu'elles sont aujourd'hui tombées en désuétude.

D'abord cette exclusion des prostituées hors de l'enceinte de Pékin, pratiquée du temps de Marco Polo, n'existe plus. Les maisons publiques se sont peu à peu rapprochées et ont fini par entrer dans la ville où on les voit en maints endroits. Quelque délicate que soit cette question, nous sommes forcé d'entrer dans quelques détails, afin de ne laisser aucun doute sur l'existence d'un fait qui vient apporter une preuve de plus au triste état de choses de la Chine en général, et de la capitale en particulier.

Ici se place une distinction importante à faire ressortir entre la tolérance à l'égard de la prostitution et le sentiment qu'elle inspire à l'opinion publique.

Il semble tout d'abord que la flétrissure imprimée à l'être qui se prostitue doit être en raison de sa valeur sociale, de la considération dont il est entouré, en un mot, de son degré d'émancipation.

En somme, la polygamie n'est autre chose qu'un rudiment de prostitution. Au point où en est aujourd'hui l'humanité, la monogamie ne se rencontre que chez les peuples les plus civilisés; et ce ne sont pas les grotesques protestations de quelques milliers de Mormons qui feront dévier les sociétés modernes. Mais si la prostitution existe au milieu d'elles, elle n'en est pas moins considérée comme une fatalité, un mal nécessaire; elles vont même jusqu'à se la reprocher mutuellement, chacune faisant d'ailleurs de constants efforts pour la réglementer, s'en emparer et la soumettre à une surveillance qui en amoindrisse les conséquences funestes pour la morale et la santé publique.

Or, pour en revenir aux peuples de l'extrême Orient, comment flétriraient-ils un être qu'ils traitent à l'égal d'une chose?

La moelle est pour Duhamel un *périoste interne;* nous verrons plus loin que nous pourrions dire avec plus de chance de vérité que le périoste est une *moelle externe.*

Ces résultats émurent beaucoup les savants, qui la plupart acceptèrent sans conteste les idées de Duhamel. Ce furent Hunauld, Swenke, Monroo, Bertin, Lasjono, Petit, Palfin.

Mais à Lausanne l'accueil fut loin d'être sympathique. La régénération des os ne fut pas acceptée partout, et nous voyons, bien des années après ces découvertes, des médecins nier jusqu'à l'évidence, et Brun (de Toulouse), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, prononce un discours très-violent contre les partisans de la régénération. De toutes parts on se mit à l'œuvre, les uns dans l'intention d'approuver Duhamel, les autres, parmi lesquels nous citerons Haller, dans l'intention bien arrêtée de combattre Duhamel. De là de nouvelles expériences qui ont permis à la science de faire d'abondantes moissons. Haller et Dethlef, à qui l'on doit de belles expériences sur le cal, expliquent les ossifications par la sécrétion du suc osseux, et ils croyaient, eux aussi, que la moelle était un agent actif de réunion dans les fractures. «Le périoste n'a aucune part dans la réunion de l'os et n'est pas attaché au cal. »

Detlhef parle d'une matière gélatineuse qui s'écoule par les extrémités fracturées, et il dit souvent que cette colle observée *sortait principalement de la moelle.* Il est évident que Detlhef dépouille le périoste à l'exclusion de la moelle, et croyait que les ossifications nouvelles s'effectuaient aux dépens du suc plastique exhalé des vaisseaux. C'était aussi du reste l'opinion de Troja.

Bordenave, dans un rapport envoyé à l'Académie, ne fait jouer au périoste qu'un rôle très-secondaire.

Pour Bordenave, le cal est fourni par un suc gélatineux épanché des vaisseaux rompus; ce suc prend la forme du cartilage, puis, dans ce dernier, des vaisseaux se développent qui déposent la matière osseuse. Pierre Camper fait jouer dans le cal un rôle à l'allongement des lamelles osseuses enlevées.

Troja fit à son tour des expériences que nous aurons à examiner, et desquelles il conclut que la moelle est un agent d'ossification. Il a pu à plusieurs reprises obtenir la formation d'un os nouveau dans le canal médullaire.

Après un intervalle assez long, nous voyons éclore le travail de Bernhard Haye (de Wursbourg), dont les expériences furent bientôt connues en France. Voici les conclusions de ses expériences, qui consistaient à conserver tantôt le périoste, tantôt à enlever cette membrane :

« Les parties qui concourent à la régénération de l'os sont :

» 1° Le périoste et les appendices membraneux;

» 2° Les os eux-mêmes, avec la membrane médullaire, gaîne de ses appendices;

» 3° Les parties molles environnantes, quand on a enlevé l'os entier avec le périoste et qu'il ne reste plus que quelques vestiges de cette membrane avec les muscles et les tendons environnants. »

Rhalesky met ces expériences à profit et conserve le périoste dans une opération.

En France, nous voyons Jobert (de Lamballe) s'élever vivement contre l'ossification de la moelle dans la nécrose. La moelle résorbe l'os; le périoste, d'après lui, le formerait et le réparerait.

Un chirurgien anglais, Stanley, partage complétement l'opinion de Jobert (de Lamballe), et dit que la moelle ne peut produire de l'os.

En 1778 parut un mémoire remarquable sur la régénération des os, de Vigarono. Il dit explicitement dans ce mémoire que le périoste est d'une nécessité absolue pour consommer l'œuvre de la reproduction.

Bichat fait, comme Bordenave, jouer à la moelle un rôle très-important dans la nutrition des os.

J. Hunter assimile le suc osseux à la lymphe coagulable sécrétée par l'inflammation. C'était évidemment un point important signalé, et nous verrons plus loin que nous attribuons une influence capitale à l'inflammation favorisant la transformation de moelle en tissu osseux ; *l'irritation ossifique*, comme l'appelait Hunter, joue un grand rôle. Du reste, Hunter n'attribuait pas au périoste la seule faculté de produire de l'os.

Charmeil fit de nombreuses expériences sur des pigeons, dans lesquelles il vit des os nouveaux se reproduire, malgré l'ablation totale de la moelle et du périoste. Michel de Médici fit voir plus tard qu'en enlevant un fragment de côte d'un mouton, le périoste compris, au bout de quatre ans la perte de substance était totalement comblée.

Flourens, en 1840, prononce des paroles émettant l'opinion que la membrane médullaire et le périoste sont analogues; ce sont pour lui deux organes parfaitement identiques :

« La membrane médullaire est l'organe qui résorbe les couches internes de l'os.

» La membrane médullaire produit l'os comme le produit le périoste.

» Le périoste et la membrane médullaire sont donc un seul et même organe. »

Lambron, dans une thèse fort remarquable (1842) sur le cal, nous dit «que des bourgeons charnus se développent non-seulement sur la surface de la brisure, mais encore sur la surface *intérieure* ou *médullaire* de la diaphyse, de sorte que le canal médullaire est oblitéré par une ossification nouvelle. » Et il ajoute, fait très-important pour nous : «Ceci s'observe dans les cas où la suppuration a été longue *et l'inflammation chronique,* comme dans les fractures par coups de feu. » Il pense, et nous croyons qu'il a tort, que le cal intérieur persiste indéfiniment.

Lorsqu'une jeune fille sort de ce qu'on appelle une Maison de thé où elle a séjourné pour apprendre les bonnes manières en compagnie intime d'une clientèle d'hommes, elle n'est nullement déconsidérée ; au contraire, elle trouve un parti d'autant plus beau que son éducation est plus complète.

Chez les Chinois, la prostituée de profession n'est pas l'objet de la même réprobation que chez nous. Cet ostracisme dont parle Marco Polo ne prouve pas que le sentiment moral soit à l'égard de la prostitution ce qu'il est en Europe.

Le mal physique qui est ou peut être la conséquence de la pratique, est la chose qu'on veut surtout empêcher. En un mot, c'est une question sanitaire qu'on veut résoudre; chez nous cette question joue assurément un grand rôle, mais elle est dominée par la question morale.

La première est, de plus en plus, l'objet de la sollicitude des gouvernements et des administrations qui, chaque jour, déploient une activité nouvelle.

Si les grands problèmes de l'éducation et de la moralisation des masses viennent un jour à recevoir une heureuse solution, ce jour-là la prostitution sera frappée d'un coup mortel. Personne ne nous contredira sur ce point; car, combien sont tombées faute de soutien et se sont abîmées sous le poids de l'effort impuissant, avant d'avoir été marquées par le stigmate de l'infamie !

Sans doute, il y a des mouvements passionnels qu'il sera toujours difficile de contraindre et qui seront la source d'écarts regrettables. Mais la prostituée, resserrée dans d'étroites limites, n'offrira plus ces spectacles qui sont la honte des nations civilisées. En un mot, quelle que soit l'intensité de la prostitution chez un peuple, la flétrissure qui lui est imprimée est en raison de la considération dont jouit la femme et de l'importance qu'elle a dans la famille et la société.

Les établissements de Pékin peuvent se diviser en *publics* et *privés.*

La première catégorie ne se rencontre que très-peu dans

MM. Breschet et Villermé avaient fait voir que l'ossification extérieure à l'os et celle qui se fait dans la cavité médullaire se résorbent lorsque le cal définitif est formé.

Albrecht Wagner, dans un travail intitulé : Ueber d. Heilungsprosen nach Resection und Extirpation der Knochen, nous parle de la sécrétion d'un bouchon osseux par la moelle.

Enfin Broca, en 1856 et en 1859, s'élève avec énergie contre ceux qui veulent faire du périoste un agent exclusif d'ossification ; il accorde une grande part à la moelle. Cependant les données anatomiques de cette époque ne lui avaient pas fourni des preuves bien convaincantes, et son assertion n'était pas accompagnée de faits assez probants.

Ollier, dans plusieurs mémoires, enrichissant toujours les phénomènes physiologiques dont la moelle est le siége, nia, s'appuyant sur des expériences que nous aurons à examiner, que la moelle puisse s'ossifier *à l'état normal ;* il ne nie pas le fait à l'état pathologique. La moelle, pour M. Ollier, ne peut s'ossifier que dans certaines conditions pathologiques. La transformation des éléments de la moelle ne peut se faire que sous l'influence de l'irritation du tissu. Mais les recherches de M. Ranvier ont jeté un jour tout nouveau sur la question, en démontrant que le tissu osseux est directement formé par les médullocelles ou cellules embryonnaires de la moelle.

Le rôle que joue la moelle n'est pas mis en évidence depuis longtemps ; son importance avait été négligée, et comme preuve nous citerons la phrase suivante, trouvée en 1866 dans un mémoire couronné par l'Académie, où M. Marny dit, à propos des conclusions de M. Ollier : *La conclusion de M. Ollier nous paraît très-contestable ; il admet que par suite de l'irritation du tissu propre de la moelle ou du tissu osseux lui-même, la moelle s'ossifie : elle peut même s'ossifier lorsqu'elle est isolée du tissu osseux qui l'entoure.*

M. Goujon, dans un mémoire présenté pour le concours de physiologie à l'Académie des sciences, en 1868, est venu démontrer que la moelle transplantée se transforme en os comme le périoste.

Baikow, plus récemment, en 1870, a pu constater les mêmes résultats que cet auteur.

Ces deux derniers faits, on le voit, renversent l'argument tiré de l'absence de formation osseuse dans les transplantations de la moelle.

Et nous trouvons dans les conclusions de M. Goujon que « la moelle osseuse produit du tissu osseux par elle-même comme en produit le périoste.

» On peut obtenir la reproduction d'une partie reséquée, bien qu'on ait enlevé le périoste.

» La moelle des os est indispensable dans une réparation osseuse ; dans le cal, en particulier, elle joue le rôle le plus actif. »

Examinons les procédés dont se sont servis les physiologistes pour démontrer le rôle, soit du périoste, soit de la moelle, dans les ossifications, et d'abord la coloration des os par la garance.

La coloration des os par la garance, dont s'est le premier servi Duhamel dans ses expérimentations sur les os, n'est pas, croyons-nous, un moyen logique de démonstration de la formation osseuse, soit par le périoste, soit par la moelle, et nous allons nous expliquer à cet égard. Voici, en somme, les faits sur lesquels se sont appuyés Flourens, Brullé d'Hugeny et d'autres.

Ces expérimentateurs avaient observé que lorsqu'on soumet un animal au régime garancé, et cette expérience peut se renouveler facilement, « à part le bec et les ongles », comme le dit Duhamel, tous les os sont colorés en rouge. A l'intérieur de la diaphyse se trouve une couche uniformément colorée en rouge, variable quant à l'épaisseur ; mais si maintenant on vient à supprimer le régime garancé, on observe à l'intérieur du cercle nuancé un cercle blanc en partie décoloré. Jamais, M. Ollier insiste sur ce point, le cercle concentrique au cercle nuancé en rapport avec le canal médullaire n'est complétement *décoloré*. Partant de ces faits, les physiologistes ont dit que le cercle rouge s'était formé pendant la période d'alimentation par la garance, le cercle intérieur pendant la période du régime ordinaire. Ce n'est évidemment, disent-ils, que la moelle qui contribue, comme le périoste, à l'accroissement en épaisseur des diaphyses.

Ce raisonnement paraît au premier abord très-logique, mais si nous examinons de plus près la question, nous verrons que les expérimentateurs ne se sont pas occupés assez du mécanisme de la coloration.

Gibson dit formellement que la coloration des os n'a pas de rapport avec la matière colorante dissoute dans le sang. La matière colorante s'unit-elle avec les éléments anatomiques au moment où, après leur transformation, ils commencent leur vie comme partie essentielle de l'os, ou bien est-elle transportée par le courant sanguin ? Cette dernière opinion est la vraie : la matière colorante dissoute dans le sang court avec lui et, au contact du phosphate de chaux, comme l'a démontré Rutherfort, se dépose en formant des plaques. Plus la partie sera vasculaire, plus la matière colorante se déposera en abondance, et l'on comprend que la partie de l'os qui se colore le plus est celle qui touche à la moelle.

MM. Serres et Doyère ont démontré en outre que la marche de la coloration est en rapport avec la vascularité du tissu. — Mais si le régime garancé est supprimé, le sang reprendra facilement ses particules colorantes, et balayant fréquemment les parties les plus vasculaires, les privera de leur substance colorante, et c'est pourquoi les limites du canal médullaire seront décolorées.

---

la ville tartare, par cette raison que le gouvernement (on sait que la dynastie actuelle est Mantchoue) ne peut tolérer que la morale publique soit publiquement offensée dans la partie de la ville où s'élève le palais impérial ; mais il y a des établissements privés dont voici l'origine : Quand des voyageurs ou des marchands venaient à Pekin pour leurs affaires et sans amener avec eux leurs familles, ils louaient des maisons où ils séjournaient jusqu'à ce qu'ils fussent prêts à s'en retourner chez eux. Peu à peu les maisons sont restées affectées à cette destination, c'est-à-dire qu'elles sont devenues des espèces d'hôtels fournissant logement, nourriture et *femmes*. Telles sont aujourd'hui les maisons dites privées de la ville tartare. Leur nombre est considérable. Il n'y a guère de rues qui n'en contiennent au moins une et quelquefois plusieurs, ce qui produirait un total de quelques centaines. La porte de ces maisons est close ; mais, en réalité, ce qui se passe au dedans ne diffère guère de ce qu'on peut rencontrer dans les maisons dites *publiques*, si nombreuses dans les quartiers excentriques, mais qui sont surtout fréquentées par la clientèle ultra-plébéienne, et qui sont du plus repoussant aspect. Ces dernières sont vulgairement appelées *maisons de boue*, dénomination doublement justifiée, car la boue seule a servi à leur construction.

Voici maintenant pour la ville chinoise. Celle-ci a le privilége des maisons *publiques*. Les portes de ces établissements restent ouvertes jour et nuit ; elles ont pour enseigne une gigantesque lanterne.

Sur la porte s'étalent d'énormes caractères de la plus attractive signification, telles que les suivantes : *Salle de la splendide prospérité*, *Salle de la parfaite vertu*, *Salle de la complète restauration*, et autres devises toutes plus ou moins antinomiques.

L'intérieur est généralement assez luxueux et fourmille surtout d'attributs et de représentations obscènes.

En outre des établissements publics, la ville chinoise com-

On le voit, l'explication des deux cercles concentriques, l'externe d'une coloration plus intense, l'interne en partie décoloré, se trouve facilitée, et l'on arrive immédiatement à cette conclusion, que la teinture observée sur les os ne peut servir à l'édification solide d'aucune théorie sur l'ostéogénie.

Un de nos meilleurs amis, E. Joly, a fait en 1864 une thèse où l'opinion que nous exposons est soutenue. Cet observateur conclut que la coloration des os par la garance a sa cause dans l'affinité énergique des principes ou de l'un des principes (purpurine ou alizarine) de la garance pour le phosphate de chaux des os, lequel agit alors à la manière d'un mordant. E. Joly a fait voir en outre, contrairement à ce qu'avait prétendu Haller, que le lait des femelles, la bile, se colorent sous l'influence du régime garancé.

Examinons maintenant les résultats fournis par la physiologie expérimentale, et nous allons être surpris de voir que les transplantations de moelle pratiquées par Goujon et Baikow ont donné des résultats analogues à ceux que M. Ollier avait obtenus pour la transplantation du périoste.

L'argument tiré de l'absence de formation osseuse dans les transplantations de la moelle vient d'être renversé par les expériences de Goujon et celles plus récentes de Baikow. M. Ollier avait renouvelé pour la moelle ses admirables expériences pratiquées sur le périoste; mais il nous dit que dans tous les cas ses résultats ont été négatifs. Il a transplanté cinquante fois au moins des parcelles de moelle sur des lapins, des pigeons, des chiens, et jamais il n'a vu la moelle s'ossifier. Il est vrai qu'il note que la moelle reste à l'état de moelle un certain temps, puis se résorbe complétement. Dubuisson-Christot a répété souvent les expériences de son maître et n'est jamais arrivé à aucun résultat. Nous devons être étonné après cela de voir formuler les conclusions de Goujon (Transplantation de la moelle des os, 1869). M. Goujon, en effet, en isolant la moelle, obtint de l'os. Il a tenté, nous dit-il, un grand nombre de fois la transplantation ou greffe de la moelle, et il lui a été facile d'obtenir de l'os. Les expériences consistaient à prendre de petits cylindres de moelle sur le radius et le cubitus de poulet, et à les insérer dans les muscles pectoraux d'autres poules. Le plus souvent, les fragments de moelle ainsi transplantés dans des milieux riches en vaisseaux se sont greffés avec les tissus environnants osseux et ont donné naissance à des productions osseuses. Cet expérimentateur a pu aussi, en irritant le canal médullaire d'os pneumatiques, voir la moelle apparaître, et cela surtout dans les points les plus fortement irrités.

En 1870, Baikow, d'après les conseils du professeur Rudnew, a fait aussi des essais sur la transplantation de la moelle sur des chiens. Il a entrepris deux séries d'expériences. Dans la première série, il prend de la moelle du fémur d'un chien et l'introduit sous la peau d'un autre; dans la deuxième série d'expériences, la moelle du fémur ou du tibia fut insérée sous la peau du dos du même sujet. En tout, Baikow a fait 38 expériences: 10 d'après le procédé de la première série ont donné tous des résultats négatifs. Des 28 de la deuxième série, 20 réussirent: en 14 cas se formèrent des os, et dans les 6 autres on put, durant les six premiers jours qui suivirent la transplantation de la moelle sous la peau, constater des changements dans la moelle transplantée: 8 cas ne réussirent pas. Dans 3 cas, malgré la réunion par première intention, on ne put retrouver aucune trace de la moelle transplantée. Ces cas apparurent au vingt-septième, trente-septième et cinquantième jour. Dans 5 cas nuls, il y eut suppuration et les chiens moururent de pyohémie. Dans les 14 cas heureux, Baikow a obtenu des masses osseuses dans les différents stades de leur développement, depuis les dépôts de formation les plus jeunes jusqu'à leur conformation la plus complète, avec les canaux de Havers, les lamelles osseuses qui les enveloppent, les corpuscules osseux étoilés, etc. Tous ces différents degrés de développement dépendirent du temps que la moelle avait séjourné sous la peau. Ces recherches s'étendent jusqu'au soixante-seizième jour. Dans un cas où l'examen se fit au soixante et unième jour, on obtenait, outre un os complétement développé, du tissu cartilagineux. Dans cette expérience, on transplanta la moelle du tibia au lieu de celle du fémur.

Telles sont les expériences qui ont donné des résultats plus positifs que celles de M. Ollier. Ce savant physiologiste examinait-il ses animaux trop longtemps après la greffe, ou bien ses transplantations se faisaient-elles dans un tissu peu vasculaire? Quoi qu'il en soit, la moelle transplantée donne de l'os comme le périoste, et ce dernier *ne s'ossifie pas constamment* dans les transplantations, et il passe à l'état fibreux le plus souvent. A l'appui de cette opinion, nous ne pouvons mieux faire que de citer les résultats auxquels vient d'arriver M. Philippeaux (4 novembre 1871). Cet observateur, transplantant sur la peau du ventre une lamelle de périoste, a obtenu à des périodes progressivement éloignées les résultats suivants :

1° Au bout de trente jours, production d'un os long, offrant les détails de structure et la solidité du tissu osseux presque parfait.

2° Après cinquante jours, l'ossification est définitive et complète.

3° Après cent vingt jours, toute trace de greffe a disparu, l'os néoforme s'étant entièrement résorbé.

M. Ranvier avait du reste souvent obtenu des résultats analogues.

Comme conclusion, disons que le périoste n'est pas la source unique du blastème ossifique, et que lorsque ce dernier est transplanté, comme la moelle il donne souvent de l'os, et comme elle aussi il est sujet à des transformations régressives. Si les transplantations de moelle réussissent moins souvent,

---

porte également des maisons privées à l'instar de la ville impériale.

Il est difficile d'en estimer le nombre; celui des prostituées n'est pas non plus très-aisé à fournir. Cependant, ce n'est pas s'éloigner par trop de la vérité en disant que le chiffre des prostituées de la capitale s'élève actuellement à environ 15 000. Il va sans dire que dans ce nombre nous ne comprenons pas les courtisanes; car, à l'exemple de Rome et d'Athènes, Pékin a aussi les siennes. Nous ne saurions dire si, par leurs talents et leur esprit, elles ont la même célébrité que leurs congénères de l'antiquité. Confucius, pourtant, en connaissait une fort distinguée : c'était une princesse; elle s'appelait Nan-tze-tse.

Le grand sage, qui avait entendu parler de ses scandales, se rendit auprès d'elle dans le but de lui donner des conseils. Mais son éloquence ne parvint pas à convaincre la belle et folle Nan-tze-tse, qui continua à tenir sa maison ouverte à tous les dissipateurs dorés de l'époque. Ainsi, de tout temps, le monde des courtisanes a existé. L'antiquité a eu ses Cynthie, ses Délie, chantées par les poëtes; Pékin a eu et a aussi ses Nenuphars d'or, ses Lotus, ses Perles de jade, son demi-monde de femmes élégantes revêtues de riches étoffes de soie, de fleurs et de plumes d'Alcyon, et dont chaque pas répand sur le sol la poussière embaumée qui s'échappe des talons aigus de leurs microscopiques brodequins brodés d'or.

A côté de la prostitution féminine dont nous venons de prouver l'existence à Pékin, il convient de placer une autre honte dont la Chine n'a pas, sans doute, non plus le monopole, mais qui a fini par atteindre des proportions hors de toute comparaison. Dans tous cas, cette autre espèce de prostitution peut être considérée comme publique, tant il y a de liberté laissée à sa pratique.

Dans les deux portions de la capitale, il y a des boutiques de barbiers qui recèlent de jeunes enfants destinés à des plaisirs infâmes. L'organisation de ce commerce uni-sexuel est si bien réglementée, son fonctionnement est si régulier, qu'on

cela tient à la texture, à la solidité, à la délicatesse extrême du tissu.

La moelle, surtout depuis les succès de ces transplantations, était pour ainsi dire réhabilitée; mais il sera pour nous encore plus évident qu'elle joue un rôle très-important dans la reproduction osseuse, lorsque nous examinerons les résultats fournis par l'histologie moderne. Nous serons même tenté de considérer le périoste comme une membrane accessoire, mais qui, à cause des vaisseaux nombreux qu'elle présente, offre un milieu propice d'ossification aux cellules médullaires qui *baignent l'os.*

Il faut le reconnaître, c'est Virchow qui, démontrant la nature cellulaire du corpuscule osseux, nous a donné une base solide. La théorie qui nous paraît en ce moment-ci la plus près de la vérité, est celle de M. Müller, développée avec tant de talent par M. Ranvier :

« La couche fondamentale de l'os vrai, dit Müller, est sécrétée par les cellules étoilées ou ostéoplastes. » Cette opinion nous paraît être la meilleure, nous le répétons, le plus en accord surtout avec les faits expérimentaux, et nous ne sommes pas de l'avis de Luberkühn à ce sujet, qui prétend que ces faits *sont un produit de l'art.* Virchow, du reste, dit explicitement, à la 66e page de sa Pathologie cellulaire, que les cellules du cartilage peuvent former d'abord le tissu médullaire et sa transformation en tissu osseux.

M. Ranvier, prenant le cartilage, nous fait assister aux différentes transformations qu'il subit en passant à l'état de moelle et ensuite à l'état d'os véritable. Voici, d'une façon aussi résumée que possible, les modifications que l'on observe :

Les capsules, petites, irrégulières, s'agrandissent d'abord, et l'on observe une multiplication considérable des cellules qu'elles contiennent; mais en grandissant et en se repoussant les unes les autres, finissent par prendre une forme allongée caractéristique.

Aussitôt que de nouvelles cellules se sont formées dans les capsules mères, chacune d'elles s'entoure d'une capsule secondaire. Dans la substance fondamentale comprise entre les cellules mères, des stries apparaissent et les premières granulations calcaires se déposent dans les colonnes intercapsulaires. Mais pendant que ce dépôt de sels calcaires se fait, les capsules que l'on a appelées secondaires se dissolvent et abandonnent leur contenu, c'est-à-dire les cellules. Celles-ci se mettent alors à proliférer et la moelle embryonnaire est formée.

Telle est la première phase. Mais une fois la moelle embryonnaire formée, nous allons la voir se transformer en tissu osseux.

Le mode de formation des ostéoplastes, indiqué par Müller et Virchow, se fait de la façon suivante : Le long des trabécules ossifiées, les cellules médullaires les plus voisines s'entourent d'une matière transparente et deviennent des cellules osseuses. Le tissu osseux est donc formé.

Le docteur Baikow a fait, dans le cabinet anatomo-pathologique du professeur Rudnew, des transplantations de moelle que nous avons citées, et à ce sujet il émet la théorie suivante, en bien des points semblable à celle que nous venons d'exposer. Nous citons textuellement ses paroles :

« D'après une série de préparations faites à des intervalles différents, il n'y a pas de doute pour nous que la moelle passe d'abord à l'état de tissu connectif fibreux, d'où plus tard, par prolifération de ses éléments cellulaires, l'os ou le cartilage se trouve formé. De telle façon qu'autour de cellules arrondies de nouvelle formation, possédant des noyaux et des corpuscules d'abord bien nets, ensuite disparaissant, se dépose la substance ostéoïde ou osseuse avec sa coloration brillante et mate. Dans la plupart des cas, ces nouvelles cellules de tissu connectif se changent directement en corpuscules osseux, rarement seulement se forment des cellules cartilagineuses entourées d'une substance allongée interstitielle qui plus tard passe à l'état de corpuscules osseux (rare), ou bien il se forme des corpuscules granuleux d'où procède le corpuscule osseux. Quant à la seconde manière de la formation osseuse provenant du passage direct de la moelle en cartilage et en os, je puis seulement dire jusqu'à présent, que quelques préparations microscopiques me forcent de reconnaître la possibilité de cette dernière. Dans cette espèce se dépose une substance interstitielle d'un brillant mat qui résiste à l'action de différents réactifs; mais les cellules de la moelle se préparent toutes également au passage en cellules osseuses et cartilagineuses. Par défaut de préparations convaincantes, je suis dans le doute, et la recherche de la vérité est l'objet de mes recherches. »

P. B. Nikobsky, faisant des expériences sur le cal, en est arrivé à avoir une opinion semblable à celle de son collègue Baikow.

Ces données microscopiques, bien chancelantes peut-être, sont cependant un chemin ouvert pour les recherches des physiologistes; et si l'on fait l'application des résultats à l'accroissement des os en épaisseur, nous tirons immédiatement cette conclusion, que le périoste ne produit de l'os qu'à la condition de conserver ce que l'on a appelé improprement blastème sous-périostique, et qui n'est autre qu'une couche continue formée par les éléments de la moelle. Raclez cette couche, et si vous transplantez le périoste il ne reproduira pas de l'os; conservez-la, au contraire, et vous verrez le corpuscule osseux apparaître. Le tissu osseux, comme le dit Ranvier, est baigné dans de la moelle.

La moelle donc joue un rôle des plus importants à l'exclusion du périoste; et si nous admettons, avec M. Ollier, que la moelle contenue dans le canal médullaire ne s'ossifie que par l'irritation, c'est-à-dire, comme nous le verrons plus loin, par le passage de la moelle à l'état embryonnaire, nous ne pourrons pas nier que la moelle ne joue un grand rôle lorsque,

---

se demande comment l'autorité chinoise en est arrivée à un tel degré d'incurie.

Quelque libre que soit le scalpel de l'anatomiste, nous n'entrerons pas ici dans les monstrueux détails que nous ont fournis nos investigations. Qu'il suffise de savoir que le fait existe sur une vaste échelle, qu'il s'exerce avec la plus entière liberté.

Dans la collection du Chinese Repository, se trouve l'extrait suivant d'un article du R. P. Thoms (p. 92) : « Le crime de bestialité et de sodomie est très-répandu parmi les Chinois. Quand donc leur vertu cessera-t-elle de n'exister que sur leur livre, pour pénétrer davantage dans leur cœur! »

Envisageons maintenant la question sous le rapport de la santé publique.

Parent-Duchâtelet a écrit que l'administration doit encore plus de soins à la morale qu'à la santé publique, et que s'il fallait négliger l'une au détriment de l'autre, il conseillerait plutôt de délaisser la santé pour la morale.

Il faut convenir que la morale chinoise qui, théoriquement, ainsi que nous le verrons plus loin, rencontre de telles pratiques, doit, depuis longtemps, protester contre les écarts dont nous avons essayé de dérouler le tableau.

Voyons maintenant ce qui se fait pour la question de santé.

E. Martin,
Médecin de la légation de France à Pékin.

(La fin à un prochain numéro.)

couche continue avec le périoste, moelle embryonnaire, elle formera au contact du périoste, membrane vasculaire et très-favorable, par conséquent, à la transformation, un véritable tissu osseux.

Telles sont les données physiologiques nouvelles que nous pouvons accepter sans trop de chance d'erreur; mais si nous abordons maintenant le domaine de la physiologie pathologique, nous trouvons encore des faits extrêmement favorables à la thèse que nous soutenons.

(La suite à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 10 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Névropathie cérébro-cardiaque. — M. *Krishaber* adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, le mémoire sur la névropathie cérébro-cardiaque dont il a déjà présenté le résumé, et qui est en voie de publication dans la Gazette hebdomadaire. (Renvoi à la commission.)

Correspondance. — M. *Piorry*, en faisant hommage à l'Académie de quelques-uns de ses principaux ouvrages, et, entre autres, de son Traité de plessimétrie, de son Tableau de la nomenclature pathologique, de sa Clinique médicale de la Ville, et de plusieurs mémoires de médecine et de chirurgie, y joint une note manuscrite dans laquelle il signale les points de vue qui lui paraissent originaux dans ces divers ouvrages. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

La strychnine est-elle l'antidote du chloral? — M. *Oré* communique un travail où se trouvent contrôlées les expériences de M. Oscar Liebreich.

Les expériences de M. Oscar Liebreich peuvent se résumer ainsi : 1° Une injection hypodermique de 2 grammes de chloral est *mortelle* pour les lapins; 2° une injection de 1 milligramme et demi de strychnine est également mortelle; 3° si l'on fait à un lapin une injection sous-cutanée de 1 milligramme 1/2 de strychnine, alors même que les effets produits par une injection sous-cutanée de 2 grammes de chloral (dose mortelle) ont commencé à se manifester, ces effets sont rapidement enrayés et l'animal revient à la vie. Il succombe, au contraire, si l'on n'injecte pas de strychnine.

Les expériences de M. Oré, au nombre de huit, ont été faites sur des lapins *de diverses grandeurs*. Il en résulte : 1° Que si la dose de 2 grammes de chloral injectée dans le tissu cellulaire est quelquefois *mortelle* pour les lapins (exp. 1), elle ne l'est pas toujours (exp. 2, 3, 4); 2° que si 1 milligramme 1/2 de strychnine peut occasionner la mort chez quelques lapins (exp. 5 et 6), il ne l'occasionne pas chez d'autres (exp. 7 et 8).

Les observations mêmes de M. Leibreich démontrent que le poids de l'animal exerce une grande influence sur le résultat de l'expérience. Ainsi, dans son mémoire sur l'Hydrate de chloral on voit que sur six lapins de *moyenne grandeur*, le chloral qui n'a pas tué les uns a fait mourir les autres. Ils se ressemblaient cependant tous par la taille, les doses de chloral injectées étant seules différentes. Donc, le même poids nécessite les mêmes doses, qui doivent varier avec lui.

En résumé, il est possible que la strychnine soit l'antidote du chloral, mais les expériences de M. O. Liebreich, reposant à leur point de départ sur une donnée expérimentale défectueuse, sont insuffisantes pour le démontrer.

Comité secret. — La section de médecine et de chirurgie présente, par l'organe de son doyen, M. Andral, la liste suivante de candidats à la place vacante dans son sein par suite du décès de M. *Stan. Laugier :*

En première ligne, M. Sédillot.

En deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Gosselin, Jules Guérin, Huguier, Richet.

En troisième ligne, par ordre alphabétique, MM. Marey, Piorry, Sappey, Vulpian.

Les titres de ces candidats sont discutés. La discussion continuera dans la prochaine séance.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 18 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de MM. les docteurs *Lombard* père et fils, sur une épidémie de variole à Chalabre (Aude). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Loiret, de l'Ardèche et d'Ille-et-Vilaine, pendant l'année 1871. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Un rapport sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Savoie), par M. le docteur *Vidal*. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Léon Le Fort*, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire. — *b*. Un mémoire sur l'hygiène des pieds, par M. *Weil*. (*Comm. :* MM. Larrey et Legouest.) — *c*. Une note de M. *Aristide Vinant* (de Brest) sur un moyen de constater la puissance lactigène des nourrices. (*Commission de l'hygiène de l'enfance.*)

M. *Chatin* présente la troisième édition du Traité des plantes médicinales indigènes, avec atlas colorié, par M. le docteur *Bossu*.

M. *Gubler* présente : 1° Une brochure de M. le docteur *Castan* (de Montpellier) sur le traitement des fièvres intermittentes par l'*Eucalyptus globulus ;* 2° Une Étude sur la mortalité à Paris pendant le siége, par M. le docteur *Sueur*.

M. *Chauffard* présente un ouvrage de M. le docteur *Pellarin*, médecin principal de la marine, intitulé : Contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe. (Renvoyé à la commission du prix Godard.)

M. *Demarquay* présente une brochure intitulée : Travaux de réforme dans les sciences médicales et naturelles, par M. *Édouard Robin*.

M. *Dolbeau* offre en hommage un volume intitulé : De la lithotritie périnéale.

Élection. — Rien n'a été changé à la liste de présentation que nous avons fait connaître, par anticipation, dans notre dernier numéro, (page 388). Malgré les protestations énergiques de MM. Vulpian, Chauffard, Giraldès, Bouvier et Broca, nonobstant les justes observations d'une partie de la presse médicale, la section d'anatomie pathologique a classé les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Bourdon, 2° M. Laboulbène, 3° M. Empis, 4° M. Lancereaux, 5° M. Charcot, 6° M. Cornil.

L'élection s'est accomplie dans le calme le plus parfait. On n'a même pas eu la petite émotion d'un second tour de scrutin. Le public ordinaire des réunions académiques en a éprouvé une sorte de désappointement; car, instruit de la discussion orageuse du dernier comité secret, il s'attendait à une lutte électorale vive et pleine de surprises. Mais l'Académie, dès le premier tour de scrutin, a sanctionné le choix de la section en donnant à M. Bourdon une majorité de 55 voix sur 70 votants. M. Charcot, qui occupait la cinquième place sur la liste, a obtenu le plus grand nombre de suffrages après M. Bourdon. C'était justice; mais on peut regretter que, sans préjudice pour le succès de l'élu, auquel tout le monde applaudit, il ne se soit pas trouvé, dans l'Académie, plus de dix voix pour protester contre le rang si modeste et si imprévu donné par la section à un savant médecin qui, depuis longues années, se consacre notoirement aux progrès de l'anatomie pathologique, et dont les belles leçons attirent, en ce moment même, à la Salpêtrière, un nombreux concours d'élèves et de praticiens.

Après M. Charcot, M. Empis a obtenu 3 suffrages; M. Laboulbène 2.

Empyème et thoracocentèse. — *Ecce iterum... M. Chassaignac.* C'est la troisième fois que l'honorable chirurgien monte à la tribune, et que le drainage thoracique a tous les honneurs de la séance. Personne assurément ne s'en plaindra; et l'intérêt très-visible que l'Académie a pris aux trois conférences de M. Chassaignac, reproduites *in extenso* dans le Bulletin, témoigne suffisamment de l'importance qu'on doit attacher à un procédé opératoire très-précieux et très-efficace dans certains cas déterminés de pleurésie purulente.

En répondant à M. Gosselin, M. Chassaignac a rempli quelques *desiderata* que présentait sa première communication,

et il a fourni des indications assez précises sur la durée du séjour du tube à drainage dans la poitrine. Ce tube ne doit être remplacé que si sa substance s'altère; il peut rester en place, sans inconvénient, sans danger, durant plusieurs semaines, durant même plusieurs mois, aussi lontemps enfin que la guérison de l'épanchement l'exige. L'expansion du poumon, la réduction du foyer purulent, la diminution de l'écoulement, les modifications favorables survenues dans la nature du liquide, son aspect limpide et séreux, sont les signes auxquels on reconnaît que le tube peut être retiré. Par précaution, il faut le remplacer pendant quelques jours par un fil noué en forme d'anse, et à l'aide duquel on pourra replacer le tube, au besoin.

Non-seulement M. Chassaignac tient au drainage et l'aime avec passion; non-seulement il le défend avec ardeur contre les attaques et les accusations de ses adversaires; mais encore il le représente comme un procédé sans reproche et sans tache, et il ne veut pas endurer qu'on y touche. Il repousse donc formellement la petite modification proposée par M. Gosselin, et qui consiste à remplacer par une incision avec le bistouri l'ouverture d'entrée du drain, que M. Chassaignac pratique avec le trocart.

Le drainage est donc parfait tel qu'il est sorti des mains de son auteur. Il est de beaucoup supérieur à tous les autres procédés usités pour l'empyème. Il opère lentement et sûrement, sans violence et sans précipitation. Il est préférable cent fois aux procédés rivaux, qui exposent à mille accidents. M. Chassaignac, dans sa tendresse un peu trop paternelle pour le drainage, s'est laissé entraîner à des appréciations très-sévères et à des épithètes très-dures pour la thoracotomie et pour tous les modes anciens et récents de thoracocentèse. Il a flétri, comme contraires à la sagesse et à la circonspection chirurgicales, ces opérations rapides, brusques, qui enlèvent en une séance, en quelques minutes, le produit d'un copieux épanchement pleurétique. Il n'aime pas ces « coups de théâtre », ces « changements à vue, qui s'opèrent comme sous le sifflet du machiniste ». Il proscrit sans pitié du traitement de l'empyème ces « procédés à sensation », ces « soudainetés malsaines, » qui séduisent la génération médicale actuelle, qui flattent le public mais qui aboutissent trop souvent aux plus cruelles déceptions. M. Chassaignac s'afflige de la vulgarisation de ces moyens expéditifs, et il invoque contre eux tour à tour le témoignage d'Hippocrate, de Skoda, de M. Sédillot et de M. Blachez. Puis il trace un tableau beaucoup trop sombre, à notre humble avis, des dangers que peut produire une prompte évacuation des liquides épanchés dans la poitrine : la congestion pulmonaire, la pneumonie, la déchirure des adhérences, la rupture même du poumon, les syncopes graves ou mortelles, etc. Voilà, d'après l'honorable orateur, les terribles conséquences auxquelles on expose les malades avec l'aspiration thoracique.

L'orateur rejette avec non moins de véhémence l'emploi des injections iodées, excellentes, dit-il, dans les collections séreuses, comme l'hydrocèle, mais funestes dans les collections purulentes, comme l'empyème.

Dans le cours de sa philippique, M. Chassaignac a prodigué à ses adversaires les qualifications médiocrement euphoniques de « thoracotomistes », de « thoracocentésistes » et de « iodistes » (que M. Piorry lui pardonne!); mais il a oublié de dire le nom qu'il réserve dans cette nomenclature aux partisans du drainage.

M. Chassaignac a reproché un peu durement à M. Béhier et à M. J. Guérin de juger le drainage thoracique sans l'avoir expérimenté et sans le connaître suffisamment. Nous craignons fort que ses contradicteurs, retournant l'argument contre M. Chassaignac, ne lui objectent, à leur tour, de condamner mal à propos les divers procédés d'aspiration thoracique, sans les avoir vu pratiquer ou sans les avoir mis en pratique lui-même. Il est clair que si M. Chassaignac avait eu la moindre expérience personnelle de ces procédés, il ne les aurait accusés et ls avec tant de . rait, en effet, que les médecins ne les emploient pas d'une manière empirique et aveugle, qu'ils les manient avec une extrême prudence, et qu'ils observent, en s'en servant, toutes les précautions recommandées pour l'évacuation lente et progressive des épanchements pleurétiques; il serait obligé de convenir que, s'il a pu citer quelques rares exemples de pleurésie séreuse transformée en pleurésie purulente sous l'influence des ponctions capillaires aspiratrices, il existe des cas bien plus nombreux encore de ces mêmes ponctions pratiquées jusqu'à dix ou douze fois, à peu de jours de distance, sur le même malade, sans le plus léger accident. Il saurait, enfin, que l'aspiration thoracique compte déjà à son actif un très-grand nombre de guérisons avérées d'épanchements purulents de la poitrine.

L'Académie ne manquera certainement pas d'orateurs pour fournir cette démonstration à M. Chassaignac.

On pourrait ajouter que si le drainage thoracique réalise le *tuto* du fameux adage chirurgical, la thoracocentèse capillaire remplit beaucoup mieux, en revanche, les deux autres conditions : *cito et jucunde.*

Entre temps, M. *Gosselin* donne des nouvelles de ce malade dont il a déjà parlé, et auquel il a pratiqué trois fois le drainage thoracique. La dernière opération date de quinze mois; depuis lors le malade n'a pas cessé de porter un tube de caoutchouc; mais il n'est pas guéri, et il vient réclamer de nouveaux soins à l'hôpital de la Charité. M. Gosselin demande à ses collègues, et en particulier à M. Chassaignac, ce qu'il faut faire en cette occurrence.

Il faut drainer, répond M. *Chassaignac,* drainer encore, drainer toujours, jusqu'à ce que guérison s'ensuive.

Que pense M. *Sédillot* des divers procédés de l'empyème? C'est ce que nous saurons dans la prochaine séance, où l'éminent professeur prendra la parole.

PRÉSENTATION. — M. *Demarquay* présente un blessé du combat de Châtillon, atteint d'un coup de feu dans l'articulation du genou, et auquel il a pratiqué, avec succès, la résection de 14 centimètres de l'extrémité inférieure de fémur. L'amputé marche assez correctement, à l'aide d'un appareil prothétique fabriqué par M. Mathieu.

A. LINAS.

REVUE DES JOURNAUX.

Infection purulente et mort à la suite de la divulsion d'un rétrécissement de l'urèthre, par le docteur KEYES.

L'histoire des insuccès est un moyen de pouvoir apprécier à leur juste valeur les procédés de thérapeutique chirurgicale. Quelques faits malheureux, qui ont été observés à la suite de la dilatation rapide des rétrécissements sur conducteur pratiquée avec l'instrument de Perrève, et qui ont été signalés par Sédillot, Thibault, Cusco et Voillemier, ont provoqué l'invention de la divulsion et des divulseurs au moyen desquels on s'est proposé de dilater au lieu de déchirer. Le fait que M. Keyes a présenté à la Société pathologique de New-York montre que le maniement de l'un de ces instruments, le dilatateur de Thompson, peut produire les mêmes accidents que le dilatateur de Perrève.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, robuste, atteint de rétrécissement de l'urèthre avec cystite. La bougie n° 11 (échelle française) pouvait être passée; on pratiqua la dilatation rapide et forcée à l'aide du divulseur de Thompson écarté jusqu'au n° 30. Le malade n'accusa de douleur qu'au moment où l'on passa une sonde n° 25. Il eut alors un frisson qui dura cinq minutes, le pouls s'éleva rapidement, atteignant le jour suivant 130 à 140 pulsations. Le troisième jour le malade fut pris de délire et mourut le neuvième jour, après avoir

A l'autopsie, on trouva de l'infiltration d'urine et de pus dans le scrotum avec un petit abcès péri-uréthral au niveau du rétrécissement. Il y avait trois abcès dans la prostate. La vessie, hypertrophiée, présentait les lésions de la cystite chronique ; un abcès métastatique fut trouvé dans le poumon gauche ; les plèvres renfermaient un liquide séreux avec flocons albumineux; la muqueuse de l'urèthre et le tissu du rétrécissement étaient déchirés.

Le docteur Keyes a cherché à faire admettre sinon les circonstances atténuantes, au moins les circonstances adjuvantes, en faisant remarquer que son opéré était un ivrogne, qu'il était prédisposé à la suppuration, et que le premier frisson n'était pas lié à l'apparition de la pyohémie. Cependant, suivant l'observation, la fièvre est apparue dès ce frisson, continuant jusqu'à la mort, et dans tous les cas l'infiltration d'urine n'est pas la conséquence de l'ivrognerie.

Il est juste de faire observer que le dilatateur de Thompson, de l'aveu même de son inventeur, n'est pas aussi facile à manier que d'autres instruments analogues, tels que le divulseur de Holt. (*The Medical Record*, 15 avril 1872.)

Du traitement des fièvres intermittentes par l'Eucalyptus globulus, par M. Castan.

M. Castan, devançant l'appel fait dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE aux médecins qui exercent dans les pays à fièvres intermittentes, s'est fait un devoir d'expérimenter l'action antipyrétique de l'Eucalyptus. L'auteur a choisi l'automne de l'année 1871 comme une époque plus favorable pour juger l'action du médicament, parce que les fièvres automnales sont les plus tenaces et n'ont aucune tendance à la guérison spontanée. M. Castan rapporte 27 observations qui servent de base à un jugement provisoire sur la valeur de l'Eucalyptus.

Nous résumerons les conclusions fort importantes de cet intéressant mémoire.

L'efficacité de l'Eucalyptus dans le traitement des fièvres intermittentes ne saurait être mise en doute. Sur 27 cas il y a eu 15 guérisons parfaites. Les essais étaient faits dans des conditions qui ne paraissent laisser place à aucune objection. Les fièvres étaient toutes des fièvres automnales contractées dans des pays essentiellement marécageux, ce qui leur donnait une plus grande gravité ; un grand nombre des malades avaient été antérieurement atteints de fièvres intermittentes. Un agent qui dans ces conditions guérit 15 fois sur 27 a évidemment une action thérapeutique incontestable.

Cependant l'action de l'Eucalyptus est inférieure à celle des préparations de quinquina. On en juge, d'une part, d'après le nombre des insuccès, 12 sur 27, et d'autre part la contre-épreuve a été faite, et jamais une fièvre qui avait résisté à l'Eucalyptus n'est restée rebelle au quinquina. On peut donc conclure, avec le docteur Tedeschi (de Corte), que le nombre des succès est assez considérable pour permettre à l'Eucalyptus de faire bonne figure à côté du quinquina, ou mieux encore, suivant M. Castan, immédiatement après le quinquina.

Un fait remarquable est le succès qu'obtenait plus facilement l'Eucalyptus dans les fièvres récidivées, c'est-à-dire dans les fièvres dont la guérison est toujours plus pénible : sur les 15 succès obtenus, 8 l'ont été, en effet, dans des affections placées dans ces conditions. Une observation analogue avait été faite par le docteur Malingre. En outre, l'Eucalyptus possède une grande rapidité d'action lorsqu'il guérit, et une influence notable sur l'intensité des accès alors même qu'il reste impuissant.

Le médicament a toujours été parfaitement supporté, et à cet égard il serait supérieur au quinquina. M. Castan a employé la feuille, puis la poudre ; dans les premières préparations il prescrivait de 20 à 30 et à 40 grammes de feuilles pour 1000 grammes d'eau en vingt-quatre heures. La poudre à 15 grammes semble influencer l'estomac ou les intestins.

Tels sont les résultats obtenus par M. Castan. L'expérimentation a été pratiquée de bonne foi, dans des conditions qui donnent aux succès une valeur réelle, et malgré le nombre restreint des observations, nous accepterions cette conclusion ultime de l'auteur, à savoir : qu'il est incontestable que l'Eucalyptus a une action évidente contre les fièvres intermittentes ; que cet agent est d'un emploi facile et inoffensif. Ces conditions suffisent bien à encourager de nouveaux essais. (*Montpellier médical*, mai 1872.)

Travaux à consulter.

UN CAS D'ANÉVRYSME DISSÉQUANT DE L'AORTE GUÉRI SPONTANÉMENT, par M. le docteur OTTO BARTH. — Ce fait a été constaté à l'autopsie d'une femme de vingt-huit ans, morte à la suite de pleurésie. (*Archiv der Heilkunde*, mars 1872.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA RÉSECTION COXO-FÉMORALE, par M. le docteur O. KAPPELER. — L'auteur a étudié comparativement trente-quatre cas de coxalgie, parmi lesquels il a pratiqué 12 résections de l'articulation coxo-fémorale ; sur ce nombre 7 opérés sont morts, 3 ont guéri avec des troubles peu graves dans les mouvements, 1 a guéri en conservant des troubles fonctionnels importants ; le dernier est en voie de guérison. En comparant ces résultats avec ceux que donne le traitement ordinaire, l'auteur trouve que dans les résections il a 58 pour 100 de morts et 46 pour 100 dans le traitement sans opération, mais tandis que pour les résections il a une moyenne de 25 pour 100 de guérison avec conservation de la marche ; dans le traitement par expectation, il ne compte que 6 pour 100 de malades dont la guérison soit aussi complète. Ces chiffres ont le désavantage de ne pas comprendre un grand nombre d'observations, mais ce travail est un exemple à suivre, si l'on désire juger statistiquement les avantages de la résection. (*Archiv der Heilkunde*, mars 1872.)

RECHERCHES SUR LA TERMINAISON DES NERFS DANS LES MUQUEUSES DES SINUS FRONTAUX ET MAXILLAIRES, par le docteur INZANI. — Suivant l'auteur, les nerfs se terminent par des corps piriformes, qu'il nomme capsules nerveuses, dans lesquels pénètre une fibrille nerveuse. Celle-ci se renfle en bouton pour se diviser en filets en sorte de pinceau de fibrilles qui sortent de la capsule. (*Lyon médical*, 12 mai 1872.)

SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET LE TRAITEMENT DU BRONCHOCÈLE, par le docteur MORELL MACKENZIE. — Étude clinique basée sur l'analyse de deux cent onze goîtres. (*The Lancet*, nos 18 et 19, mai 1872.)

FISTULE STERCORALE APRÈS UNE PONCTION NÉCESSITÉE PAR UNE PNEUMATOSE INTESTINALE, par le docteur C. ISNARD. — Cette observation, intéressante au point de vue de l'histoire des ponctions intestinales, est suivie de remarques sur ce moyen thérapeutique. (*Marseille médical*, n° 4, 1872.)

OVARIOTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS CHEZ UNE FEMME GROSSE, par le docteur E. GODDARD. — Cette observation a été présentée à la Société obstétricale de Londres. M. Spencer Wells a été l'opérateur, et, dans une discussion qui a suivi, M. Wells a rappelé qu'il avait quatre fois pratiqué l'ovariotomie pendant la grossesse et que toutes les malades avaient guéri. De la discussion il résulte que les confrères de M. Wells ne considèrent pas cette opération comme un fait extraordinaire et sont disposés à l'admettre comme pouvant dans la pratique être opposée à l'accouchement provoqué. (*Medical Times and Gazette*, 6 janvier 1872.)

TUMEURS DE L'OREILLE EXTERNE, par le docteur T. BRYANT. — Huit observations de tumeurs sébacées, fongueuses, épithéliales et fibro-plastiques siégeant en divers points de l'oreille externe. (*Medical Times and Gazette*, 6 janvier 1872.)

EXTRACTION DES CORPS ÉTRANGERS DE L'OREILLE PAR AGGLUTINATION, par le docteur LÖWENBERG. — L'auteur cite plusieurs observations dans lesquelles il a pu extraire des corps étrangers de l'oreille au moyen de la glu dissoute dans de l'eau qu'il applique sur le corps étranger avec un pinceau très-fin, ayant soin de nettoyer préalablement le corps étranger, et de le sécher ; on laisse le pinceau appliqué sur le corps étranger pendant un quart d'heure environ pour que la glu se consolide. Ce procédé est indiqué surtout lorsqu'il y a eu perforation de la membrane du tympan. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, nos 9 et 10, 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur les maladies des femmes, par le docteur Ch. West, traduites de l'anglais sur la 3e édition et considérablement annotées par Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. — In-8 de 857 pages. F. Savy, 1870.

Non content de son double rôle de traducteur et d'annotateur, M. Mauriac a, dans sa préface, fait en quelques lignes l'analyse de cet ouvrage et l'exposé des doctrines gynécologiques de M. West opposées à celles d'une école qui comptait à sa tête des hommes de grand talent. On ne lira pas sans intérêt cette revue critique de théories aujourd'hui bien tombées, de préjugés qui ont, on peut le dire, tenu trop longtemps rang de doctrines dans la science : c'est en effet une revue abrégée de ce livre qui, dans une période de quinze années, a eu les honneurs de trois éditions en Angleterre, de trois en Amérique et de traductions en allemand, en danois, en italien, en hollandais et en français. Dans une série de trente-trois leçons, professées longtemps avant d'être publiées, M. West passe en revue la pathologie de la femme dans ce qu'elle a de spécial, l'expose au double point de vue théorique et clinique, appuyant les données acquises de tout le fruit d'une longue pratique, mettant au service de ses idées d'éminentes qualités de logicien, de critique et d'observateur.

Ce qui frappe surtout, c'est la tendance constante de l'auteur à rester avant tout médecin, à ne point s'adresser à tel ou tel système sous l'impression d'une hypothèse hasardée. En s'appuyant sur une telle base, M. West devait évidemment entrer en lutte avec les idées par trop broussaisiennes que M. H. Bennett avait, sinon importées en Angleterre, du moins propagées et défendues avec beaucoup d'ardeur et de talent. Dans la période de dix ans pendant laquelle ces leçons furent professées, il s'était attaché à combattre ces doctrines qui cherchaient à faire dériver d'un même foyer morbide toute la pathologie utérine : l'inflammation du col de la matrice était la clef de voûte de tout cet édifice; là était le germe de toute affection ; à ce germe devait s'attaquer toute méthode de traitement. De là, cette thérapeutique effrayante dans ses applications et ses résultats : cautérisations, débridements, employés de la façon la plus irrationnelle et la plus aveugle. Ce n'a pas été un des moindres mérites de M. West d'avoir ramené les esprits dans une voie meilleure et plus sûre, en montrant les dangers d'une intervention chirurgicale parfois imprudente et souvent intempestive. Chaque leçon porte l'empreinte de cet esprit médical aussi judicieux qu'éclairé.

Dans les deux leçons servant d'INTRODUCTION aux leçons cliniques proprement dites, le professeur expose en quelques mots les principes qui lui font rallier dans cette étude la clinique à la physiologie, embrasser dans une vue d'ensemble le désordre local et les troubles généraux qui s'y rattachent ou qui l'entretiennent. Les affections des organes de la génération chez la femme donnent lieu à trois modes de manifestations bien distincts, mais qu'il faut se garder d'envisager séparément d'une façon absolue : ce sont le *trouble de la fonction*, l'*altération de la sensibilité*, le *changement de texture*. A côté de cela, il faut, bien entendu, veiller aux questions d'individualité, de moment, etc. Quelques considérations sur les méthodes ou moyens d'exploration terminent cette introduction : le toucher vaginal et rectal, le palper, l'emploi de la sonde utérine, du spéculum, sont successivement étudiés dans leur application et leur valeur réciproque. L'auteur fait suivre cet aperçu de conseils pleins de tact sur la réserve et la délicatesse qui doivent entourer ces sortes d'investigations.

La fréquence des troubles de la menstruation et le rôle important qu'ils jouent dans la pathologie de la femme leur donnaient droit au premier rang dans cette étude. Ils sont donc successivement passés en revue : d'abord, l'AMÉNORRHÉE, bien différente, suivant qu'elle résulte d'un vice de conformation des organes sexuels, d'une cause constitutionnelle ou de simples causes psychiques. Aussi ne faut-il pas confondre l'aménorrhée vraie et ces variations avec retard de l'écoulement menstruel : « L'ajournement des règles à une époque plus reculée que celle où elles ont l'habitude de paraître n'implique ni la nécessité d'une intervention active, ni même un pronostic inquiétant. » Signalons l'étude des rapports de l'aménorrhée avec la chlorose, l'influence de cet état sur la *muliérité* (*womanhood*) : « La frêle enfant ne devient jamais complétement femme; elle s'étiole et s'affaisse dans cette période de transition qu'elle n'a pas assez de force pour traverser. » C'est dans ces circonstances qu'un médecin inexpérimenté pourra prendre pour des signes de pléthore ces couleurs vives de la face, qui se rencontrent parfois dans la chlorose et qui sont dues simplement à un état d'éréthisme vasculaire. L'auteur dit quelques mots de ces déviations si curieuses des règles, dites *hémorrhagies supplémentaires*, qui se font par la muqueuse nasale, les poumons, l'estomac, les mamelles, dans la chambre antérieure de l'œil, comme dans le cas très-curieux cité par M. Mauriac. Nous mentionnerons aussi ces pigmentations cutanées si remarquables de la face et du cou (masque facial) chez les femmes enceintes ou les malades aménorrhéiques, qui ont été signalées par M. Perroud (de Lyon) et qui ont fait le sujet d'un excellent travail de M. Jeannin (*Gazette hebdomadaire*. — Thèses de Paris, 1869).

La MÉNORRHAGIE, qu'il ne faut pas confondre avec des menstrues simplement abondantes, dépend également d'une cause générale, telle que pléthore, ou inversement, débilité excessive, comme à la suite d'une lactation prolongée, influences climatériques, dégénérescence granuleuse des reins, ou d'une cause inhérente à une affection sexuelle, telle que excès vénériens, exercice prématuré après la délivrance, tout ce qui, en un mot, produit une excitation insolite de l'ovaire, une congestion anormale de l'utérus. Cette dernière forme, à laquelle quelques écrivains ont donné le nom de *metritis hæmorrhagica*, réclame, on le comprend, un traitement différent; c'est dans ces cas que sont indiqués les antiphlogistiques que l'auteur administre simultanément avec les astringents; parmi ces derniers, le matico et l'acide gallique, en infusions, ont pour lui la préférence ; après, viendrait la digitale, qui est un puissant hémostatique, comme le prouvent les expériences de Robert Lee, Dickinson, Trousseau et Lasègue; son action s'exercerait directement sur les fibres de l'utérus, et c'est en produisant leur contraction qu'elle arrête l'hémorrhagie. Les injections utérines dans ce cas sont dangereuses et ne doivent être regardées que comme un moyen extrême. « Rappelez-vous, dit-il à ce propos, que les femmes, quoiqu'il en soit rarement ainsi, peuvent mourir d'une perte de sang à la période menstruelle, sans qu'il y ait aucune lésion du tissu utérin. »

La DYSMÉNORRHÉE revêt trois formes : *névralgique*, *congestive* et *mécanique*. Cette forme congestive comprend une variété importante, la dysménorrhée membraneuse; l'auteur se rattache à l'opinion, seule vraie, de l'exfoliation de la muqueuse utérine sous une influence congestive ou même inflammatoire. Mais il nous semble rejeter trop dans l'ombre une forme bien connue et, je pourrais dire assez commune d'après certains auteurs bien autorisés, la dysménorrhée mécanique. Je sais bien qu'il ne faut pas d'autre part l'exagérer au point de ne plus admettre une constriction spasmodique de l'orifice augmentée par un désordre fonctionnel, et que les remarques de M. West sont fondées quand il dit que si le col est assez large pour recevoir des instruments, il ne peut guère opposer d'obstacle mécanique à l'écoulement des menstrues. Tout en exprimant des réserves sur sa fréquence et surtout sur le traitement qu'on lui a appliqué (débridement, incision du col : Marion Sims), nous croyons qu'il ne faut pas la repousser d'une façon aussi absolue.

Dans les trois chapitres qui suivent, l'auteur aborde les MALADIES INFLAMMATOIRES DE L'UTÉRUS. Sans toucher aux questions proprement dites d'accouchement, il envisage néanmoins

comme cause principale de ces maladies les modifications que l'utérus subit pendant la gestation et les désordres inhérents à cette même période. « Le résultat, dit-il, d'une inflammation qui succède à une fausse couche ou à un accouchement, c'est d'*arrêter le processus d'involution par l'intermédiaire duquel la matrice doit revenir en quelques semaines au volume et aux autres conditions qu'elle présentait avant la grossesse.* » Cette involution durerait, d'après Wieland (Thèses de Paris, 1858), soixante-dix à quatre-vingt jours. De cet arrêt ou de cette insuffisance dans l'involution résulteraient ces hypertrophies totales ou limitées au col utérin qui sont loin de reconnaître pour cause habituelle des excès vénériens, influence pathogénique qu'on a, du reste, beaucoup exagérée, ainsi que le fait remarquer Aran.

Sans nier l'origine constitutionnelle des maladies locales, question formulée d'une façon très-nette par Tillot (Thèses de Paris, 1860), l'auteur fait remarquer combien il est difficile souvent de caractériser la cause première. Mais s'il n'admet pas d'une façon constante cette influence générale diathésique ou autre, il s'élève avec vigueur contre ceux qui ne veulent qu'une cause invariable à tous ces accidents, qui font dériver tout : douleurs, troubles menstruels, leucorrhée, de l'inflammation et de l'ulcération du col, quelle que puisse en être la cause éloignée, et qui prennent enfin pour unique base de traitement la lésion locale. Cette énergique réfutation repose sur des faits des mieux observés et a entraîné depuis longtemps les gynécologistes à une thérapeutique plus rationnelle et plus modérée; nous ne devons pas oublier, comme le rappelle M. Mauriac, que l'École française, M. Bernutz en tête, a une large part à revendiquer dans la transformation des tendances médicales sur ce sujet. Les auteurs qui admettent l'inflammation comme point de départ se fondent sur ce fait inadmissible que le col est plus vascularisé; d'autre part, ces prétendues ulcérations ne sont le plus souvent que de simples érosions ou granulations. Ce ne sont pas, du reste, les seules hypothèses qui ont été formulées : pour Lisfranc, l'engorgement est la maladie par excellence; pour Valleix, c'est le déplacement; pour d'autres, la leucorrhée ; et de cet exclusivisme pathologique dérivaient des traitements souvent graves et presque toujours infructueux.

Cinq leçons remarquables sont consacrées aux DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, dont la fréquence s'explique par la faible résistance des ligaments de suspension contre les efforts de causes multiples (gestation, relâchement et atrophie des tissus à l'âge avancé, etc.). L'involution incomplète de l'utérus joue encore là un rôle important. Ces différentes affections sont toutes étudiées dans les deux conditions où peut se trouver l'organe, c'est-à-dire à l'état de vacuité ou de plénitude. A propos du prolapsus utérin, l'auteur s'étend longuement sur la valeur relative des pessaires, et entre tous il donne la préférence à celui de Zwanck. Quant aux méthodes de traitement curatif, il signale les procédés de Girardin et de Marshall Hall, en énonçant que l'insuccès est la règle. Passant à l'étude de la RÉTROVERSION, soumise pour lui, comme tous les autres genres de déplacements, en grande partie à une évolution incomplète, l'auteur mentionne la fréquente coïncidence d'un état d'inflexion du corps sur le col qui tend à amener peu à peu l'atrophie des tissus en ce point et qui ne reconnaîtrait, selon Virchow, d'autre cause que les rapports anatomiques de l'organe. Ces divers états pathologiques (prolapsus, flexion, antéversion et rétroversion) se manifestent par des symptômes généraux communs à beaucoup d'autres maladies utérines. Aussi ne peut-on tirer des conclusions plausibles au point de vue du plus ou moins de gravité sans un examen approfondi des désordres concomitants et de l'état de l'organe lui-même. Ces observations conduisent M. West à poser en principe que le traitement doit avoir pour objectif principal de faire disparaître les symptômes généraux, que l'intervention mécanique est « rarement désirable », et que souvent, sous la seule influence d'une médication générale, la matrice revient spontanément à sa position naturelle.

Il eût été difficile de ne pas admettre pour l'inversion un traitement chirurgical; mais on doit s'adresser d'abord aux méthodes de réduction de douceur préconisées par Tyler-Smith, avant d'en venir à l'extirpation, qui a donné cependant de beaux résultats : 42 guérisons sur 59 opérations. Cette extirpation sera pratiquée au moyen de la ligature, de l'écraseur, en ayant soin de se mettre en garde contre les accidents secondaires inhérents à la vascularité de l'organe et au voisinage de la séreuse péritonéale.

Sous la dénomination de TUMEURS ET EXCROISSANCES DE L'UTÉRUS, M. West examine ensuite les diverses productions polypeuses : polypes muqueux, tenant à une simple végétation de la muqueuse; polypes fibrineux, qu'il regarde, avec Virchow, qui leur a donné le nom d'hématomes polypeux, comme constitués par une accumulation du sang dans l'intérieur de l'utérus, ayant pour point de départ et pour moyens d'attache le placenta. Les tumeurs fibreuses sont soigneusement étudiées au point de vue de la pathogénie, des caractères et du diagnostic différentiel; la fréquence relative de cet ordre de tumeurs, l'apparition quelquefois soudaine de leurs symptômes (hémorrhagie, rétention d'urine), les troubles fonctionnels variés qu'elles engendrent, les erreurs de diagnostic auxquelles elles donnent lieu, tout nécessitait des développements où l'auteur a mis parfaitement en relief ces diverses particularités. Il insiste avec soin sur le mérite d'un traitement palliatif bien approprié dans le cas où l'opération ne peut être tentée, ce qui heureusement n'est pas le cas le plus fréquent. Mais ce traitement par l'iodure, le bromure de potassium, les eaux de Kreuznach, est d'une efficacité douteuse, et les conclusions de Scanzoni se trouvent donc parfaitement justifiées; « je ne crois pas, dit cet éminent gynécologiste que par ces moyens on ait jamais obtenu la diminution notable d'une vraie tumeur fibreuse. » On doit alors en venir à l'ablation, rendue bien moins dangereuse par l'emploi de la ligature.

A côté de cette étude, M. West cite une observation intéressante d'une variété bien rare, signalée par Hutchinson, de tumeur fibroïde récurrente, que l'on est fondé à ranger avec M. Mauriac dans la classe des cancers. Que l'on consulte, en effet, les pages suivantes sur les tumeurs malignes et cancéreuses, et l'on trouvera plus d'un point de ressemblance entre les deux affections, ne fût-ce que cette tendance à la récidive et à la généralisation. « Ces deux caractères, la douleur, la santé générale brisée par le même poison qui produit les douleurs locales, la tendance fatale à amener rapidement et sûrement une terminaison funeste que l'art ne peut empêcher e dont on peut à peine diminuer les angoisses, tels sont les principaux traits de la maladie que nous allons avoir à étudier, non pas à la hâte, mais avec le plus grand soin et sous toutes ses faces... pour deux raisons, la fréquence de la maladie et la crainte très-naturelle que tel ou tel symptôme ne présage l'invasion ou n'implique l'existence du cancer. » Cette étude magistrale sur le cancer se recommande d'une façon toute spéciale au lecteur : elle embrasse en effet tous les côtés de la question, élucide tous les points de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, des symptômes et du diagnostic ; son importance ressort du reste clairement des quelques lignes qui précèdent. L'auteur a même résumé, sous forme de tableau, le diagnostic du cancer et de l'inflammation chronique accompagnée d'ulcération, que l'on pourrait prendre à bon droit, dans une foule de cas, pour le début d'une affection plus grave. Il recommande au médecin, impuissant dans la plupart des cas, de ne point négliger le traitement, ne fût-il que palliatif de quelques symptômes spéciaux : la douleur est de tous celui dont les malades demandent le soulagement avec le plus d'instance; il devra donc s'adresser à cet élément et s'efforcer par tous les moyens de calmer les souffrances d'une maladie fatalement mortelle.

Nous passons aux ANNEXES DE L'UTÉRUS, dont l'inflammation, dit l'auteur, offre les mêmes modalités, qu'elle survienne après la délivrance ou sous l'influence d'autres causes; la condition

spéciale de l'utérus imprime seulement un caractère plus aigu à l'affection. Néanmoins, et bien qu'il y ait contradiction apparente, M. West se déclare partisan de l'essentialité de la FIÈVRE PUERPÉRALE : « La fièvre puerpérale est une maladie de toute la constitution, accompagnée de changements notables dans le système circulatoire, et probablement aussi d'une altération que nous n'avons pas eu jusqu'ici l'habileté de découvrir..... Dans la fièvre puerpérale, il peut y avoir lésion manifeste de l'utérus, de ses annexes, de ses vaisseaux ou du péritoine; mais il y a aussi quelque chose de plus, le *divinum aliquid*, le τo θειον d'Hippocrate... »

Cette inflammation, quelque origine qu'elle reconnaisse, a pour siége prédominant le tissu cellulaire de la région; elle a la plus grande tendance à suppurer et devient alors le phlegmon péri-utérin, phlegmon que les auteurs français, MM. Bernutz et Goupil, placent exclusivement dans les ligaments larges, rattachant les autres formes inflammatoires à une péritonite partielle située au voisinage de l'utérus.

Pour l'HÉMATOCÈLE RÉTRO- OU PÉRI-UTÉRINE, l'auteur se range à l'opinion de Bernutz, Aran, Virchow, qui admettent que l'hémorrhagie occupe invariablement la cavité du péritoine; le sang paraît provenir, dans la grande majorité des cas, de la rupture d'un ovaire congestionné, ou des franges des tubes de Fallope.

L'exposé des symptômes est suivi de l'analyse de huit observations intéressantes tirées de sa pratique personnelle. Relativement à la question thérapeutique, il penche pour l'expectation et n'admet la ponction du sac que pour les cas où l'épanchement a peu ou point de tendance à la résorption et marche au contraire vers la suppuration.

L'auteur passe rapidement sur les diverses formes de l'INFLAMMATION DE L'OVAIRE : ovarite aiguë, chronique, abcès de l'ovaire. Il met à part, comme une affection de nature purement névralgique, la *douleur ovarique* sans lésion utérine, que Churchill attribue à une simple *irritation ovarienne.*

Nous arrivons aux leçons sur les TUMEURS ET L'HYDROPISIE DE L'OVAIRE, tumeurs qui, dix-neuf fois sur vingt, comme le fait remarquer M. West, sont des kystes. Avec Paget, il les distingue en kystes simples et stériles, ayant pour point de départ des organes voisins de l'ovaire, les corps de Wolff, et kystes composés et prolifères. La discussion des théories sur la cause première de l'hydropisie dans les vésicules de de Graaf le conduit à admettre des origines multiples, que ces kystes soient dus à un développement endogène ou à la juxtaposition de plusieurs petits kystes. Une variété bizarre ne pouvait être passée sous silence; je veux parler de ces kystes contenant de la graisse, des cheveux, des dents, dont l'origine a été bien éclairée par les recherches du docteur Steinlin. Il admet que le développement du kyste n'est que secondaire; qu'il se forme primitivement un tissu analogue au tégument externe, et que la distension de la poche ne survient que par l'accumulation des produits sécrétés. Après une étude approfondie des causes, des symptômes et du diagnostic des kystes de l'ovaire, l'auteur aborde la question du traitement, en prenant l'une après l'autre chaque méthode et la soumettant au double contrôle d'une théorie raisonnée et des résultats pratiques.

Pour lui, les kystes de l'ovaire, au point de vue du traitement, se divisent en trois groupes :

1° Cas qu'il faut abandonner à eux-mêmes.
2° Cas qu'on peut abandonner à eux-mêmes.
3° Cas qui justifient ou nécessitent une intervention.

A ces derniers s'appliquent, suivant les variétés, les ponctions simples, les ponctions avec injections iodées (méthode de Boinet), enfin l'ovariotomie.

Trois leçons sur les AFFECTIONS DE LA VESSIE, DE L'URÈTHRE et des organes extérieurs de la génération terminent l'ouvrage. Ce sont plutôt des considérations générales qu'une étude approfondie : « Mon intention n'est pas de traiter en détail un sujet aussi étendu, mais de signaler quelques désordres de l'appareil urinaire propres aux femmes. » La cystite, les fistules vésico-vaginales, la congestion et les tumeurs de l'urèthre, du vagin, les éruptions, inflammations de la vulve, enfin ces variétés névropathiques, telles que vaginisme, coccygodynie sont sommairement passées en revue.

Tel est le résumé succinct de cet ouvrage; plusieurs questions sont traitées brièvement ou d'une façon moins complète que les autres. Nous allons voir comment les lacunes ont été habilement comblées par le traducteur; l'auteur s'excuse, du reste, et l'on ne peut que le féliciter d'une aussi sage réserve quand il dit : « Je me suis souvent contenté d'hypothèses et de fragments d'information quand il aurait fallu des propositions et des règles positives... Il en sera ainsi si je veux rester dans la limite des choses acquises à la science et ne pas prendre un ton affirmatif dans des questions qui ne sont pas encore résolues. »

En appréciant à part les annotations nombreuses qui accompagnent ce livre, nous avons voulu faire ressortir à leur juste valeur ces pages savantes de critique et de bibliographie qui se cachent sous la dénomination trop modeste de notes. C'est presque une œuvre à part, complétant certains chapitres, commentant les doctrines exposées dans certains autres, venant appuyer de toute l'autorité d'un clinicien distingué les faits énoncés, enfin mettant en relief les recherches modernes françaises et étrangères sur ces diverses questions. Ces annotations sont placées çà et là, au travers du livre, toutes les fois qu'il y a lieu d'élucider une question ou de la compléter.

Dans la première partie relative aux troubles de la menstruation, nous trouvons la question des emménagogues et de leur application, les rapports de la menstruation avec les maladies aiguës. Au chapitre des inflammations, M. Mauriac combat les tendances de MM. Courty et Robin à différencier des états similaires; pour lui, fluxion, congestion, engorgement ne sont que des phases de l'hypérémie ou du processus inflammatoire; il en est de même de l'hypertrophie utérine, qui n'existe pas en temps que maladie distincte. Il s'étend avec soin sur les diverses périodes anatomo-pathologiques de la métrite chronique, période d'infiltration et période d'épaississement ou d'induration; sur l'étude des variétés d'ulcérations; sur les symptômes, et en particulier sur un d'entre eux, la leucorrhée, en terminant par ce triste pronostic emprunté à Scanzoni : Nous ne pouvons pas encore citer un seul cas où nous, ayons constaté la guérison complète de la métrite chronique et de ses terminaisons.

La tuberculose des organes génitaux, les tumeurs épithéliales de l'utérus, le traitement du cancer lui fournissent l'occasion de citer les noms et d'analyser les travaux de MM. Brouardel, Cornil, Gallard et Greenhalgh. A propos des inflammations et des hémorrhagies péri-utérines, le résumé des monographies si complètes de M. Bernutz vient montrer que l'hématocèle n'est pas une maladie, mais seulement une affection symptomatique qui se rapporte à des variétés spéciales. Les observations de pelvi-péritonite et les remarques du traducteur suppléent à l'insuffisance de cette question dans l'ouvrage et nous font voir que, comme les inflammations de l'ovaire, cette affection se rattache à des causes multiples. Arrivant aux tumeurs de l'ovaire, M. Mauriac étudie successivement les kystes prolifères de l'ovaire, les hydatides, le cancer, l'avulsion et la transplantation de l'ovaire, connues depuis le mémoire de Rokitansky, les grossesses extra-utérines et les corps fibreux de l'ovaire. Le chapitre du traitement des kystes fournit le sujet de développements importants. Partisan plus avoué de l'ovariotomie, M. Mauriac ne néglige rien pour élucider complétement la question. Résumant les discussions de l'Académie sur la ponction des kystes, les conclusions de Spencer Wells sur ce sujet, reproduisant les statistiques de M. Boinet sur les ponctions suivies d'injections iodées, il laisse au lecteur le soin de juger la question en toute connaissance de cause. Son étude sur l'ovariotomie, des plus complètes au point de vue du manuel opératoire, est enrichie d'une statistique récente fournie par M. Kœberlé lui-même, statistique

dont les résultats éclatants sont faits pour ébranler les convictions les plus opposées. Les points spéciaux sont traités avec soin et les détails opératoires empruntés à deux ovariotomistes justement connus MM. Kœberlé et Péan.

Les leçons sur les affections des organes extérieurs lui fournissent l'occasion de traiter largement une question laissée dans l'ombre par M. West, je veux parler des affections vénériennes chez la femme.

Au sujet de la blennorrhagie, le traducteur repousse, jusqu'à preuves plus positives, les conclusions de M. Rollet sur la question doctrinale de la spécificité. « D'une façon absolue, dit-il, elles sont vraies; mais les arguments s'adressent surtout à la raison. Demandez-vous d'où vient ce catarrhe contagieux, et vous verrez surgir des difficultés insolubles. Peut-on affirmer que la femme qui communique une blennorrhagie l'a reçue elle-même par voie de contagion?... En d'autres termes, le catarrhe blennorrhagique est-il toujours le résultat de la contagion ou peut-il naître spontanément? Malgré tout ce que j'ai su et tout ce que j'ai lu, je reste encore dans le doute. » S'il nous est permis, en face d'une autorité aussi imposante, d'émettre une opinion personnelle, nous serions assez disposés à accepter les conclusions de M. Rollet, nous fondant, pour les admettre, sur l'immunité du coït dans une foule d'écoulement vagino-utérins aussi intenses et aussi purulents que la blennorrhagie, mais qui n'en avaient pas les propriétés virulentes. Une analyse sommaire des accidents vénériens proprements dits termine cette série de notes. Passant en revue les diverses formes de chancre mou, de chancre infectant, des manifestations secondaires et tertiaires, M. Mauriac conclut à la possibilité, prouvée par des exemples irrécusables, de la coexistence des trois ordres d'affections à la fois: blennorrhagie, chancre simple et chancre infectant. Il insiste avec raison sur la différence des manifestations de la syphilis chez la femme et chez l'homme. Chez celle-là, il y a en effet, sous l'influence de cette affection constitutionnelle, surtout à sa première période, une explosion de phénomènes nerveux des plus variés qui peuvent embarrasser au premier abord, mais qui n'ont aucune signification grave au point de vue du pronostic des phases ultérieures.

Cet aperçu succinct ne peut donner qu'une idée imparfaite de l'importance des notes ajoutées par M. Mauriac. Le lecteur trouvera dans cette traduction aussi fidèle qu'élégante le double avantage de l'utile uni à l'agréable, et nous pouvons hardiment rassurer le traducteur sur la crainte qu'il exprime à la fin de sa préface. Ses commentaires, en ajoutant un attrait de plus, complètent parfaitement cet ouvrage et le rendent doublement précieux à consulter.

F. Labadie-Lagrave.

Index bibliographique.

Étude médicale sur Baréges, par le docteur Armieux. Victor Rozier, Paris, 1871, in-8 de 576 pages.

Cette monographie comprend trois parties : 1° la topographie, le sol, le climat et les eaux; 2° l'action physiologique et pathogénétique; 3° statistique et effets thérapeutiques.

Parmi les chapitres les plus intéressants, nous signalons une étude statistique sur les incidents de la cure thermale qui est basée sur l'observation de 958 malades; des expériences prouvant que la température du corps s'abaisse sensiblement sous l'influence des bains de Baréges; enfin des tableaux statistiques indiquant les résultats généraux de l'action des eaux sur les militaires traités à ces eaux thermales pendant six années; d'ailleurs de nombreux chapitres sont consacrés à l'examen des indications et des contre-indications de la cure; un dernier tableau présente les maladies rangées suivant les résultats à attendre de Baréges avec la mention de l'action favorable, incertaine, nulle ou nuisible. Cette monographie, très-consciencieusement faite, est une œuvre utile et opportune.

Manuel opératoire des résections, par A. Dubreuil, Savy, Paris, 1871.

L'auteur résume avec clarté et précision le manuel opératoire des résections, des articulations du membre supérieur et du membre inférieur; il réunit ainsi des préceptes disséminés dans diverses monographies, et des figures représentant la forme et la direction des incisions facilitent l'étude des divers procédés.

Des différentes formes de l'ovarite aigue, par le docteur Scaglia. Delahaye, Paris, 1870.

L'auteur divise l'ovarite, au point devue étiologique, en sept espèces : les ovarites simple, varioleuse, blennorrhagique, rhumatismale, traumatique, menstruelle et puerpérale; au point de vue symptomatique, il montre avec raison qu'on peut admettre et décrire les trois formes d'ovarites suraiguë, aiguë et subaiguë, tandis que la clinique ne peut résoudre le diagnostic des trois formes anatomiques admises par les auteurs les ovarites folliculeuse, parenchymateuse et péritonéale.

VARIÉTÉS.

Adolphe Richard.

Voici le discours prononcé par M. Orfila sur la tombe de ce regretté confrère :

Messieurs,

L'honneur de porter aujourd'hui la parole au nom de la Société des agrégés revenait de droit à un de mes collègues de la section de chirurgie. J'ai sollicité la faveur de rendre hommage à la mémoire de mon bien-aimé camarade Adolphe Richard; en me chargeant de ce devoir pieux, le président a voulu accorder à ma vieille amitié la plus douce consolation.

Et maintenant j'hésite à laisser un libre cours à l'expression des sentiments qui m'oppressent! Qu'il me soit permis de tenter de tromper la douleur du moment présent par le souvenir du temps passé. Au lieu d'attacher nos regards sur cette tombe qui contient la dépouille inanimée de notre cher collègue, reportons nos esprits vers les belles et brillantes années de sa jeunesse; représentons-nous Adolphe Richard en 1842. Il atteignait à peine sa vingtième année, et déjà il faisait un cours public de botanique auquel se pressaient de nombreux élèves : parmi ses auditeurs nul n'a oublié cette exposition méthodique et claire, cette parole élégante et facile, qui étaient, il faut le dire, des dons de famille. Le succès remporté dès le début alla toujours croissant pendant trois années. La voie paraissait donc toute tracée pour ce jeune homme, qui, en se livrant à l'étude et à l'enseignement de l'histoire naturelle, était destiné à continuer dignement les traditions glorieuses de son grand-père et de son père.

Mais, tout en professant la botanique, Adolphe Richard travaillait pour obtenir le diplôme de docteur en médecine. C'est pendant qu'il suivait les cliniques des hôpitaux que se déclara son goût, je devrais dire sa passion pour la chirurgie. La puissance du chirurgien contre la plupart des maux qu'il est appelé à combattre ne tarda pas à frapper son esprit observateur; et la pensée, l'espoir de soulager ou de guérir les malades presque à coup sûr, devait exercer sur son âme essentiellement bonne et humaine un attrait irrésistible. Bientôt, oubliant ou dédaignant les avantages que lui assurait l'histoire naturelle et, tout en prévoyant les difficultés que lui réservait la chirurgie, Richard entreprit résolûment ses études favorites. En 1846, après un brillant et solide concours, il était nommé aide d'anatomie. Ce premier pas étant franchi, il devint rapidement professeur, chirurgien du Bureau central et enfin agrégé. Les conférences, les leçons, les cours que ces différents titres lui donnèrent l'occasion de faire, soit au lit du malade, soit à l'amphithéâtre de la Faculté, mirent encore en lumière son talent de professeur : la pratique de la chirurgie révéla, d'ailleurs, les grandes et nobles qualités qui distinguaient notre cher collègue; sa nature aimante, expansive, enthousiaste contribuait autant que son savoir et sa dextérité à adoucir les souffrances de ses malades.

Mille traits charmants m'ont été contés en leur temps par des personnes même inconnues pour moi, parce qu'elles m'entendaient prononcer le nom de celui qu'elles appelaient leur sauveur; voici celui qui est le plus présent à ma mémoire : Un enfant, atteint d'une affection exigeant une opération fort grave, est envoyé dans le service dirigé par Adolphe

Richard; la constitution délabrée du pauvre enfant ne laissait aucune chance de succès. Sans hésiter, Richard installe son malade dans les environs de Paris, et le confie aux soins dévoués de sa sœur, madame Bouvard, digne à tous égards de la mission qui lui est dévolue. Là, pendant un mois, non-seulement cet enfant est l'objet des soins que réclame son état, mais encore sa famille adoptive prodigue, pour le distraire, les inventions les plus variées et les plus ingénieuses. Richard, de temps à autre, ne manque pas de diriger les jeux (et il savait si bien jouer avec les enfants !). Enfin l'opération est faite avec habileté et supportée avec courage. Bientôt, cependant, des accidents graves surviennent et le malheureux opéré ne pouvait plus parler. Quelles ne furent pas la surprise et l'émotion de toute la famille en trouvant, quelques jours plus tard, dans la main de l'enfant qui le tenait serré sur son cœur et le portait avec effusion à ses lèvres, le ruban de la décoration de Richard tombé sans doute sur le lit pendant l'opération !

Une voix plus autorisée que la mienne dira quelle est en chirurgie l'œuvre de notre collègue. Quant à moi, je n'ai pu résister au désir de rappeler l'homme plutôt que le savant. Intelligence vive, alerte, prête sur toutes les questions de littérature, d'art et de science, cœur excellent, aimant et élevé, tel fut Adolphe Richard. Par son instruction et par son charme, par son savoir et sa bonté il avait conquis la sympathie et l'estime dans tous les rangs de la société ; partout il rehaussait le prestige de notre belle profession. Le corps médical a fait une perte, difficile à réparer, le jour où cette nature d'élite a subi les premières attaques d'un mal impitoyable, dont les progrès n'ont pu être arrêtés, ni par les soins les plus éclairés, ni par le dévouement le plus tendre.

Richard laisse deux enfants : ils vont grandir sous la direction d'une mère distinguée, énergique, courageuse et pénétrée de ses devoirs ; elle saura faire éclore et développer les dons excellents qui, jusqu'à présent, par un rare privilége, se trouvaient largement et également répartis entre tous les membres d'une famille si favorisée.

ARRÊTÉ RELATIF A L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIÈNE DANS LES LYCÉES.

Le Ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Vu le programme de leçons élémentaires d'hygiène dans les lycées, proposé par l'Académie de médecine, arrête :

Art. 1er. — Les élèves des classes de philosophie et de mathématiques spéciales des lycées sont tenus de suivre des leçons élémentaires d'hygiène.

Art. 2. — Cet enseignement, donné autant que possible par le médecin du lycée, est divisé en six leçons, conformément au programme ci-après :

Première leçon. — De l'hygiène, son but, ses moyens. — Des agents atmosphériques au point de vue de leur influence sur la santé (air, lumière, chaleur, électricité, sécheresse, humidité, vents). — Altérations principales de l'air (climats, endémies, épidémies).

Deuxième leçon. — Des habitations (sol, exposition, ventilation, chauffage, éclairage, propreté). — Causes d'insalubrité. — Vêtements : Modifications selon les âges, les saisons, les climats, le temps. — Soins du corps : Cosmétiques, bains de propreté en général.

Troisième leçon. — Aliments : Nature et qualités des divers aliments, leur appropriation aux âges, aux tempéraments, aux professions, aux climats ; conditions d'une bonne digestion. — Conserves alimentaires ; altérations et falsifications des aliments ; régime alimentaire.

Quatrième leçon. — Boissons : Eaux potables et leurs caractères, leurs altérations, moyens de les prévenir et de les corriger. Conservation des eaux potables. — Boissons fermentées : Vin, cidre, bière, spiritueux, liqueurs, café et thé.

Cinquième leçon. — Hygiène des sens : Veille et sommeil ; travaux intellectuels et manuels.

Sixième leçon. — Exercice et repos ; gymnastique. Exercices spéciaux : natation, équitation, escrime, danse.

Fait à Paris, le 6 mai 1872.

Jules SIMON.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 8 au 14 juin 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1.— Rougeole, 19.— Scarlatine, 2.— Fièvre typhoïde, 12. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 18. — Pneumonie, 41. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 3. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 217. — Affections chroniques, 261 (1). — Affections chirurgicales, 50. — Causes accidentelles, 18. — Total, 678.

Lille : Décès du 16 au 31 mai 1872, 167. — Méningite, 18 ; fièvre typhoïde, 4 ; bronchite, 20 ; pneumonie, 19 ; diarrhée et entérite, 18.

Londres : Décès du 2 au 9 juin 1872, 1289 ; variole, 27 ; rougeole, 39 ; scarlatine, 18 ; coqueluche, 63, fièvre typhoïde, 26 ; bronchite, 116 ; pneumonie, 76.

Bruxelles : Décès du 26 mai au 1er juin 1872, 94 ; fièvre typhoïde, 2 ; croup et angine couenneuse, 3 ; coqueluche, 3 ; entérite et diarrhée, 6.

Turin : Décès du 27 mai au 2 juin 1872, 121 ; coqueluche, 6 ; variole, 4 ; fièvre typhoïde, 4 ; pneumonie, 3.

Rome : Décès du 27 mai au 2 juin 1872, 188. — Fièvre typhoïde, 5 ; variole, 12 ; croup et diphthérie, 18 ; pneumonie, 12.

(1) Sur ce chiffre de 261 décès, 122 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS. — Par suite de la promulgation de la convention postale franco-allemande, les prix de la GAZETTE HEBDOMADAIRE et du BULLETIN DE L'ACADÉMIE, pour l'empire allemand, sont fixés comme suit :

	Un an.	Six mois.	Trois mois.
GAZETTE seule......	29 fr.	15 fr.	8 fr.
BULLETIN seul......	21	11	6
GAZETTE et BULLETIN.	43	23	12

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Annuaire pharmaceutique, fondé par O. Reveil et L. Parisel, ou Exposé analytique des travaux de pharmacie, physique, histoire naturelle médicale, thérapeutique, hygiène, toxicologie, pharmacie et chimie légales, eaux minérales, intérêts professionnels, par le docteur C. Méhu. Neuvième et dixième années. Paris, J.-B. Baillière et Fils. *Franco* par la poste. 1 fr. 50

Des abcès du foie des pays chauds et de leur traitement chirurgical, par le docteur S. V. de Castro (d'Alexandrie d'Égypte). In-8 de 91 pages. Paris, J.-B. Baillière et Fils. 2 fr. 50

Nouveau manuel de l'herboriste, ou Traité des propriétés médicinales des plantes exotiques et indigènes du commerce, suivi d'un Dictionnaire pathologique, thérapeutique et pharmaceutique, par H. Béclu. In-18 de 256 pages avec figures intercalées dans le texte. Paris, J.-B. Baillière et Fils. 2 fr. 50

Conférence médicale de Paris. Discussion sur la variole et la vaccine, par les docteurs Caffe, Dally, Callard, Marchal (de Calvi), Lanoix, Tardieu, Révillout, etc. 1 vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 27 juin 1872.

ASSEMBLÉE NATIONALE : DISCUSSION DU PROJET DE LOI SUR LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE ; L'ARTICLE 37. — LA RÉORGANISATION DU CORPS DE SANTÉ MILITAIRE.

Discussion du projet de loi sur le recrutement de l'armée; l'article 37.

Toute loi renferme quelques articles fondamentaux qui en résument l'esprit. Tel est, pour la loi militaire, l'article 37, fixant la durée du service dans chacune des catégories de l'armée. Aussi la discussion de cet article a-t-elle pris plusieurs séances, successivement amené à la tribune un grand nombre d'orateurs, et nécessité l'intervention fréquente des membres de la commission et même celle du chef du gouvernement.

L'article 37 a été voté, en deuxième délibération, suivant le texte proposé par la commission; il est peu probable qu'il se trouve modifié lors de la troisième et dernière délibération. Il établit que la durée du service sera de cinq ans dans l'armée active, de quatre ans dans la réserve de l'armée active, de cinq ans dans l'armée territoriale, et de six ans dans la réserve de cette armée.

Précisément en raison de cette durée du service, fixée à cinq ans dans l'armée active, il n'a pas été possible de réunir tout le contingent sous les drapeaux; aussi est-il établi par l'article 41 que, après une année de service, une portion du contingent, dont la force sera fixée par le ministre de la guerre, pourra être renvoyée dans ses foyers et considérée comme en disponibilité de l'armée active. Cette année de service sera, suivant l'article 42, réduite à six mois pour les jeunes soldats dont l'instruction paraîtra assez avancée ; mais elle pourra aussi être doublée pour les jeunes gens trop arriérés, pour ceux qui ne sauront *ni lire ni écrire* (condition exécutoire à partir seulement du 1er janvier 1875, — article 76).

Pour établir ces fixations, la commission et le gouvernement supposent que, chaque année, en moyenne, 302 000 jeunes gens seront inscrits sur les listes de tirage. Sur ces 302 000 hommes, après avoir retranché les jeunes gens exemptés pour infirmités (article 16), ou dispensés pour des motifs de famille et d'intérêt social, énumérés aux articles 17, 18, 19, 22 et 23, on n'obtiendra en définitive que 157 566 hommes aptes au service militaire; 8000 hommes seront mis à la disposition de la marine et, en nombres ronds, 150 000 envoyés dans l'armée; il faudra en défalquer environ 15 000 qui auront contracté des engagements conditionnels d'un an (1).

(1) Voyez le Rapport à l'Assemblée nationale, présenté au nom de la Commission par M. de Chasseloup-Laubat, p. 67.

La constitution de l'armée sur le pied de paix serait donc la suivante :

ARMÉE SUR LE PIED DE PAIX.

Contingent : 1re année, 150 000 hommes réduits de 15 000 par les volontaires d'un an	135 000	
— 2e année, 75 000 hommes maintenus par ordre de numéros de tirage, réduits par une perte de 4 pour 100 (décès, réformes, etc.)	72 000	
— 3e année. Les 72 000 hommes de la 2e année, réduits par une perte de 3 pour 100 (décès, réformes, etc.)	69 840	
— 4e année. Les 69 840 hommes de la 3e année réduits par une perte de 2 pour 100 (décès, réformes, etc.)	68 440	
		345 280
Partie permanente non recrutée par les appels (officiers, gendarmes, corps étrangers, etc.)		120 000
Total partiel		465 280
Volontaires d'un an équipés et entretenus à leurs frais		15 000
Total général		480 280

Sur ces 480 280 hommes, il n'en est que 465 280 qui incombent au budget, puisque les volontaires d'un an, sauf exceptions prévues dans le paragraphe additionnel de l'article 56 (amendement de M. Duvergier de Hauranne), sont équipés et entretenus à leurs frais.

Dans ce tableau, la commission n'a pas tenu compte de la cinquième année de service, que l'article 37 donne au gouvernement le droit d'exiger; c'est qu'en effet, et on l'a bien souvent dit à la tribune, cette cinquième année est singulièrement raccourcie. — En vertu de l'article 39, la durée du service compte à partir du 1er juillet de l'année du tirage au sort, mais la mise en route n'aura évidemment jamais lieu avant octobre ou novembre ; on laissera les jeunes gens dans leurs familles pour le temps des récoltes, époque où les bras manquent toujours à l'agriculture. D'un autre côté, on n'attendra pas la date du 30 juin pour envoyer dans la réserve la classe qui aura terminé ses cinq années; dès le mois de décembre il sera donné des congés renouvelables, en sorte que le militaire ne restera pas sous les drapeaux plus de quatre ans et deux ou trois mois. Les choses se sont toujours passées de la sorte. Sous l'empire de la loi de 1832, on n'a jamais fait sept ans; le temps de service comptait du 1er janvier de l'année du tirage au sort, tandis que la mise en route des contingents ne se faisait guère avant septembre, et l'on donnait largement des congés renouvelables vers la fin de la sixième ou au commencement de la septième année.

Au point de vue démographique, on doit se préoccuper principalement du chiffre de l'armée sur le pied de paix ; car la période de guerre n'est qu'une exception. Ce sont les gros

contingents, du temps de paix, qui exercent une déplorable influence sur le développement de la population. Cependant, comme, malgré toutes les prévisions, la période de guerre peut durer longtemps, même avec les armées considérables de notre époque, il peut être intéressant de rechercher quel serait le nombre des individus mis à la disposition de l'armée par la nouvelle loi.

ARMÉE SUR LE PIED DE GUERRE.

Armée active.

	Soldats du pied de paix.	Volontaires d'un an.	En disponibilité de l'armée active.	
Partie permanente...	120 000			
1re année de service..	135 000	15 000		
2e — ..	72 000	14 700	57 000	
3e — ..	69 840	14 410	55 430	
4e — ..	68 440	14 130	54 310	
5e — ..	67 080	13 850	53 530	
Totaux.....	532 360	72 090	220 270 =	824 720

Réserve de l'armée active.

1re année.........	65 740	13 570	52 170	
2e — ..	64 530	13 300	51 170	
3e — ..	63 140	13 030	50 110	
4e — ..	61 780	12 770	49 070	
Totaux.....	255 190	52 670	202 520 =	510 380

Total général..... 1 335 100

Desquels on doit déduire la dernière classe, qui étant en voie d'instruction ne peut immédiatement marcher à l'ennemi.. 150 000

Restent comme mobilisables.... 1 185 100

NOTA. — On remarquera que, dans tous ces nombres, il a été tenu compte des chances de mortalité particulières à chaque époque de la vie. (Voyez, pour plus de détails, le Rapport précité.)

M. L. Le Fort a publié en 1867 (*Gaz. hebd.*, 1867, p. 466, 513 et 601) un remarquable travail qui montre la diminution progressive de la natalité en France. Tandis que, dans la période de 1821 à 1830, nous comptions 1 naissance sur 32 habitants, dès 1860, nous n'en inscrivions plus que 1 sur 37, et notre malheureux pays tient le dernier rang sur le tableau des naissances comparées dans les différents États d'Europe. On compte 1 naissance sur 26 habitants en Prusse, 1 sur 24,5 en Saxe, 1 sur 20,5 en Russie. M. L. Le Fort, d'accord avec tous les autres démographes, admet que les gros contingents de l'armée ont une influence notable sur cette diminution progressive des naissances; c'est une opinion que la théorie ferait seule admettre, si le contrôle des faits ne la démontrait surabondamment. Chaque fois que le contingent s'est élevé, le nombre des mariages et celui des naissances ont diminué d'une façon notable (Lagneau, *Gaz. hebd.*, 1867, p. 243). De 1851 à 1853, avec 80 000 hommes de contingent, il y a eu 848 953 mariages; de 1854 à 1856 (guerre de Crimée), on a levé 140 000 hommes, il n'y a plus eu que 838 632 mariages, soit un déficit de 10 321 pour les trois années. Pour les naissances, la proportion est la même : pendant les trois années qui ont suivi la guerre de Crimée (contingent de 140 000 hommes) il y a eu 30 266 naissances de moins que dans la période triennale précédente; en 1860, il y a eu 61 021 naissances de moins qu'en 1859; or, on se souvient que, en raison de la guerre d'Italie, le contingent de la classe 1858, levé en 1859, a été porté également à 140 000 hommes.

M. Léonce de Lavergne a porté ces faits à la tribune de l'Assemblée en étudiant les chiffres de natalité pour la période de la Restauration. Lorsque le contingent était de 40 000 hommes, a-t-il dit, la population s'accroissait de 200 000 existences par an; lorsqu'on a adopté le chiffre de 60 000 hommes, le ralentissement de la natalité a commencé et a toujours reculé progressivement à l'accroissement du contingent.

Cette diminution continuelle des naissances tendrait à faire tomber le chiffre de la population si, par une heureuse circonstance, la mortalité ne suivait aussi une marche décroissante : de 1821 à 1830, elle était de 249 par 10 000 habitants; dès 1856-1860, elle n'était plus que de 238, et pour la période de 1860-1864 elle descendait à 202 pour 10 000 habitants (Le Fort, article précité). La caractéristique de notre décadence relative doit être, sans aucun doute, rapportée en partie à l'augmentation des contingents, mais elle est aussi en relation avec l'infécondité des mariages. M. Bertillon (article *Mariage*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1872) prouve que le nombre des mariages s'accroît en France d'une proportion beaucoup plus faible que dans d'autres pays, l'Angleterre en particulier; d'un autre côté, 100 femmes mariées, de quinze à quarante ans, donnent annuellement en France 26 naissances, tandis que les femmes anglaises en donnent 39 à 40, les belges et hollandaises 44 ! C'est là un résultat bien grave et qui doit singulièrement éveiller l'attention du démographe et du moraliste. On dit qu'un plus grand nombre de naissances illégitimes tend à combler le déficit de notre natalité; mais l'observation ne prouve-t-elle pas que les mariages donnent des produits plus sains, plus moraux, à cause de l'éducation de la famille, tandis que les unions illégitimes fournissent de nombreux contingents à la mortalité et à la criminalité. Nous ne pouvons insister davantage sur cette question, elle nous entraînerait trop loin de notre sujet.

Les chiffres produits par la commission, relativement à la force des classes annuelles, ont été combattus par plusieurs orateurs, en particulier par M. Keller; il a démontré que, tout au moins pour les cinq premières classes que nous aurons à lever, celles de 1872 à 1876, on trouvera un déficit permanent sur le chiffre de 302 000 hommes, accepté par la commission. En effet, a-t-il dit, le nombre des naissances s'est élevé en 1851 à 992 000, en 1852 à 965 000, en 1853 à 936 000, en 1854 à 923 000, en 1855 à 899 000. Or, s'il faut 3,15 naissances pour faire un inscrit, nous n'en trouverons guère que 288 000; ce sera un déficit annuel de 14 000 inscrits, ou de 6 à 7000 soldats à peu près. M. Keller aurait pu ajouter une autre considération, dont on ne paraît pas avoir suffisamment tenu compte, celle de la perte de trois de nos départements, les Haut et Bas-Rhin et la presque totalité de la Moselle; ils donnaient annuellement 14 000 inscrits en moyenne et fournissaient de magnifiques contingents (*Gaz. hebdom.*, 1871, p. 734). M. Keller et plusieurs autres députés ont cherché à faire prévaloir l'idée du service de trois ans pour toute la classe. Nous n'avons pas à discuter ici les considérations qui ont amené le rejet de ces amendements, mais, comme la loi n'en est encore qu'à sa deuxième délibération, nous nous permettrons de faire remarquer que, au point de vue du développement de la population, ce système eût présenté de sérieux avantages. A vingt-quatre ans, au plus tard, tout jeune homme

aurait pu se marier; or, c'est précisément la période de la vie que les démographes regardent avec raison comme la plus favorable au mariage; avec le service de cinq années pour une portion du contingent, de six mois à un an pour l'autre, 75 000 jeunes gens par an devront attendre l'âge de vingt-six ou vingt-sept ans, tandis que ceux de vingt-deux ans placés en disponibilité de l'armée active, ne se marieront pas. A cet âge, on n'a pas encore de carrière, on ne peut généralement subvenir aux charges de la famille; ces jeunes gens attendront au moins jusqu'à vingt-quatre ans, en sorte que de toutes façons l'époque du mariage sera fort reculée pour une partie de la classe sans être notablement avancée pour l'autre.

Il est juste de dire néanmoins que la loi de 1872 constituera, au point de vue démographique, un grand progrès sur la loi de 1832, qui reculait le mariage jusqu'à vingt-huit ou vingt-sept ans pour 100 000 jeunes gens tous les ans.

Nous nous permettrons, en terminant, de signaler aux médecins membres de l'Assemblée une rédaction qui semble défectueuse, celle de l'article 67. Il est dit : « Les médecins, chirurgiens ou officiers de santé qui, appelés au conseil de révision à l'effet de donner leur avis... ont reçu des dons, etc... » — La loi de 1872 reproduit les anciennes appellations de médecins, chirurgiens, qui n'existent plus actuellement; de plus, elle semble supposer qu'un *officier de santé* peut être appelé comme expert devant le conseil de révision, ce qui n'est pas et ne doit pas être. L'article 28 spécifie qu'un médecin militaire, ou à défaut un médecin civil, seront désignés pour assister le conseil de révision; pourquoi dès lors l'article 67 maintient-il une autre appellation et ne dit-il pas simplement « les médecins » ? Une loi doit être logique dans toutes ses parties. C'est là du reste un petit défaut de rédaction qu'un amendement, soutenu en troisième délibération, suffirait évidemment pour faire disparaître.

Dr G. Morache.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

La réorganisation du corps de santé militaire.

La discussion de la loi militaire donne plus d'opportunité à la question si souvent débattue de l'organisation de la médecine militaire en France. La Gazette hebdomadaire veut-elle bien me permettre de placer quelques considérations sur ce sujet à côté de celles qu'elle a déjà présentées ?

Les adversaires des Écoles spéciales ont fait valoir bien des arguments qui leur paraissent destinés à démontrer l'insuffisance des efforts tentés avec tant d'énergie et de patience par le savant et regretté directeur du Val-de-Grâce. A les entendre, l'École de Strasbourg n'aurait été qu'une *fabrique* de docteurs militaires, c'est-à-dire insuffisants. Ces partisans d'une réforme qui ne serait autre qu'un retour à une organisation condamnée par l'expérience n'osent point cependant pousser leurs théories assez loin pour condamner l'existence d'un corps spécial de médecins militaires. Tous reconnaissent la nécessité de cadres permanents, sans songer qu'en supprimant un recrutement fixe et sérieux, ils s'exposent à ne plus avoir, dans un avenir prochain, de médecins instruits pour les remplir. Il me paraît donc utile d'insister encore pour démontrer : 1° la nécessité de maintenir ou même d'augmenter les cadres du corps de santé militaire; 2° la nécessité d'organiser très-promptement une ou plusieurs Écoles médico-militaires, seules capables d'assurer le recrutement des médecins militaires.

I

Un corps de santé spécialement destiné à soigner les soldats est indispensable en temps de paix aussi bien qu'en temps de guerre.

En temps de paix, le médecin militaire doit être, à la fois, médecin et administrateur. Chirurgien, il doit étudier avec soin la chirurgie d'armée, se tenir au courant de tous ses progrès, ne jamais négliger les exercices de médecine opératoire, d'ophthalmoscopie, etc. Médecin, il lui faut connaître la pathologie spéciale de l'armée, celle des pays chauds et, en particulier, de l'Algérie, les nombreuses questions d'hygiène et d'épidémiologie militaire qui se présentent journellement dans les camps ou dans les hôpitaux. Requis pour le service des hôpitaux, des médecins civils dont la compétence, en ce qui concerne toutes les questions de pratique médicale, est indéniable, ne pourraient acquérir que très-lentement cette expérience que donnent au médecin militaire un enseignement spécial et l'habitude de vivre de la vie du soldat.

D'un autre côté, le médecin militaire doit connaître à fond les lois et les règlements qui président à l'organisation de l'armée. Pour juger les cas d'exemption de manœuvres, de corvées, de service, il faut qu'il soit au courant de toutes les obligations journalières du soldat, de ses habitudes, du régime hygiénique et alimentaire auquel il est soumis. Les questions relatives aux *congés de réforme*, aux *retraites*, aux *mises en non-activité*, celles qui se présentent devant les *conseils de révision* exigent ce *coup d'œil* médical que l'on n'acquiert qu'après de nombreuses visites à l'infirmerie régimentaire, ou dans les corps de troupes, et qui seul permet de déjouer ces supercheries si fréquentes dans l'armée. Il faut, de plus, que le médecin auquel incombent ces fonctions administratives ait une position tout à fait indépendante. La loi militaire s'oppose à ce qu'un médecin préside aux opérations du conseil de révision dans une ville qui lui sert de résidence habituelle. A plus forte raison faut-il s'opposer à ce qu'un médecin qui, par les relations que lui donne sa clientèle, se trouve exposé à tant de sollicitations, puisse être investi de ces fonctions qui entraînent pour lui une si grave responsabilité. Enfin, pour inspirer quelque confiance aux officiers et surtout aux soldats, le médecin militaire doit être *officier* lui-même. Il doit pouvoir imposer, au besoin, les prescriptions hygiéniques qu'il considère comme indispensables, veiller à ce que les soldats ne fassent pas de trop longs séjours dans les hôpitaux, etc. Après de nombreux essais, les Prussiens ont reconnu la nécessité d'assimiler les médecins de leur armée aux officiers combattants. Tous nous avons pu, pendant la dernière guerre, apprécier les avantages d'une semblable organisation.

En temps de guerre, le personnel auxiliaire nécessairement incorporé en vertu de la loi nouvelle, se trouverait arrêté à chaque instant par les mille détails de l'organisation d'une armée en campagne, s'il n'existait un personnel *militant* habitué aux rapports journaliers avec le commandement et l'administration, et possédant une autorité souveraine dans l'ambulance et dans l'hôpital. Si la discipline militaire exige que tous ceux qui appartiennent à un corps d'armée connaissent le code militaire et soient habitués à l'obéissance, elle exige aussi, surtout depuis la convention de Genève, que tout

le personnel médical soit connu du général en chef et présente des garanties absolues, non-seulement de probité, mais encore d'obéissance. Il me paraît nécessaire de ne placer à la tête des ambulances, dans les corps de troupe, etc., que des médecins militaires proprement dits. Les médecins civils appelés pour la durée de la guerre auraient de nombreuses occasions de prouver leurs aptitudes professionnelles, leur dévouement et leur patriotisme en soignant les malades ou les blessés dans les hôpitaux d'évacuation de première ou de deuxième ligne.

Toutes ces raisons semblent militer en faveur de l'existence d'un corps de santé nombreux, instruit, discipliné. L'organisation actuelle présente, assure-t-on, des vices radicaux, et il est indispensable d'améliorer la position des médecins de l'armée. Nous trouvons ces opinions exagérées. Sans doute, la division qui existe entre les médecins d'hôpitaux et les médecins de corps de troupe pourrait disparaître. Elle n'a qu'un seul avantage, celui de permettre à un quart, à un tiers tout au plus des médecins de l'armée de se vouer exclusivement au service hospitalier et d'acquérir ainsi des connaissances scientifiques et professionnelles plus étendues. Il est très-évident que les médecins de régiment perdent l'habitude de voir des malades et négligent, pour le côté purement administratif, le côté scientifique de la profession médico-militaire. Ceux toutefois qui semblent croire qu'il suffit d'obliger les médecins militaires à soigner leurs malades pour leur inspirer le goût d'un labeur de tous les instants, me paraissent se faire une idée bien singulière de l'organisation de l'armée. Ce qui a découragé jusqu'à ce jour un petit nombre de médecins militaires, ce qui les a empêchés de travailler autant qu'ils auraient dû le faire, c'est l'instabilité de leur position. On demande au médecin d'être à la fois un homme de science et un homme de guerre. On veut qu'il se tienne au courant du mouvement scientifique et qu'il assiste journellement à tous les exercices du soldat (manœuvres, promenades, bains, etc.); bien plus, on l'oblige tous les deux ou trois ans à changer de garnison et, sans pouvoir se charger d'une bibliothèque, à parcourir les villes les plus dénuées de ressources de la France et de l'Algérie. Tant que ces conditions ne seront pas changées, le médecin d'armée ne pourra être un homme d'étude. Quelques privilégiés seuls arriveront, après un séjour prolongé dans une grande ville, à rehausser, par le renom qu'ils auront pu acquérir, la considération du corps auquel ils appartiennent; le jour où ils seront envoyés de garnison en garnison, ils se verront obligés eux-mêmes de renoncer au travail.

La première réforme à introduire dans l'organisation actuelle du corps de santé nous paraît donc devoir être la répartition des médecins militaires dans les diverses régions dont se compose la France. Que l'on crée, ainsi que l'ont demandé les chefs les plus autorisés de la médecine militaire, des médecins divisionnaires et subdivisionnaires; que les médecins d'armée soient attachés non à tel ou tel régiment, mais à un hôpital central où ils seront *tous* appelés à soigner les malades. Il deviendra dès lors facile au médecin divisionnaire, chef de service, de détacher pour le service de tel ou tel régiment, de désigner pour accompagner momentanément telle ou telle colonne de troupes, les jeunes médecins que leur grade, leurs aptitudes ou leur tour de service n'appelleront pas, pour quelques mois ou quelques semaines, à traiter des malades. Il sera non moins facile de retenir pendant un temps plus ou moins long à l'hôpital divisionnaire ceux des médecins que leurs travaux ou leurs services rendent plus dignes de cette faveur. Le *concours* que l'on a demandé pour rendre plus équitable l'avancement des médecins militaires n'aurait que pour but de permettre à certains médecins d'obtenir, en donnant une preuve de capacité, un poste de choix, c'est-à-dire une résidence dans une ville dont les ressources scientifiques lui permettraient de travailler. Les services militaires, l'ancienneté et les titres scientifiques suffiraient pour assurer à chaque médecin l'avancement auquel il a droit.

Une objection qui ne manquera pas d'être faite à ce projet peut être aisément réfutée. On parlera de l'armée d'Afrique et de la nécessité d'entretenir en Algérie un corps médical suffisant. On proclamera, au nom de l'équité et de la bonne administration, qu'il est indispensable d'envoyer à plusieurs reprises chacun des médecins de l'armée passer plusieurs années dans l'un des postes de notre colonie : Il est évident qu'il est nécessaire de désigner, chaque année, pour l'Algérie un certain nombre de médecins. Mais il est tout à fait inutile de les y astreindre à un service aussi pénible que peu médical. Tel médecin aide-major est détaché dans une *smala* où il se trouve avoir à traiter quatre ou cinq malades au *plus* par mois; tel autre habite un pénitencier dont la population lui fournit moins de clients encore ; il y aurait donc à veiller d'abord à ne point désigner de médecins pour les postes où leur présence n'est pas nécessaire. D'un autre côté, si les avantages attachés à la position des médecins d'Afrique étaient suffisants ; si, en leur assurant une solde supérieure ou un avancement plus rapide, on arrivait à créer en Algérie un corps spécial et privilégié, on éviterait, à bien peu de frais, ces déplacements incessants, onéreux et nuisibles à toute étude sérieuse, dont la perspective enlève chaque année au corps de santé militaire un si grand nombre de médecins distingués.

Création de centres médicaux où les médecins militaires, réunis sous la direction d'un médecin divisionnaire, trouveraient toutes les conditions nécessaires pour un travail scientifique sérieux ; suppression de ces changements incessants de garnison qui rendent le travail impossible, détachements pour le service des régiments et des camps, faveurs de solde ou d'avancement accordés aux médecins d'Afrique, qui y seraient envoyés sur leur demande ; concours pour assurer la répartition des médecins entre les diverses circonscriptions médicales (ces concours, ayant lieu pour chaque grade, devraient être subis de nouveau à chaque fois que le médecin militaire avance en grade) ; telles seraient, pensons-nous, les réformes urgentes et utiles ; reste à démontrer la nécessité d'un recrutement sérieux.

II

Presque tous les systèmes de *recrutement* ont été essayés avant l'organisation d'une École de service de santé militaire. Le régime, dit des *sous-aides*, a donné des résultats déplorables. Les anciens sous-aides n'arrivaient souvent au grade de docteur qu'après plusieurs années de service militaire. Leur position même les éloignait des centres d'instruction ; ils prenaient les habitudes de dissipation si fréquentes dans l'armée ; quelques-uns n'arrivaient pas au titre de docteur ; d'autres n'y parvenaient qu'après avoir fait preuve devant une faculté d'un peu de mémoire et de beaucoup de persévérance. Les rapports des ministres qui se sont succédé, depuis 1852 jusqu'en 1859, constatent que le recrutement par les docteurs civils admis après concours à l'École du Val-de-Grâce ne peut don-

ner que des résultats tout à fait insuffisants. N'a-t-on pas vu récemment encore (déc. 1871) le ministre de la guerre adresser deux appels successifs aux jeunes docteurs civils, simplifier, en leur faveur, les conditions d'admission, aller jusqu'à leur supprimer l'année de stage que les médecins aides-majors doivent subir au Val-de-Grâce et arriver, après tant de promesses, à voir trois candidats s'inscrire pour cinquante places? L'expérience sera-t-elle renouvelée? Nous en doutons; mais un autre argument prend plus de force. L'obligation du service militaire va, dit-on, jeter dans les cadres de la médecine d'armée tous les étudiants en médecine appelés par la loi du recrutement. C'est là une espérance des moins fondées. La loi nouvelle, les paroles du rapporteur sont là pour le prouver, créera certainement des exceptions nombreuses en faveur des jeunes gens voués aux professeurs libérales. On ne retiendra pas sous les drapeaux pendant cinq années consécutives un étudiant en droit non plus qu'un étudiant en médecine. Dès lors, ces derniers trouveront aisément à satisfaire aux obligations de la loi militaire sans prendre l'engagement de servir pendant plusieurs années dans la médecine des armées. La loi de l'obligation du service militaire pourra forcer tous les jeunes étudiants en médecine à remplir, dans les hôpitaux, des fonctions analogues à celles des infirmiers de visite ou des internes militaires; en remplissant ces fonctions, ils acquerront des notions utiles qui pourront leur servir au moment où, appelés à l'activité pendant une guerre, ils devront servir dans les hôpitaux de 2e ou 3e ligne. Mais jamais ils n'arriveront ainsi à posséder les qualités requises pour faire de bons médecins militaires. Nous l'avons dit plus haut, le médecin d'armée ne se forme ni en suivant les cours d'une faculté ni en remplissant pendant une année, dans un hôpital, des fonctions subalternes. Ce qu'il lui faut, c'est la *pratique* médicale et chirurgicale, c'est l'expérience que donnent la vie militaire, la fréquentation habituelle des soldats, la nécessité de prévoir et de combattre les épidémies. D'un autre côté, c'est en vain qu'on espère retenir ceux qui, par leur intelligence, leur travail où leur fortune arriveront à se créer une position civile. Incorporés à regret, ces jeunes médecins abandonneront l'armée le plus vite possible, à moins qu'ils ne trouvent, par suite des réformes que nous avons indiquées, une position plus fixe, plus stable que celle des officiers de l'armée.

L'école de Strasbourg, dont on a dit tant de bien, que l'on critique aujourd'hui avec tant d'amertume, a fourni depuis 1859 un recrutement suffisant (50 ou 60 élèves par an). Elle a eu pour résultat l'arrivée au Val-de-Grâce d'élèves plus jeunes, plus disciplinés, et je ne crains pas de l'affirmer, plus instruits que par le passé. La discipline militaire, qui ne s'acquiert pas en un jour, s'apprend vite lorsque, sorti du lycée à l'âge de dix-huit ou dix-neuf ans, on se trouve immédiatement astreint à un règlement sévère, soumis aux lois de l'obéissance militaire. Les élèves de l'école de Strasbourg, s'ils avaient été libres de s'abandonner, loin de leurs familles, à l'existence souvent frivole et dissipée des étudiants en médecine, n'auraient pu vers l'âge de vingt-six ou vingt-sept ans subir les exigences de la discipline militaire et donner aux officiers de l'armée l'exemple de la moralité et du travail. Peu d'entre eux seraient arrivés à des positions de choix, obtenues à la suite de brillants concours. L'école de Strasbourg, commandée par un intérêt de moralit e de discipline, a eu un autre résultat encore. Créant en France un nouveau foyer scientifique, offrant aux médecins de l'armée des positions analogues à celles des médecins professeurs de la marine, elle a été cause d'émulation et de travail. Des concours se sont ouverts; or, l'école ayant été définitivement organisée en 1864, il est arrivé qu'en 1870, 6 médecins répétiteurs (sur 11) et 2 agrégés du Val-de-Grâce (sur 7) sortaient de la nouvelle école. Le plus ancien avait quitté l'École comme élève en 1866. Ces chiffres répondront à ceux qui accusaient tout récemment l'École de Strasbourg de donner à ses élèves un enseignement insuffisant.

Le seul inconvénient sérieux de l'École du service de santé militaire avait été d'accumuler dans une même ville un trop grand nombre d'étudiants. Il en résultait une dépense trop considérable; et d'un autre côté, les ressources anatomiques et cliniques mises à la disposition de ces élèves restaient souvent insuffisantes. Mais qu'il est aisé de remédier à de semblables défauts! Pourquoi ne recruterait-on pas les jeunes étudiants âgés de dix-huit ou dix-neuf ans, c'est-à-dire ayant pu déjà prendre quatre inscriptions en médecine et subir leur examen de sciences accessoires? N'ayant plus qu'à se vouer à l'étude dela médecine proprement dite, ces jeunes étudiants seraient répartis entre les divers centres médicaux où les ressources anatomiques et cliniques seraient, par le ministre de la guerre, jugées suffisantes. Une année passée à Lyon ou à Bordeaux serait consacrée à l'anatomie, à la physiologie et à la médecine opératoire. A Montpellier, Nancy, Lille ou Nantes, ils étudieraient la pathologie interne ou externe, la médecine légale, l'hygiène, etc. A Paris, au Val-de-Grâce, ils compléteraient leurs études en suivant les cours spéciaux de tout temps professés dans cette école. A côté des études théoriques ou pratiques qu'ils pourraient faire en suivant l'enseignement des facultés, ces élèves militaires seraient astreints dès le début de leurs études à assister à deux espèces de cliniques: les cliniques de la Faculté de médecine, où ils apprendraient la pratique médicale proprement dite; les cliniques de l'Hôpital militaire où, habitués peu à peu à toutes les exigences scientifiques et administratives de la profession militaire, ils acquerraient les connaissances professionnelles dont ils ont si besoin dès qu'ils ont quitté les bancs de nos écoles. Quelques professeurs ou répétiteurs militaires, qui cumuleraient les fonctions de médecins traitants dans les hôpitaux militaires annexés aux facultés suffiraient à cet enseignement. Nommés au concours, comme les répétiteurs actuels de l'École transférée à Montpellier, ils accepteraient certainement, comme l'avaient accepté leurs prédécesseurs, un service pénible, mais récompensé par la certitude d'un séjour prolongé dans une ville dont les ressources scientifiques leur permettraient de travailler.

Le budget de la guerre n'aurait pas à supporter de bien lourdes charges en créant ainsi plusieurs écoles médico-militaires. Les médecins-professeurs rempliraient les fonctions de médecins d'hôpitaux. Le supplément de solde alloué aux écoles est insignifiant. Quant aux élèves, dispensés de leurs frais d'études, logés dans un bâtiment annexé à l'hôpital militaire ou à la faculté, au besoin même logés en ville, ils pourraient être astreints à un règlement analogue à celui qui régit les écoles Centrales, des Mines, des Ponts et Chaussées, etc. Une subvention modique, la certitude de pouvoir, dès qu'ils auraient atteint le titre de docteur, entrer dans une carrière honorée et suffisamment rétribuée, la per-

spective de positions plus stables, plus en rapport avec les goûts sédentaires naturels à l'homme de science, attireraient, j'en suis certain, un grand nombre d'élèves. Les dernières promotions de l'École de Strasbourg dépassaient cent élèves; le chiffre des demandes d'admission augmentait dans des proportions considérables au moment où la guerre fut déclarée. Il est évident qu'il en serait de même aujourd'hui. Je le répète donc, les Écoles médico-militaires, qui existent dans tous les pays, peuvent seules assurer au corps de santé militaire organisé sur les bases que nous avons proposées, un recrutement fixe, durable et sérieux (1).

Dr L. Lereboullet.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Névropathie cérébro-cardiaque, par le docteur M. Krishaber.

Suite. — Voyez les numéros 20, 21 et 23 (2).

Les observations que nous venons de donner, ainsi que les considérations que nous allons y rattacher appartiennent presque exclusivement à la forme grave de la maladie que nous décrivons sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque ;* nous n'ajouterons que quelques remarques en passant, au sujet de la forme légère, dont l'importance est infiniment moindre, et l'analogie avec la forme grave pourtant assez marquée pour qu'il soit inutile d'y insister.

Symptômes. — Un individu est pris au milieu d'une occupation quelconque et sans aucun épiphénomène d'une sensation particulière à la tête, « comme une bouffée ou un flot qui monte » ; instantanément il survient de l'*obnubilation* des *sens*, des *bourdonnements d'oreille*, de la *photopsie* en même temps qu'une *angoisse* à la région du *cœur* accompagnée de *palpitations*, d'un malaise excessif et d'une impressionnabilité générale. Simultanément, ou quelques moments après, surviennent du *vertige*, de la *titubation* ou même de la *paraplégie ;* le malade tombe alors; mais il arrive aussi qu'au lieu d'être paralysé il éprouve une *agitation* extrême qui le pousse à marcher malgré lui. Quelquefois il se produit au même moment de la défaillance ou même de la *syncope*. Les premiers phénomènes s'amendent quelque peu, mais ils réapparaissent le même jour ou le lendemain, et en tous cas peu de jours après avec plus de violence et sans que les premiers symptômes aient complétement disparu dans l'intervalle. Les accès se répètent ensuite à des distances de moins en moins éloignées, et au bout de peu de jours les symptômes deviennent continus.

Pendant toute la durée de la maladie, les accidents du début existent sans jamais laisser place à l'état normal, fût-ce même pendant une heure; mais ces accidents subissent dès l'origine de grandes oscillations : le malade, jusqu'à leur cessation complète, est tantôt en proie aux accès les plus formidables, tantôt, au contraire, dans un état d'apaisement relatif. Les moments de recrudescence affectent une forme quasi-périodique, avec frisson suivi de sensation de chaleur.

Dès la première apparition des symptômes, le sommeil se trouble; il survient une *insomnie* persistante et même absolue qui dure plusieurs semaines et est suivie d'*insomnies relatives*, mais toujours très-prolongées. Lorsque le sommeil se produit par instants le malade ne dort jamais plus de dix ou vingt minutes consécutives, et lorsque plus tard il dort plusieurs heures, son sommeil est extrêmement agité de rêvasseries et d'angoisses. Le plus souvent ces trois états différents se rencontrent à des périodes diverses, ou bien se succèdent à intervalles plus ou moins rapprochés.

On conçoit que l'ordre de ces alternatives peut varier à l'infini; ce qu'il importe de constater c'est que le sommeil est profondément troublé pendant au moins quelques mois, quelquefois pendant une ou plusieurs années et même lorsque tous les troubles s'apaisent, le sommeil ne devient tout à fait normal que vers la fin de la maladie.

Dans la forme légère de la névropathie cérébro-cardiaque, les nuits sont calmes ou peu s'en faut. Les malades accusent quelquefois un sommeil très-lourd, comme s'ils étaient narcotisés; tout à fait vers le déclin, il survient aussi de la *somnolence*, qui est alors si prononcée que le malade s'endort au milieu de ses occupations ou d'une conversation. Disons ici que lorsqu'un seul des principaux symptômes, le *vertige*, par exemple, est très-violent sans que les autres le soient au même point, le sommeil peut être normal ou à peu près. (Obs. VIII.)

Nous avons remarqué que les insomnies se lient plus particulièrement à certains troubles cérébraux qui ne sont pas le vertige, mais bien plutôt la sensation d'*ivresse* et de *rêve*, et que les *cauchemars* sont de préférence en relation directe avec l'intensité des symptômes *cardiaques*. Mais, en thèse générale, la division de la maladie en deux formes nous semble justifiée par les faits, et elle a pour base les modifications apportées à cette fonction physiologique importante entre toutes, le sommeil. Il importe donc d'analyser soigneusement cette grave perturbation fonctionnelle.

Nous venons de dire que l'insomnie est souvent absolue et prolongée; le malade cherche le sommeil dans les positions les plus variées (le plus souvent couché par terre, la tête abaissée, les jambes élevées; nous avons souvent remarqué que le malade ne peut pas rester couché du côté gauche). Si ces tentatives échouent, il s'impatiente, s'agite et devient d'une *irritabilité excessive*. D'autres fois, il reste pendant des semaines entières couché et presque immobile, comme engourdi, l'esprit lourd mais les yeux ouverts, gardant conscience de lui-même et se trouvant dans un état intermédiaire entre le sommeil et la veille

Ce n'est guère au début que cet état se produit, parce que dès les premières nuits d'insomnie on administre des narcotiques; mais plus tard, lorsque la série des somnifères est épuisée, ou lorsque, se sentant troublé par l'effet de ces médicaments, le malade se refuse à en prendre, c'est alors que les insomnies opiniâtres lui font subir le supplice du besoin inassouvi de sommeil. Quand, au bout d'un temps plus ou moins long, celui-ci reparaît partiellement, les nuits n'en sont point meilleures : le malade a des rêves tellement pénibles qu'il préfère encore l'insomnie complète et fait même tous ses efforts pour éviter le sommeil. D'horribles *cauchemars* le réveillent plusieurs fois en une heure, et lorsqu'une série de nuits s'est passée de la sorte, il est en proie à de véritables *visions*, il perd la notion exacte des choses qui l'entourent et se sent plongé comme dans un rêve perpétuel. Il est dans un état d'*ivresse* avec tous les caractères qui lui appartiennent : l'hésitation de la parole, la titubation, et quelquefois aussi l'exaltation ou l'hébêtement.

La nature des rêves est très-caractéristique; les impressions tristes dominent. Le malade est ordinairement obsédé par des apparitions extrêmement pénibles; ce sont des monstres ou des serpents qui l'étreignent; il rêve de chutes, de strangulations sous toutes les formes, il est assassiné, noyé, enseveli vivant; c'est une succession non interrompue d'illusions effrayantes d'une excessive vivacité. Il se réveille constamment en sursaut avec des palpitations, des sueurs profuses, de l'anxiété, il recouvre avec peine ses sens; c'est alors que ses rêves le poursuivent dans l'état de veille et se transforment en

(1) Nous avons encore reçu, sur le même sujet, une lettre de M. le docteur Marchand, que nous insérerons, avec quelques remarques, dans le prochain numéro.

(*Note de la Rédaction.*)

(2) Une phrase entre parenthèses est placée par erreur à la fin de notre observation XVII; elle trouve sa place au commencement de l'observation XIX.

hallucinations; il profère des paroles incohérentes, des appels au secours, etc., etc. Ce tableau varie beaucoup, mais il offre toujours l'image de la plus complète torture.

Quelques heures se passent ainsi; les visions s'évanouissent petit à petit, mais le malade reste ahuri, sa tête est *vide*, son esprit garde longtemps quelque chose du rêve, un *vague* indéfinissable; un voile invisible enveloppe tout ce qui l'entoure et ne lui en permet pas l'exacte compréhension. Pour reconnaître un objet quelconque, il est obligé de réfléchir à son usage; les raisonnements les plus simples ne se font que par un effort pénible.

Cet état est suivi quelquefois de *surexcitation*. Ainsi, après une matinée d'obnubilation intellectuelle il récupère toute sa *lucidité*, sa mémoire devient nette, les idées se présentent avec une grande précision, et il sent en lui une telle exubérance de vie et de pensées qu'il se croit mieux doué qu'en état de santé; et, en effet, il l'est par instants. Cette surexcitation, qui est presque toujours accompagnée de sensation d'ivresse, n'est pas durable, elle fait bientôt place à l'abattement; l'intelligence redevient obtuse, la confiance s'enfuit. Incapable de réfléchir sur quelque sujet que ce soit, le découragement revient et le malade retombe dans son état d'hébêtement.

Il est très-remarquable que cet état ne conduit jamais au délire, ni partiel, ni général. Certains symptômes s'amendent même la nuit, tel est le vertige.

Le *vertige* est un des symptômes les plus caractéristiques de cette affection. Il est un des premiers à apparaître, mais ordinairement il devient discontinu avant les autres. Il affecte des formes diverses, le plus souvent il est giratoire, les objets tournent autour d'un axe fictif qui traverse le corps du malade, ou bien c'est le sol qui se soulève, qui se creuse ou qui donne la sensation du bateau; d'autres fois les objets oscillent, se lèvent ou se baissent, certains malades comparent ce qu'ils voient à un « tourbillon ». La marche devient impossible ou très-difficile, et la perte du sentiment de l'équilibre devient telle que le malade ne peut même pas rester assis. Nous en avons vu un qui pouvait courir, mais non marcher (obs. VIII): il s'élançait, en quelque sorte, à pas précipités vers le but qu'il voulait atteindre. Plusieurs fois nous avons vu se produire des mouvements involontaires, une tendance à se porter à droite ou à gauche; mais nous n'avons vu ni le mouvement de rotation, ni celui de manége ou de recul. Quelques malades sont *attirés* à *terre* d'une manière irrésistible; certains voient des précipices; d'autres se sentent comme *enlevés* du sol. Tel individu perd à la fois la notion exacte de la résistance et le sentiment de l'équilibre, il est en proie à de la parésie en même temps qu'à une perversion indéfinissable; il lui semble que ses jambes ne lui appartiennent pas et que les mouvements se produisent en vertu d'un *automatisme* auquel sa volonté reste étrangère; l'équilibre est rompu par cette étrange perception.

Quant à la *paraplégie*, nous l'avons rencontrée un bon nombre de fois; elle est incomplète en ce sens que, couché, le malade peut remuer ses jambes, mais elles tombent en résolution dès qu'il veut s'en servir pour la marche. Les parésies sont très-fréquentes, elles sont généralisées et se traduisent par une lassitude excessive; le malade ne peut soulever le moindre poids ou faire quelques pas sans fatigue. Nous avons observé une fois la *contracture* des membres inférieurs (obs. IV), elle se produisait au déclin de la maladie, exclusivement aux deux membres inférieurs, mais n'était ni permanente ni durable. (Voyez aussi obs. XXII.)

Lorsque le vertige cesse d'être continu, il se produit encore sous l'influence des causes extérieures, telles que l'inclinaison de la tête en avant, en arrière ou, ce qui est plus commun, latéralement. Il suffit de fixer le regard sur un objet quelconque, sur un livre ouvert, pour que le vertige apparaisse avant même que la première ligne soit achevée. Le malade n'ose pas s'approcher d'une fenêtre ouverte, il ne peut passer sur un pont ou regarder le ciel lorsque le vent chasse les nuages, etc. Il serait inutile de multiplier ces exemples, qui sont extrêmement nombreux. Les causes d'ordre psychique qui produisent le vertige sont nombreuses : signalons un effort intellectuel quelconque, une impression morale un peu vive, l'ennui causé par une conversation désagréable, etc.

Aux moments où l'état vertigineux est le plus intense, il survient des nausées et des vomissements, mais ceux-ci ne précèdent jamais le vertige; il est important de constater que l'estomac est impressionné par l'existence même du vertige, mais que l'inverse n'a pas lieu, au moins chez nos malades.

Nous verrons plus loin que le vertige est intimement lié aux perturbations des sens. De ces perturbations naissent encore les *étourdissements*.

Pendant l'étourdissement les objets ne tournent pas, le sol n'est pas en mouvement, il se produit plutôt une *absence* momentanée à la suite d'une impression quelconque; l'hyperesthésie des sens est telle qu'une parole prononcée à haute voix, un rayon de soleil, le passage d'une voiture font perdre au malade, pendant un instant très-court, la notion des lieux où il se trouve et des choses qui l'entourent. Les étourdissements sont moins pénibles que le vertige, et le malade peut, jusqu'à un certain point, surmonter cette sensation par un effort de volonté.

Les *étourdissements* sont toujours dus à des causes purement physiques; ils accompagnent les autres phénomènes morbides jusqu'au déclin de la maladie, et se produisent encore, par conséquent, lorsque le vertige a déjà complétement disparu.

La sensation d'*ivresse* que nous avons signalée se produit surtout aux moments de surexcitation; le malade devient alors communicatif et sociable, quelquefois jusqu'à l'excès, mais il y a cette différence avec l'ébriété qu'il garde toute son intelligence.

A toutes ces sensations morbides se joint un état particulier qui consiste à se croire séparé de l'univers; il semble au malade que son corps est enveloppé de *milieux isolants* qui s'interposent entre lui et le monde extérieur.

Quant à la *vue*, elle a subi des *modifications* multiples : tel malade se regarde dans la glace avec étonnement, comme s'il ne pouvait se reconnaître, tel autre a horreur de son image, qui lui représente un être différent de l'idée qu'il a de lui-même, mais il n'est pas dupe de son illusion et sait que rien n'est changé, si ce n'est la perception. Ce qui se produit pour sa propre personne a lieu aussi pour le monde extérieur : le malade trouve hommes et choses étranges, insolites, il est *étonné*, toujours étonné, il lui semble « être transporté sur une autre planète ». (Obs. I, II, III et IV.)

A ces troubles s'ajoutent l'*amblyopie* et la *diplopie*; la vue est affaiblie et les objets se voient doubles. L'amblyopie est constante, la cécité peut même se produire (obs. VII), mais elle est passagère. La diplopie est surtout accusée lorsque le malade veut fixer un objet; ce sont ordinairement les objets luisants ou très-éclairés qui sont vus doubles. Il survient souvent des *mouches lumineuses* ou des *étincelles*, mais quelquefois aussi de véritables *hallucinations*. Celles-là ne se produisent généralement que dans l'obscurité : ce sont des visages grimaçants, des monstres, des figures chimériques qui s'imposent au malade.

A tous ces troubles s'ajoute la *photophobie* : le malade s'enferme pendant des mois dans une obscurité presque complète, et même plus tard, lorsque cette sensibilité s'émousse, il est obligé de porter, quelquefois pendant des années, des lunettes à verres très-foncés, le moindre rayon de lumière produisant des étourdissements et même du vertige.

L'*ouïe* est *touchée* d'une manière analogue. Les plus légers bruits produisent des impressions pénibles et quelquefois même très-douloureuses; les sons musicaux même ne peuvent être tolérés; c'est une source constante d'*irritation*, le bruit faisant naître des accidents apaisés par le silence et l'isolement. Telle personne, qui après quelques heures de repos et de solitude se sent soulagée, sort dans la rue, et à la première voiture qui passe est prise de vertige, de sensation d'ivresse, etc.

Mais quelquefois l'hyperesthésie auditive est poussée à ce point que le frôlement d'une étoffe, le bruit de la plume sur le papier, le tic-tac d'une montre, retentissent douloureusement dans la tête et provoquent des troubles généraux. L'irritabilité de ces malades ne peut être comparée qu'à celle d'une grenouille incomplétement empoisonnée par la strychnine. Les tintements et bourdonnements d'oreille s'ajoutent à ce tourment (bruit de cascade, son d'une cloche, bourdonnement de la guêpe, sifflement). Diverses sensations auditives se produisent *dans la tête même*, au front, au sinciput, etc. Au moment de la plus grande intensité de ces bruits, le vertige augmente considérablement, et il se produit instantanément de l'obnubilation. Nous avons observé aussi qu'avec des bourdonnements d'oreille très-prononcés d'*un seul côté* coïncide l'impulsion du malade à marcher contre son gré dans la direction correspondante (obs. IV). Les bruits qui se produisent dans les oreilles et dans la tête le réveillent ou l'empêchent de dormir. Il est utile de faire remarquer qu'il *ne survient pas d'hallucinations auditives* proprement dites, car le malade n'entend jamais des phrases ou des fragments de phrases, mais il éprouve des troubles de l'ouïe d'une autre nature; sa propre voix semble se perdre dans l'espace sans pouvoir atteindre l'oreille de ses interlocuteurs, dont les réponses, à leur tour, sont difficilement perçues. Les bruits extérieurs augmentent d'intensité, mais en perdant de leur netteté; ils sont à la fois retentissants et confus.

L'*odorat* et le *goût* subissent parfois des modifications analogues. Ces deux sens sont moins constamment troublés que la vision ou l'audition, mais il arrive cependant que le malade ne reconnaît ni le goût des aliments, ni l'odeur des substances odorantes. (Obs. II et XVII.)

Nous avons parlé des perturbations du *tact* et signalé les troubles de la locomotion qui en sont la conséquence; nous avons dit aussi que quelques malades ne reconnaissent pas au *toucher* la forme des objets. (Obs. I, II, XIV et XVII.)

Ce sont ces aberrations sensorielles multiples qui conduisent à des conceptions étranges; l'un nous dit qu'il lui semble ne pas être lui-même, l'autre exprime la même sensation par ce terme : « J'ai perdu la conscience de mon être »; il semble à celui-ci qu'il est double ou qu'il n'existe pas. La phrase qui revient le plus souvent est : « Je ne suis pas moi-même ».

Ces sensations étranges, comme les aberrations sensorielles qui les produisent, s'imposent constamment à l'esprit; mais ce que nous ne saurions trop vivement mettre en relief, c'est que *jamais* le malade, quelque troublé qu'il soit, ne croit à la réalité de ses illusions; *jamais il ne s'y rattache une conception délirante ;* au milieu de toutes ses aberrations, de sa surexcitation et de toutes ses angoisses, au milieu même de ses obnubilations et lorsque son esprit fonctionne péniblement, son jugement reste absolument intact. En proie à la sensation de rêve ou d'ivresse, il sait parfaitement qu'il ne rêve pas, qu'il n'est pas ivre; halluciné, il sait que les apparitions qui l'obsèdent ne sont que le produit de ses sens malades : son intelligence n'est donc jamais fondamentalement touchée.

La *mémoire* cependant a subi de *sérieuses atteintes*. Le malade confond les faits passés avec le souvenir de ses rêves; il a aussi perdu, plus ou moins complétement, la notion du temps. Mais c'est surtout la *mémoire locale* qui est affaiblie : tel individu ne reconnaît souvent pas les lieux qu'il a le plus fréquentés, tel autre ne retrouve pas le chemin de sa maison. Ces troubles durent fort longtemps, et même lorsque le malade peut sortir seul il a soin de se munir de sa carte de visite.

Nous avons signalé les *hyperesthésies* sensorielles; il nous reste cependant quelques faits à ajouter au sujet de la sensibilité générale. Nous n'avons jamais observé l'anesthésie, tandis que l'hyperesthésie de la peau est constante. Quelques malades ne peuvent supporter le simple frottement de leurs vêtements, et cette sensibilité exagérée n'est certainement pas étrangère à leur irritabilité, irritabilité qui se manifeste de diverses manières, mais toujours d'une façon persistante et excessive. Il survient, en outre, des *névralgies* multiples; les nerfs les plus fréquemment atteints sont les branches du trijumeau, des plexus brachial et sacré. Il se produit aussi des *arthralgies* et plus rarement des *myosalgies*. Les douleurs les plus persistantes, sinon les plus vives, se localisent aux doigts et aux orteils. Plusieurs de nos malades sont restés pendant bien des années dans l'incapacité de conduire une plume ou de tenir entre les doigts un objet de travail de couture ou de broderie; d'autres n'ont pu se chausser pendant un temps fort long. Lorsque dans ces mêmes parties les névralgies disparaissent, elles laissent derrière elles une hyperesthésie très-durable; nous l'avons constatée sur des individus déjà complétement guéris de tous les autres accidents nerveux. C'est bien à tort, suivant nous, que ces malades ont été considérés comme atteints de goutte ou de rhumatisme, il ne s'agit que de névralgies essentielles.

Une des névralgies les plus fréquentes et les plus vives est celle de l'*oreille;* elle est assez souvent accompagnée de névralgie du maxillaire inférieur, et la mastication devient alors difficile ou même impossible; le plus souvent une seule oreille est atteinte. Lorsque la douleur s'atténue, elle laisse place à une sensation de plénitude, comme si les oreilles étaient bouchées; instinctivement, et cent fois dans la journée, le malade y porte la main. Nous dirons ici en passant, pour y revenir plus tard, et afin de caractériser l'intensité et la persistance de cette névralgie, que chez nos malades, qui tous sont vertigineux, elle a conduit au diagnostic erroné du *vertigo ab aure læsa*, de même que la *sciatique*, névralgie non moins fréquente et qui même quelquefois est double, associée aux troubles de la locomotion, a fait souvent supposer une maladie organique de la moelle épinière et conduit à un traitement local des plus énergiques, toujours inutile suivant nous, et même souvent nuisible.

A côté des névralgies signalons des troubles sensitifs de tout autre nature et se produisant constamment; nous avons parlé du sentiment de *vide* dans la tête, insignifiant lorsqu'il est peu accusé, extrêmement pénible quand il est très-prononcé. Il coïncide souvent avec le vertige, qu'il précède lorsque celui-ci ne se produit que par accès. C'est le matin surtout qu'il se montre, après une nuit d'insomnie; il prend alors les proportions d'une douleur des plus vives. Plus rarement le malade sent sa tête lourde ou perçoit une tension particulière dans l'intérieur du crâne, qui lui fait dire que sa tête semble sur le point d'*éclater*.

Mais la douleur de beaucoup la plus intense affecte le cœur et prend la forme de l'*angine de poitrine*. De véritables accès se produisent, depuis le malaise le plus simple jusqu'à la douleur la plus violente. L'accès commence tantôt par une angoisse à la région précordiale, tantôt par une sensation de *strangulation*, phénomène constant du début ou de la fin de l'accès; bientôt les douleurs deviennent excessives, s'irradient le long des épaules et des bras, de préférence sur le bras gauche, et se prolongent dans la main jusqu'au petit doigt, avec ou sans fourmillements. Ces accès, lorsqu'ils sont violents, sont accompagnés de *suffocations*, ou au moins d'*oppressions*. Le malade est condamné alors à la plus complète immobilité, le moindre mouvement provoquant la douleur.

Lorsque les accès sont très-atténués, ils se manifestent seulement par une sensation de strangulation, de malaise et de *lassitude*. Cette strangulation se produit aussi tout à fait isolément, et en dehors des accès dure quelquefois une partie de la journée ou de la nuit; puis elle se transforme à mesure qu'elle s'atténue; le malade se plaint alors d'un sentiment de corps étranger, de déchirure, de cuisson au fond du pharynx. Ces impressions sont si persistantes qu'il se croit atteint d'affections de la gorge qui n'existent pas.

On voit, par l'ensemble de notre exposé, que *tous les sens sont frappés : 1° de perturbations multiples; 2° d'hyperesthésie.*

On conçoit que l'homme ainsi torturé soit profondément affecté et plongé dans le découragement et le désespoir. En effet

nos malades ont des *idées de suicide*, ou se laissent aller au plus profond abattement, avec désir de mourir. Les facultés affectives se ressentent de toutes ces impressions, les personnes les plus chères deviennent indifférentes; impossible aussi de s'occuper d'affaires. L'irritabilité du malade rend ses rapports difficiles, même avec sa famille; il s'isole, éprouve des antipathies violentes et non motivées et devient complétement *insociable*; et cependant, nous ne cesserons de le répéter, au milieu de toutes ses souffrances il garde toujours invariablement intacte l'intégrité de son intelligence; jamais aucune parole, jamais aucun acte insensé, ne viennent justifier l'idée d'une aliénation mentale; il porte un jugement raisonnable sur la situation dans laquelle il se trouve et apprécie sainement chacune de ses sensations. Certaines aptitudes intellectuelles sont diminuées, il est vrai, pendant les grands accès; tout travail devient alors impossible, ou peu s'en faut, mais dans les moments d'apaisement relatif, même lorsque les accidents sont encore très-prononcés, le malade peut se livrer à des travaux de courte durée pendant lesquels il retrouve ses aptitudes ordinaires; la fatigue se produit rapidement, mais il est important de constater que le travail lui est matériellement possible. Nous avons vu aussi que dans les moments d'excitation cérébrale, les facultés des malades semblent s'augmenter, et il est alors doué d'une lucidité et d'une facilité qui ne lui étaient pas habituelles. Seul dans l'obscurité et le silence, aucune pensée spontanée ne se présente à son esprit, et cela pendant des journées entières, mais les excitations du dehors font naître par des associations involontaires d'idées, des souvenirs arrivant en masse, jusqu'à la confusion.

Les troubles de la *respiration* ne sont pas très-accusés, c'est le plus souvent de la dyspnée, survenant presque constamment au moment des accès d'angine de poitrine, mais existant aussi indépendamment d'eux; elle est provoquée surtout par le décubitus dorsal, mais aussi par le fait seul de la digestion, par conséquent après les repas.

Nous avons observé plusieurs fois la *toux* nerveuse. L'*aphonie* est moins fréquente, mais l'état particulier que nous avons décrit sous le nom d'*asynergie vocale* survient à plusieurs moments de la journée et se manifeste par des troubles de la voix très-caractéristiques (voy. Krishaber et Peter, Larynx, pathologie médicale, in *Dict. encycl. des sciences médicales*, t. I, série II, p. 681).

Les troubles de la *circulation* ne sont pas moins constants que ceux des sens; ce sont des *palpitations* spontanées ou provoquées par les causes les plus insignifiantes, des lipothymies avec ou sans pâleur, et même des syncopes avec perte complète de connaissance. En général, le nombre des pulsations n'est pas augmenté, mais nous avons déjà signalé dans l'exposé du début de ce mémoire les accès qui *simulent* la *fièvre* avec pouls large, vibrant et augmentation de température. A l'auscultation on constate très-fréquemment un léger bruit systolique dans les vaisseaux du cou et quelquefois aussi à la base du cœur. Ce signe se rencontre aussi chez les malades d'aspect robuste et même pléthoriques.

Les fonctions *digestives* sont ordinairement peu troublées après les premiers mois, mais au début de la maladie il y a assez souvent une inappétence complète, des constipations prolongées alternant avec de la diarrhée, des nausées et même des vomissements. La pâleur et l'amaigrissement en sont la suite. Un de nos malades s'est nourri exclusivement de lait d'abord, de lait et d'œufs ensuite pendant plusieurs mois; mais les digestions redevenues normales, il a pu ensuite s'alimenter convenablement; les accidents multiples de son affection nerveuse n'en ont pas moins continué exactement comme au moment des troubles digestifs. Mais souvent aussi appétit et digestions ne sont *jamais* troublés. Quelquefois il survient de la dysphagie, nous avons signalé la névralgie du maxillaire inférieur à laquelle s'ajoute parfois la névralgie linguale; toutes deux sont très-persistantes.

Il arrive assez fréquemment que les accidents nerveux augmentent d'intensité au moment de la digestion, et ce phénomène se produit quelquefois aussi chez ceux qui ne se plaignent point de l'estomac. Ceux-ci gardent, au milieu des plus formidables accidents, l'aspect de la plus parfaite santé.

Début, marche, durée, terminaison. Brusque dans la forme grave, l'invasion est lente et progressive dans la forme légère; permanents d'abord, les symptômes plus tard ne se présentent que par accès. Le vertige cesse d'abord la nuit, devient ensuite discontinu même dans la journée, mais il reparaît encore très-souvent et pendant bien des années, soit spontanément, soit provoqué par la plus légère cause extérieure. Il en est de même de la sensation de vide, de rêve et d'ivresse. Le plus souvent ces deux phénomènes alternent, le premier succédant à la nuit et se propageant vers le milieu de la journée, tandis que la sensation d'ivresse survient plutôt vers le soir. Les bourdonnements d'oreille accompagnent souvent les autres symptômes jusqu'à la fin. Lorsque la sensation de vide a cessé, les malades qui cherchaient la situation déclive la tête baissée, les pieds élevés, se contentent d'abord de la position horizontale, puis peuvent rester assis ou se tenir debout. Les troubles de la locomotion dus au vertige et aux étourdissements diminuent et cessent avec les phénomènes dont ils sont les corollaires. Les troubles de locomotion dus à la paralysie ou bien à l'affaiblissement du sentiment d'équilibre cessent ordinairement avant ceux causés par le vertige.

Les hyperesthésies sensorielles perdent de leur acuité avant la cessation des autres accidents. Toutefois l'hyperesthésie cutanée et les névralgies s'éteignent ordinairement beaucoup plus tard; les accès d'angine de poitrine ont une durée très-variable; lorsqu'ils cessent, ils sont remplacés par une sensation d'angoisse et de strangulation revenant souvent dans la journée et qui ne s'éteint complétement qu'avec tous les autres symptômes. Les névralgies trifaciales disparaissent ordinairement beaucoup plus tôt, mais il en est tout autrement de la sciatique, des pleurodynies et des arthralgies et de quelques hyperesthésies *localisées* qui durent beaucoup plus longtemps et quelquefois même persistent après la cessation de tous les autres symptômes.

La sensation d'isolement disparaît dès les premiers mois, mais la perturbation particulière en vertu de laquelle le malade perd jusqu'à un certain point le sentiment de sa propre personne est intimement liée aux troubles sensoriels et ne disparaît que lorsque ceux-ci se sont corrigés.

La diplopie et l'amblyopie sont extrêmement persistantes. La perturbation auditive en vertu de laquelle le malade n'a pas la notion exacte de la distance et du lieu d'origine des sons survit de beaucoup à l'hyperesthésie auditive. Les palpitations spontanées n'appartiennent qu'à la première période de la maladie, mais pendant très-longtemps encore elles sont provoquées facilement.

Les troubles du sommeil sont si importants que leur existence et leur degré d'intensité et de persistance nous ont conduit à diviser la névropathie cérébro-cardiaque en deux formes, *avec* ou *sans* troubles sérieux du sommeil. De la durée des insomnies dépendent les rapprochements et les transitions entre ces deux formes.

On peut dire qu'en somme, les phénomènes ne durent dans toute leur intensité que pendant deux ans, quelquefois beaucoup moins, mais jamais plus de quatre ans. Des symptômes isolés et atténués persistent ensuite et durent très-souvent bien des années. Ce sont ces mêmes phénomènes qui quelquefois ont précédé l'apparition brusque des troubles graves.

Disons encore qu'il y a parfois des rechutes. (Obs. VII et XVIII.)

Il serait inutile d'insister sur la forme légère, qui à l'intensité et à la constance des symptômes près n'est pas différente de la forme grave; mais elle débute insensiblement et disparaît de même.

Malgré l'excessive intensité des troubles et leur multiplicité, la névropathie cérébro-cardiaque suit une marche constante vers la guérison, quelque lenteur qu'elle y mette. Nous avons

pourtant recueilli l'observation d'un malade qui a succombé, mais, n'ayant pas vu nous-même la mort se produire, faute de renseignements suffisamment détaillés, nous nous sommes abstenu de publier cette observation. Il est cependant admissible que la névropathie cérébro-cardiaque puisse se terminer par la mort, mais d'après ce que nous avons vu jusqu'ici, ce sont l'intensité et la durée de la maladie, les souffrances multiples et excessives, l'incapacité absolue qui s'y rattachent, qui en constituent toute la gravité.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Thérapeutique chirurgicale.

Mémoire sur le traitement des blessures de guerre par la méthode antiphlogistique, par M. le docteur F. Panas, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris.

(Fin. — Voyez les numéros 22 et 24.)

Tronc. — Nous avons eu à traiter une fracture produite par une balle ayant brisé la première pièce du sternum à sa jonction avec le corps de cet os. Le déplacement consistait en un enfoncement du fragment supérieur qui avait passé derrière l'autre. Il s'était formé une collection purulente dans le médiastin antérieur, aussi, chaque fois que le malade toussait, on voyait sourdre du pus, et il y avait un mouvement de va-et-vient de ce liquide à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration. Un fait physiologique qui nous a frappé, c'est que la respiration costale en général, mais surtout la costo-supérieure, se trouvait complétement abolie, ce que nous avons attribué à la disjonction traumatique des deux premières pièces du sternum, et cela avec d'autant plus de probabilité, que plus tard, lorsqu'il y eut consolidation de la fracture, la respiration costale s'est trouvée rétablie. L'individu, nommé Siccoli, appartenant au 28e de marche, était phthisique avancé, aussi mourut-il le quatre-vingt-quatorzième jour de son entrée à l'hôpital, alors que la fracture sternale était en pleine consolidation.

Mâchoire inférieure.

Obs. XLI. — Bodet, mobile de la Seine, offre un broiement total de toute la moitié droite (corps et branche) de la mâchoire inférieure. Étant au fort de Saint-Denis, il reçut par mégarde, de l'un de ses camarades, un coup de fusil Chassepot presque à bout portant.

La balle est entrée par le menton et est sortie par l'angle de la mâchoire. Le trou de sortie, large à y loger un œuf, est infractueux, noirâtre. Non-seulement les parties molles de la joue, mais la glande parotide elle-même sont broyées. Le traitement a consisté à extraire des esquilles, à y passer un drain, à faire des injections antiseptiques, et à appliquer par-dessus un large cataplasme. Au bout de trente-cinq jours le malade était guéri sans accidents et même sans trop de difformité apparente.

Obs. XLII. — Bonnin, 125e de ligne, reçut au menton un éclat d'obus qui enleva les parties molles de la région génio-sus-hyoïdienne, et produisit une double fracture de la mâchoire de façon à y détacher un fragment moyen comprenant toutes les incisives correspondantes et l'une des canines. Le fragment attiré par les muscles de la région sus-hyoïdienne était porté en bas. La réduction en était facile, mais sitôt qu'on l'abandonnait, il se déplaçait de nouveau en bas ; la ligature des dents à l'aide d'un fil de platine, passé autour de chaque dent et par les trous d'une petite plaque d'argent moulée sur la concavité de l'arcade dentaire, permit d'obtenir une coaptation parfaite et la consolidation dans l'espace de six semaines.

Au début, le malade perdait de la salive par le trou du plancher buccal résultant de la chute d'une eschare ; il y eut aussi, par l'une des artères sous-mentales, une hémorrhagie consécutive, d'ailleurs sans gravité, vers le neuvième jour, et qu'on a pu arrêter à l'aide d'un petit tampon d'amadou et de charpie trempée dans le perchlorure de fer et fortement exprimée.

Os propres du nez et globe oculaire.

Obs. XLIII. — Dablanche, artilleur de marine, reçut une balle de Chassepot à la face, qui fractura comminutivement les os propres du nez, détruisit complétement la paupière supérieure gauche et le globe oculaire du même côté. Pansements chlorurés, cataplasmes en permanence et guérison sans accidents vers le dix-neuvième jour.

Tels sont les faits de lésions des parties molles et du squelette que nous avons eus à traiter. Avant de mentionner des cas de lésions diverses qui se sont offertes à nous, qu'il nous soit permis d'insister sur un point, à savoir, que dans aucun cas nous n'avons cru devoir pratiquer des débridements préventifs, tant préconisés par des auteurs qui se sont occupés spécialement du traitement des plaies par armes à feu, et nous n'avons eu qu'à nous féliciter d'avoir tenu cette conduite.

Une autre remarque générale importante, c'est que dans la première moitié du siége, alors que l'alimentation et la température étaient bonnes et que nos salles n'avaient pas encore reçu la contamination dérivant du nombre croissant des blessés qui y étaient soignés, les résultats furent bien meilleurs que plus tard. Nous pensons que s'il y avait possibilité, en pareil cas, de laisser reposer les salles, pour y chasser les miasmes délétères qui s'y accumulent malgré tout, on réaliserait un véritable progrès dans la chirurgie d'armée. Malheureusement, dans les conditions d'installation actuelles, rarement la chose devient possible, surtout pendant les jours néfastes où le fer ennemi fait des hécatombes humaines et rend l'encombrement des blessés à peu près inévitable.

CAS DIVERS :

Tétanos traumatique. — Il ne s'est offert à nous qu'un seul cas développé dans les salles. Le voici :

Obs. XLIV. — A la suite d'une plaie en séton de l'avant-bras gauche, ayant intéressé l'artère cubitale, Mesmère, du 23e de ligne, eut, le dixième jour de sa blessure, une hémorrhagie que nous avons dû arrêter en faisant la ligature de la cubitale *au-dessus* de la plaie. Déjà quatre jours avant l'hémorrhagie, il avait eu du trismus qui, en se développant de jour en jour, devint du véritable tétanos. Les muscles du cou, du dos, de la poitrine et du ventre furent pris lentement et successivement, sans trop de signes d'asphyxie. Le chloral fut administré les premiers jours sans succès, ce qui nous obligea de l'abandonner, et le traitement a été constitué comme il suit : Bain de vapeur tous les jours ; chaque jour 1 gramme d'opium, soit en pilules, soit en injections hypodermiques ; plus 8 grammes de bromure de potassium. Sous l'influence de ce traitement nous avons vu les accidents s'amender progressivement, et, au bout d'un mois, le malade, jeune homme de vingt et un ans, frêle et faible de constitution, était entièrement guéri.

Nous pensons que la méthode émolliente, consistant en applications chaudes, mises en usage par nous dans la généralité des plaies, a dû être pour quelque chose dans la rareté des cas de tétanos. C'est là une des raisons pour lesquelles nous ne voudrions pas employer les applications de glace préconisées par certains auteurs dans le traitement des plaies d'armes de guerre, le froid exposant singulièrement, comme on sait, au développement du tétanos. Du reste, les renseignements que nous avons puisés auprès des confrères qui ont fait usage de cette méthode confirment nos craintes, de sorte que la théorie et la pratique semblent être ici d'accord pour la proscrire.

Blessures des gros troncs vasculaires. — Nous aurons à citer trois cas concernant, les deux premiers, l'artère humérale, et le dernier la veine axillaire.

Obs. XLV. — Tasselin, mobile de Seine-et-Marne, offre un écrasement par éclat d'obus, de la paroi antérieure de l'aisselle. L'artère humérale broyée par le projectile n'a pas donné une seule goutte de sang, le membre privé de circulation est froid et insensible, aussi nous décidons nous à pratiquer dans les vingt-quatre heures, la désarticulation scapulo-humérale, en ménageant un lambeau postéro-supérieur. Le surlendemain, dans la nuit, la ligature de l'axillaire est tombée, et avant qu'on pût appeler du secours, l'individu succomba à l'hémorrhagie.

L'autopsie nous fit voir que la portion du vaisseau liée s'étant sphacélée au-dessus de la ligature, l'hémorrhagie en a été la conséquence.

L'enseignement qu'il faudra tirer de ce fait, c'est que lorsque l'amputation a été nécessitée par la blessure d'un vaisseau avec broiement, et que la disposition de la région ne se prête

pas à faire remonter l'opération très-haut, il faut lier le vaisseau non dans la plaie d'amputation, mais sur un point plus élevé. C'est ainsi que, dans le cas particulier qui nous occupe, la ligature de l'axillaire aurait dû être faite dans le triangle sous-clavier, au-dessus du petit pectoral.

Obs. XLVI. — Verjus, du 134e de ligne, entre avec une blessure par balle au bras, qui a dû intéresser l'artère humérale à son milieu, ainsi que le prouve l'absence de tout battement artériel au pli du coude, à l'ovant-bras et à la main. Le muscle biceps étoit en partie mis à nu, mais comme, en somme, le membre conservait son aspect, sa chaleur naturelle, sa mobilité, et jusqu'à un certain point sa sensibilité, nous avons cru qu'il fallait surseoir à l'amputation de la partie supérieure du bras, d'autant plus qu'il nous aurait fallu en faire la désarticulation. Malheureusement nous avons eu à nous repentir de cette détermination, attendu que les jours suivants le biceps s'est sphacélé et que le neuvième jour survint dans la matinée une hémorrhagie foudroyante qui fit périr le malade, malgré une ligoture appliquée à la hâte sur le vaisseau, deux heures avant la terminaison fatale.

En admettant que l'hémorrhagie ne se fût pas montrée, la mort ne serait pas moins survenue par suite du sphacèle qui s'était emparé du membre ; aussi, en pareils cas, l'amputation primitive devra être la règle. Si l'on se décide pour la conservation, il faut, malgré l'absence de tout battement, faire la ligature du vaisseau au-dessous et au-dessus, et d'après ce qui a été dit plus haut, non dans la plaie, mais à une certaine distance de celle-ci, afin d'arriver sur une partie saine du vaisseau et non sur une portion destinée à s'éliminer tôt ou tard par sphacèle.

Il y a donc lieu d'apporter une restriction au précepte qui veut que dans les blessures d'artère la ligature des deux bouts du vaisseau doit être faite dans la plaie. Ce précepte, vrai et salutaire lorsqu'il s'agit d'une plaie artérielle par instrument tranchant, cesse de l'être pour les plaies produites par balle, et plus encore, par éclat d'obus. La contusion des parois vasculaires s'étendant, en pareils cas, plus ou moins loin, on risque de comprendre dans la ligature une portion contuse du vaisseau destiné à se sphacéler. Dans l'incision ou la piqûre d'une artère, les parois vasculaires étant au contraire saines, la ligature peut être appliquée immédiatement au-dessus et au-dessous du point lésé sans le moindre inconvénient, et même avec toute espèce d'avantage. C'est là, croyons-nous, une distinction capitale à faire.

Obs. XLVII. — Lafarge, du 34e de ligne, offre une plaie en séton de la paroi antérieure de l'aisselle, en apparence très-simple, attendu que ni les os, ni les nerfs, ni les vaisseaux ne paraissent pas avoir été atteints. L'orifice supérieur de la plaie se trouve situé au devant de la tète humérale et l'inférieur dans l'oisselle à deux travers de doigt au-dessous du creux axillaire. Le malade, soumis au traitement habituel, va à souhait jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle il fut pris de pyohémie et mourut rapidement. A l'autopsie, on constate que la veine axillaire, touchée par le projectile, s'était enflammée et contenait un caillot. L'articulation, bien qu'elle n'ait pas été ouverte par la balle, contenait du pus en quantité.

Lésions viscérales. — Nous en avons reçu dans le service un certain nombre, toutes fort graves, au point d'entraîner la mort, ce qui s'explique par le soin qu'avait eu, à cette époque, l'intendance d'envoyer aux hôpitaux les cas les plus graves, réservant les plus légers aux ambulances de la ville. En voici la mention :

Poumon.

Obs. XLVIII. — Courbat, du 75e de ligne. La balle est restée logée dans le poumon gauche, après avoir traversé la fosse sous-scapulaire. La mort ne survient que trois mois après, par épuisement, avec bouffissure, mais sans albumine dans les urines, alors que le malade avait traversé heureusement toutes les phases d'une pleuro-pneumonie traumatique.

Obs. XLIX. — Dalke, de la gardo royale prussienne (corps de la reine Élisabeth), eut le côté droit de la poitrine traversé de part en part par une balle. Lors de son arrivée à l'hôpital, il était cyanosé, et un emphysème énorme avait envahi le cou, la face et la poitrine. La mort survint dans les vingt-quatre heures.

Obs. L. — Boucheron, du 138e de ligne, offrait une lésion à peu près identique avec celle de Dalke, et mourut, comme lui, dans les vingt-quatre heures.

Obs. LI. — Maron, du 134e de ligne, a eu le thorax et l'abdomen traversés par une balle, aussi la mort survint dans l'algidité, dès la sixième heure, avec tous les signes d'une péritonite à marche foudroyante.

Obs. LII. — Tangais, du 123e de ligne, succombe dans les vingt-quatre heures, à la suite d'un coup de feu qui a traversé le côté droit de la poitrine et le poumon.

Abdomen.

Obs. LIII. — Vernier, du 138e de ligne. Plaie pénétrante de l'abdomen avec issue de l'intestin ; mort six heures après lo blessuro.

Obs. LIV. — Ribier, mobile de la Seine, offre la même lésion que précédemment mort dans la journée.

Obs. LV. — Elsner, de la garde royale de Prusse (corps de la reine Élisabeth), offre une plaie pénétrante de l'abdomen ; la balle a traversé de part en part l'hypochondre droit. Un orifice existe en avant, l'autre en arrière. Par l'orifice de devant sortent des matières liquides et des gaz, par celui de derrière de l'urine. Le malade est en proie à tous les signes de la péritonite et succombe le septième jour. A l'autopsie on constate que le projectile avait intéressé à la fois le côlon transverse, le foie et le rein droit. S'il y a quelque chose qui étonne après cela, c'est qu'il ait pu survivre sept jours.

Périnée.

Obs. LVI. — Moraret, du 54e de ligne, reçut uno balle à la fesse droite. A son arrivée à l'hôpital, on constate un emphysème gangréneux de la bourse droite, et la mort survint dès le lendemain. L'autopsie nous montra que la balle avait perforé le rectum, d'où l'épanchement de matières fécales et de gaz dans le tissu cellulaire du bassin et du périnée, et le phlegmon consécutif à cet épanchement.

Obs. — LVII. — Jerande, du 28e de marche, reçoit un coup de feu au périnée. La balle est entrée par le sillon pénoscrotal et est ressortie au devant de l'anus. Les bourses, le périnée et la verge sont le siége d'une vaste ecchymose qui leur donne une couleur noire. Le testicule gauche se trouve complétement à nu. Le traitement consiste à faire la réduction du testicule dans les bourses, où il est maintenu à l'aide d'un point de suture réunissant les lèvres de la plaie scrotale ; à prescrire l'élévation des bourses sur une planchette, et à ordonner l'application de cataplasmes arrosés d'eau blanche.

Malgré un sphacèle partiel du scrotum, le testicule hernié est resté en place, des bourgeons charnus très-riches ont comblé la perte de substance, et, au bout de six semaines de séjour à l'hôpital, le malade est sorti guéri. C'est à peine si l'on pouvait se douter, en l'examinant, de la perte d'une partie notable du scrotum, et quant au testicule réduit, il avait repris sa mobilité, mais il était plus dur et moins gros qu'à l'état normal.

Cou.

Obs. LVIII. — X..., du 54e de ligne, offre une plaie du cou par balle. La balle avait traversé le larynx, aussi la mort survint en peu d'heures, avant qu'on ait pu le secourir par l'ouverture artificielle de la trachée, qui était tout à fait indiquée ici.

Obs. LIX. — Van Velder, franc-tireur, reçut une balle qui, pénétrant par la bouche, ricocha contre la colonne cervicale, descendit dans le pharynx, dont elle perfora la paroi latérale droite, et vint se placer sous la peau au niveau de la clavicule qu'elle fractura en deux morceaux vers son milieu.

Une incision permit d'extraire le projectile qui était aplati au point d'être méconnaissable pour une balle de fusil. Le cou était le siége d'un emphysème, et le blessé ne pouvait avaler du liquide sans qu'une certaine quantité sortît par la plaie du cou. Le malade respirait difficilement et n'avait presque pas de voix. La mort survint lentement, par asphyxie, au bout de quarante-huit heures.

Obs. LX. — Monriga, mobile de la Seine, présente une plaie au côté gauche du cou, produite par un éclat de projectile qui est resté dans les chairs, où l'on ne put le sentir, par suite probablement de sa situation profonde. Le malade éprouva par moments des douleurs extrêmement vives et des fourmillements le long du plexus brachial, s'étendant jusqu'à la main, et que des injections hypodermiques de morphine calmèrent parfaitement. Le membre est immobilisé à l'aide d'une écharpe Mayor, et

l'on applique sur la plaie de larges cataplasmes. Le malade sort au bout de trente jours, guéri de sa plaie et sans plus éprouver de douleurs névralgiques, bien que le projectile ne fût pas extrait.

OBS. LXI. — Dintenat, du 28e de marche, offre une plaie par balle au niveau du sterno-mastoïdien droit. Malgré le gonflement de la région, on sent par le toucher le trajet de la balle, qui est horizontal, et le projectile lui-même arrêté sous le trapèze, à quelques centimètres de distance de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Malgré l'extraction de la balle à l'aide d'une incision et l'usage continuel de cataplasmes, la suppuration du trajet semblait ne devoir pas se tarir, ce qui donna le soupçon de l'existence d'un corps étranger quelconque, et effectivement, après une exploration minutieuse du trajet, nous avons pu en extraire un morceau de drap provenant du collet de la capote et un morceau de chemise ; après quoi, la cicatrisation s'est effectuée rapidement.

Crâne.

OBS. LXII. — Bazin, franc-tireur, se présente avec une plaie contuse du cuir chevelu, produite par un éclat d'obus. Le pariétal est dénudé dans l'étendue de 10 centimètres, mais n'offre pas de solution de continuité apparente. Pansements chlorurés et cataplasmes. Jusqu'au dixième jour la plaie marche bien et il n'y a aucun trouble encéphalique. A ce moment, sans cause extérieure aucune, la plaie prend un aspect blafard ; des signes de pyohémie deviennent manifestes, et l'individu succombe le vingt-deuxième jour. A l'autopsie on constate une phlébite suppurée des veines du diploé.

OBS. LXIII. — Bardoux, du 135e de ligne, ayant reçu un éclat d'obus sur la tête, porte sur le pariétal gauche une plaie suppurante datant de vingt jours, et l'examen au stylet permet de constater que l'os est perforé en ce point. Au début, le malade avait eu de l'aphasie, mais aujourd'hui il parle presque librement et a toute sa connaissance. Vingt jours se passent encore dans le même état favorable, lorsqu'au quarantième jour de l'accident le malade est pris subitement d'aphasie complète avec hémiplégie croisée. Pensant qu'il pourrait y avoir là une collection purulente intra-crânienne, nous pratiquâmes le trépan, qui ne donna issue qu'à une très-petite quantité de pus. Les quatre ou cinq premiers jours qui suivirent l'opération, il y eut une certaine amélioration de l'aphasie, le malade conservait d'ailleurs toute son intelligence, mais vers le dixième jour il succomba dans le coma. A l'autopsie on a trouvé un ramollissement de la deuxième circonvolution antéro-postérieure, vis-à-vis de la perforation du pariétal, et une nappe de pus s'étendant jusqu'au voisinage de la scissure de Sylvius. Le reste de l'encéphale paraissait sain ; et il n'y avait que peu de liquide dans les ventricules.

OBS. LXIV. — Miroux, mobile de la Seine, a eu une portion de la voûte crânienne emportée par un éclat d'obus ; le cerveau y faisait hernie dans l'étendue d'une pièce de cinq francs d'argent, et la pulpe cérébrale paraissait quelque peu broyée à la surface. Délire, cris, vociférations, roideur des membres et mort le neuvième jour, malgré la glace appliquée continuellement, les narcotiques et le calomel.

Tels sont les principaux cas de blessures plus ou moins graves par armes de guerre, que nous avons eus à traiter à l'hôpital Saint-Martin. Diverses autres lésions traumatiques ou inflammatoires se sont offertes à nous, qu'il serait trop long de décrire en détail, aussi nous contenterons-nous d'en faire ici une simple mention.

FRACTURES DIVERSES PAR COUP OU CHUTE. — *Fractures du tiers inférieur du péroné.* — Nous en avons compté 14, dont 7 pour le péroné droit, 5 pour le gauche, et 2 sans mention du côté de la fracture.

Toutes furent traitées par l'attelle plâtrée postérieure à laquelle on ajoutait, sitôt que le gonflement disparaissait, un bandage roulé silicaté ; ce qui devenait possible dès le huitième ou le dixième jour de l'accident. Une précaution essentielle à prendre, c'est que le pied soit immobilisé à angle droit sur la jambe. On permettait aux malades de se promener avec des béquilles dès le huitième ou dixième jour, et la consolidation était complète du vingt-cinquième au trentième jour de l'accident. Deux points extrêmement importants de ce mode de traitement sont à noter : 1° Suppression absolue de toute douleur au talon ; 2° conservation entière de la mobilité des articulations du pied, grâce à l'immobilité rigoureuse de celles-ci dans une *position de repos.*

Chacun sait combien on a discuté pour savoir si l'immobilité seule suffisait pour provoquer une roideur articulaire, ou bien, si un travail de phlegmasie arthritique intercurrente ou préexistante n'en serait pas la cause essentielle. Pour nous, la question n'est point là, l'expérience clinique nous ayant surabondamment démontré qu'avec des lésions traumatiques graves des jointures, la roideur et l'ankylose peuvent être évitées si l'on immobilise l'articulation dans la position de repos (c'est-à-dire de relâchement complet de tous les ligaments), tandis que des articulations parfaitement saines s'ankylosent rapidement en les abandonnant dans une attitude vicieuse. Comme preuve de notre assertion, nous pouvons citer des cas de fracture intra-articulaire des deux malléoles avec luxation du pied en arrière, dans lesquels le malade a guéri en quatre semaines, conservant, au moment de la levée de l'appareil, presque toute la mobilité des articulations tibio-tarsienne et médio-tarsienne. Par contre, des individus affectés d'une simple fracture de cuisse, chez lesquels on avait laissé la pointe du pied tombante, eurent une roideur du pied nécessitant des semaines sinon des mois pour être efficacement combattue ; temps pendant lequel le malade était absolument incapable de marcher.

Ce qui est vrai pour l'articulation du pied, l'est également pour celle du poignet, dans le cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius, et en général pour toutes les articulations des membres.

D'après ce qui précède, nous croyons devoir compléter la théorie de la roideur articulaire en ajoutant à ce qui a été dit par les auteurs, la proposition que voici : « la *roideur n'est à craindre qu'autant qu'on néglige de donner au membre une bonne position qui est celle du relâchement absolu des articulations.*

D'ailleurs nous ne faisons ici qu'indiquer ce point important de pratique chirurgicale, nous réservant d'y revenir plus au long dans un travail spécial qui devra comprendre des éléments nombreux recueillis par nous à l'hôpital Saint-Louis.

Fracture des os de la jambe. — Grâce à la gouttière plâtrée combinée au bandage roulé silicaté, le malade que nous avons eu à traiter d'une fracture simple du tiers inférieur de la jambe put se lever du lit dès le quinzième jour, et marcher sans béquilles ni canne le quarante-cinquième jour. A la levée de l'appareil, le pied avait sa mobilité entière, comme s'il n'avait pas été immobilisé un instant.

Fracture de cuisse. — Nous avons eu à traiter deux cas, à savoir : une fracture du corps de l'os sans plaie, produite par le passage de la roue d'un caisson d'artillerie ; l'autre, du col fémoral (extracapsulaire) par chute aux bastions, survenue chez un garde national âgé. La guérison a été parfaite dans les deux cas.

Parmi d'autres fractures, nous aurons à signaler : une de *rotule* par contraction musculaire ; trois cas de fracture de la *clavicule* ; deux fractures de *côtes ;* une fracture de l'*olécrâne* droit.

Enfin, deux fractures de l'extrémité inférieure du *radiu* par chute sur le poignet, et une fracture de l'*avant-bras.* Au sujet de ces dernières fractures, nous dirons que la demi-gouttière en plâtre nous a rendu de réels services comme moyen de contention parfait, et particulièrement propre à s'opposer à la roideur articulaire, qui est à peu près nulle à la suite de ce mode de traitement.

Luxations.— Trois seuls cas se sont offerts à nous, à savoir : une subluxation de la tête du *grand os* du carpe en arrière, consécutive à une chute sur le dos de la main ; une luxation sous-coracoïdienne de l'*humérus*, et une luxation du *coude* en arrière. La réduction a été obtenue dans les trois cas.

Arthrites. — Nous comptons quatre cas, comme il suit :

Poignet gauche, 1.
Coude, 1.
Genou, 2.

Hydarthroses. — 8 cas, dont 4 traumatiques et 4 spon-

tanées par refroidissement. Dans ce nombre il y en a 5 pour le genou droit, 2 pour le genou gauche, et 1 pour le coude droit. Cette dernière était d'origine traumatique. Pour terminer avec le système locomoteur, disons que nous avons eu à traiter un cas d'*hygroma* aigu du genou droit, 2 cas de *coxalgies*, et 1 de synovite tendineuse crépitante du poignet.

Adénites. — Elles se divisent en :

Cervicales, 3.
Inguinales, 4.
Axillaire, 1.

Abcès chauds. — Il s'en est offert à nous 25 cas, à savoir :

Pieds, 6, dont 3 pour le pied droit et autant pour le gauche.
Cuisse, 1.
Cou, 2.
Aisselle, 4, dont 1 de la paroi antérieure de celle-ci.
Ombilic, 1, développé de bas en haut dans la région sous-ombilicale, sans cause connue.
Dos, 2.
Joue, 1.
Cloison des fosses nasales, 1.
Parotide, 1.
Amygdale, 2.
Périnée, 1.
Anus, 2.
Sternum, 1.
Coude droit, 1.

Phlegmons. — 16 cas, comme il suit :

Cou, 1.
Aisselle, 2.
Bras gauche, 1.
Mains, 3, dont 2 pour la droite.
Coude droit, 1.
Genou gauche, 1.
Jarret droit, 1.
Jambes, 4 ; 2 pour chaque membre.
Pied, 1.
Orbite, 1.

Ce dernier cas fut traité et guéri sans suppuration, par des sangsues aux tempes, des cataplasmes, des scarifications conjonctivales et le calomel à l'intérieur. Comme toujours, il y a eu au début de l'oxorbitis accompagné ici d'abolition complète de la sensibilité rétinienne. L'examen ophthalmoscopique faisait voir les artères rétiniennes vides et les veines gorgées de sang en excès. A mesure que la vue revenait, les artères de la rétine se remplissaient de sang, et lorsque le malade a quitté l'hôpital, la circulation du fond de l'œil se faisait normalement. Malgré cela, il restait encore chez lui un certain degré d'amblyopie, preuve que l'influx nerveux du nerf optique se rétablit plus lentement que la circulation de l'artère central de la rétine. Nous ne pourrions même pas dire si ce malade a recouvré entièrement l'acuité visuelle de cet œil, l'ayant perdu de vue depuis. Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il y avait encore de l'amblyopie, alors que l'examen ophthalmoscopique ne démontrait plus rien d'anormal au fond de l'œil, et que le phlegmon et l'exorbitis avaient entièrement disparu.

Angioleucites diverses. — 11 cas en tout.

Panaris. — 9 cas, dont 6 pour le pouce seul.

Ongles incarnés du gros orteil. — 7 cas, tous opérés et guéris par l'ablation partielle de l'ongle et de la portion correspondante de la matrice.

Contusions. — 22 cas, divisés comme il suit :

Front, 2.
Épaule, 2.
Poitrine, 1.
Coude, 1.
Poignet, 3.
Index, 1.
Lombes, 2, dont 1 avec hématurie.
Cuisse 1.
Jambe, 2.
Pied, 2.
Indéterminés, 5.

La guérison en a été la règle dans tous les cas.

Furoncles. — 11 cas.

Congélations. — 18 cas de congélation des pieds, comme il suit :

Les deux orteils du pied gauche, les os sont mis à nu		....	1 cas
Les deux gros orteils,	—	....	1
Un gros orteil,	—	....	3
Tous les orteils et le métatarse,	—	....	1
Le quatrième orteil,	—	....	1
Congélation de la totalité des deux pieds,	—	....	1
Congélation légère au second degré,	—	....	9

Enfin, 1 cas de congélation passagère ayant déterminé une paralysie des fléchisseurs des deux jambes, accompagnée de douleurs vives aux pieds, et qui disparut ainsi que les douleurs, grâce à l'électricité (courants faradiques), au bout de dix-neuf jours. L'individu qui fait le sujet de cette observation était un jeune homme du 112e de ligne.

Tous ces cas de congélation se sont montrés à partir de l'époque de la bataille de Villiers et du plateau d'Avron, alors que le thermomètre était descendu à 12 ou 13 degrés, que le ciel était découvert avec un vent et nord ou nord-est. En général, les jeunes soldats non aguerris des bataillons de marche ou de mobiles, qui se fatiguaient plus vite et avaient plus de propension au sommeil, en ont offert le plus gros contingent.

Le traitement suivi dans tous ces cas a été la conservation avec emploi permanent de cataplasmes émollients arrosés de laudanum ; plus tard, des lavages à l'eau chlorurée et des pansements au cérat opiacé. En cas de douleurs vives, les préparations d'opium furent administrées à l'intérieur, ou en injections hypodermiques pratiquées à la jambe.

Tous nos malades guérirent sans accidents et en conservant un membre utile, malgré l'étendue et la profondeur de la lésion. Seul, l'individu qui a eu les deux pieds gelés en totalité succomba le trentième jour, à la suite d'une pyohémie qui s'est manifestée chez lui dès le quatrième jour.

Dans aucun des 18 cas nous n'avons eu à noter des accidents tétaniques, pas plus que des abcès, des fusées purulentes, du phlegmon ou de l'angioleucite. En un mot, la méthode émolliente et antiphlogistique nous a procuré ici, comme pour les plaies et les fractures par balle, les meilleurs résultats.

Hernies. — 11 individus se sont présentés à nous avec des hernies inguinales. Sur ce nombre, il y en a eu 5 à droite, 1 à gauche, et 5 doubles. Aucune d'elles n'était étranglée.

Organes génitaux. — Nous ne ferons que mentionner les suivants :

2 cas de *cystite spontanée*, dont 1 avec hématurie.
7 cas d'épididymite, dont 5 blennorrhagiques.
1 cas de blennorrhagie simple.
2 cas de tubercules testiculaires. Chez un de ces malades nous avons pratiqué la castration avec succès.

Yeux. — Les affections oculaires ont été peu nombreuses, et elles se résument en :

Conjonctivite catarrhale, 4 cas
Kératite ulcéreuse, 1.
Iritis rhumatismale non blennorrhagique à droite, 1.

Notons, en terminant, 1 cas d'*oreillons*, sans retentissement sur le testicule, et 2 cas d'*otite* de la caisse. Dans l'un de ces cas, il y eut destruction par suppuration de l'articulation temporo-maxillaire correspondante (la droite), et mort par pyohémie le vingt-septième jour. Deux jours avant la mort,

l'individu en question eut une hémorrhagie par l'oreille, ce que nous avons attribué à une lésion de la carotide interne. Nous avons eu soin, à l'autopsie, d'injecter la carotide avec du suif; malheureusement la pièce fut égarée avant qu'on ait pu en faire l'examen, de sorte que nous ne pouvons rien affirmer quant à la source réelle de l'hémorrhagie en question.

Ici se termine le résumé des observations recueillies par nous pendant le siége, à l'hôpital Saint-Martin. Notre but, en les publiant, a été de faire ressortir l'utilité de la chirurgie conservatrice, dont les efforts constants devront tendre à enrayer le phlegmon diffus qui s'empare aussi bien des tissus mous que des os. Ce phlegmon, en passant par les diverses phases de lymphite, de phlébite et d'ostéomyélite septiques, aboutit au terme fatal de l'empoisonnement spécifique du sang, connu sous le nom d'infection purulente, ou mieux de septicémie chirurgicale.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 17 JUIN 1872.

Aucune communication n'a été faite sur les sciences médicales; seulement c'est dans cette séance qu'a eu lieu le second *comité secret* dont il a été parlé dans notre dernier numéro (p. 403), pour la continuation de la discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

P. S. — L'élection a eu lieu dans la séance du 24. C'est M. Sédillot qui l'a emporté au second tour par 34 voix contre 19 données à M. Marey. Ainsi triomphe le principe que nous avions défendu au sujet de cette élection.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 25 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Rémilly* (de Versailles) sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département de Seine-et-Oise. — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques de l'arrondissement de Perpignan pour l'année 1870. (*Commission des épidémies.*)— *c*. Une brochure de M. *Plonquet*, médecin à Ay (Marne) sur l'influence matérielle et morale de l'usage alimentaire du vin. (*Commission de l'alcoolisme.*) — *d*. Un rapport de M. le docteur *Debout* sur le service médical des eaux minérales de Contrexéville. (*Commission des eaux minérales.*)— *e*. Un rapport de M. le docteur *Fabre* sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise) en 1870. (*Commission de vaccine.*)

M. *Jolly* présente un opuscule sur l'absorption et les effets de la fumée du tabac, par M. le docteur *Gustave Lebon*.

M. *Larrey* présente, de la part de M. le docteur *Simonin* (de Nancy) : 1° un rapport sur le service de l'assistance médicale et de la vaccine dans le département de la Meurthe, en 1870 ; 2° une observation de luxation ilio-pubienne irréductible.

M. *Gubler* présente une brochure de M. le docteur *Bonnet de Malherbe*, intitulée : GUIDE MÉDICAL AUX EAUX DE NÉRIS ; 2° une notice sur les eaux chlorurées sodiques de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), par M. le docteur *Bougard*.

M. *Gosselin* présente le 1er fascicule du tome IV du TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE, par *Follin* et M. *Simon Duplay*.

M. *Richet* met sous les yeux de l'Académie une pince à suture, modifiée par M. *Collin*.

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture de l'ampliation d'un décret en date du 15 juin, par lequel est approuvée l'élection de M. *Bernutz* comme membre titulaire dans la section de pathologie interne, en remplacement de M. *Falret*, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Bernutz prend place parmi ses collègues.

EMPYÈME ET THORACOCENTÈSE. — Comme on s'y attendait, et ainsi que nous l'avions annoncé, M. *Sédillot* a pris la parole; il a prononcé un remarquable discours qui a rempli toute la séance. L'honorable chirurgien jouit, depuis longtemps, d'une haute et légitime notoriété, à laquelle l'Académie des sciences a donné tout récemment une consécration nouvelle. Ses livres, devenus rapidement classiques, sont entre les mains de tout le monde; et c'est surtout par ses publications que M. Sédillot était connu jusqu'à présent de ses collègues de l'Académie de médecine et du corps médical de Paris. Aujourd'hui, il a marqué sa place parmi les orateurs les plus distingués de la savante compagnie, et il a prouvé que chez lui le talent de la parole n'est pas inférieur à l'art d'écrire. M. Sédillot a cru devoir modestement réclamer la bienveillance de ses auditeurs; le très-vif intérêt de sa dissertation, l'habileté et la correction de langage avec lesquelles il a exposé ses idées, rendaient superflue cette précaution oratoire. Durant ce long discours, l'attention sympathique de l'assistance ne s'est pas démentie un seul instant.

L'orateur rappelle que, concourant en 1836 pour la chaire de Richerand, à la Faculté de médecine de Paris, il eut pour sujet de thèse l'opération de l'empyème. On pourrait, suivant lui, faire remonter jusqu'à cette date l'origine de la discussion actuelle, tant il découvre de liens et de rapports entre ce qu'il a écrit alors et ce qui se dit aujourd'hui. Bien plus, M. Sédillot ne s'attribue même pas le mérite des opinions qu'il a exposées et soutenues à cette époque déjà éloignée. Les premiers et les vrais principes de l'opération de l'empyème ont été posés, il y a plus de vingt siècles, par le père de la médecine ou par ses disciples; on les trouve formulés avec une merveilleuse précision dans les livres hippocratiques. *Nihil sub sole novum.* Ces préceptes se résument en quelques aphorismes, mais sous une forme tellement magistrale qu'on peut les tenir pour l'expression concrète et abrégée d'une longue observation et d'une mûre expérience.

Le législateur hippocratique recommande expressément de n'opérer l'empyème, dans aucun cas, avant le quinzième jour. Il prescrit de pratiquer d'abord une incision à la peau, puis de pénétrer dans la poitrine par une ponction à travers les muscles intercostaux et le feuillet pariétal de la plèvre, afin d'avoir une espèce d'ouverture infundibuliforme, plus large à l'extérieur, du côté de la peau, qu'à l'intérieur, du côté de la séreuse. Cette disposition permettait de ne vider qu'une partie de la collection purulente, et d'oblitérer ensuite l'orifice au moyen d'un tampon. On n'opérait l'évacuation complète que le cinquième ou le dixième jour, suivant les cas. Alors une canule d'étain était introduite dans la cavité pleurale, et un liquide composé d'un mélange de vin et d'huile y était injecté, matin et soir. On continuait ces injections jusqu'à ce que le pus devînt « onctueux ». A ce moment, on remplaçait la canule métallique par une canule de bois, que l'on retirait petit à petit en la coupant dans sa longueur, jusqu'à l'oblitération du foyer pleurétique.

Non content de rappeler et de décrire le procédé hippocratique de l'empyème, M. Sédillot reprend chacun des temps de l'opération, en explique la raison, en interprète le sens, en commente tous les détails, fait ressortir la sagesse et l'utilité de chaque précepte, et en montre la valeur, la portée et le but. Il s'attache ainsi à prouver que ce mode opératoire, tel qu'il a été conçu et pratiqué par l'école d'Hippocrate, procède des plus saines données de l'observation clinique, repose sur les bases les plus fermes de l'expérience chirurgicale, et remplit, de la manière la plus satisfaisante et la plus complète, les indications fondamentales, essentielles, du traitement curatif des épanchements purulents de la plèvre.

M. Sédillot ne voit guère en quoi les méthodes nouvelles de thoracotomie ou de thoracocentèse pourraient être supérieures à l'opération séculaire dont il vient de parler. L'emploi des trocarts capillaires exige des ponctions réitérées et multiples qui peuvent n'être pas sans danger, quoi qu'en disent les partisans de cette pratique. Avec les divers procédés de l'aspiration thoracique, on s'expose à soustraire tout d'un coup une trop grande quantité de pus, et à produire brusquement dans la cavité pleurale un vide énorme, qui devra être comblé par une pluie abondante de sang ou de sérosité. A ce propos,

l'orateur critique et la méthode et les observations de M. J. Guérin. Il insiste longuement sur la nécessité de ne retirer d'abord que le trop-plein du liquide épanché, et de vider la poitrine d'une manière progressive et lente, qui permette au poumon de reprendre peu à peu son élasticité normale, de recouvrer son expansion primitive et de se mettre en contact avec les parois pectorales. C'est là une indication capitale, et il faut considérer comme insuffisants tous les procédés qui n'y satisfont pas.

Le drainage, suivant M. Sédillot, est un système hybride ; il n'est qu'une combinaison de la canule d'Hippocrate et de l'antique séton. Il n'a de nouveau que son nom et son tube de caoutchouc. Sans nier les services que ce procédé a rendus et peut rendre, l'orateur lui reproche d'exposer à la blessure de l'artère intercostale, de produire une évacuation trop rapide du pyothorax, de ne pas fournir la limite exacte du vide thoracique, de laisser pénétrer l'air extérieur dans le foyer purulent, de rendre difficiles, sinon impossibles, les lavages et les injections dans la plèvre. Enfin M. Sédillot conteste au drainage le pouvoir que lui a attribué M. Chassaignac de désagréger, de dissoudre et de fluidifier les dépôts pseudo-membraneux.

Au demeurant, ce qui a le plus frappé M. Sédillot jusqu'à présent dans cette discussion, c'est l'exagération que chacun a mise à défendre et à préconiser le procédé de son choix, à décrier et à proscrire le procédé de son contradicteur. Il s'élève avec énergie contre ces louanges excessives et ces répugnances passionnées, qui sortent les unes et les autres des voies de la vérité et sont absolument contraires à l'esprit scientitique. L'orateur est convaincu que toutes les méthodes opératoires de l'empyème ont des mérites et des défauts, des avantages et des dangers, un bon et un mauvais côté, et que chacune d'elles répond à des indications précises et bien déterminées. Le choix du meilleur procédé dépend de ces indications. C'est donc à les rechercher soigneusement et à les poser avec la plus grande netteté qu'on doit toujours s'appliquer quand on se trouve en présence d'une pleurésie purulente. Cette détermination une fois faite, le choix de l'instrument et du mode opératoire en découle naturellement et n'offre plus aucun embarras.

Toutefois, M. Sédillot, se conformant au précepte hippocratique, n'est pas partisan d'une intervention chirurgicale hâtive, prématurée. Il admet bien, dans certains cas, l'opportunité des ponctions exploratrices; mais il veut qu'en général on fasse la part de la résorption possible du pus, qu'on laisse à cette résorption le temps de s'opérer, et qu'on n'ait recours à l'opération de l'empyème qu'au moment où des signes certains, des symptômes locaux et des phénomènes généraux, font reconnaître que le pyothorax n'a aucune tendance à disparaître spontanément.

En terminant, l'orateur revenant sur l'éloge du passé, — *laudator temporis acti*, — adjure ses collègues de se souvenir des travaux de nos devanciers, de ne pas négliger les vérités acquises, de ne pas rompre arbitrairement la chaîne du progrès, de ne pas abandonner les saines traditions médicales, de discuter sans prévention et sans idées préconçues, de rechercher avec une entière impartialité et avec une pleine liberté d'esprit les cas d'application des divers procédés de thoracocentèse et d'empyème. C'est l'unique moyen de rendre ce débat profitable à la science et à la pratique, et de présenter la vraie solution de problème en litige au public médical qui écoute et qui attend.

M. Sédillot, sur le discours duquel nous reviendrons, reçoit en descendant de la tribune les applaudissements et les félicitations d'un grand nombre de ses collègues.

M. *Jules Guérin* jette un peu de trouble dans cette petite ovation en déclarant, au milieu de l'étonnement général, qu'il est prêt à réfuter tout ce que vient d'avancer l'honorable orateur.

Avant de quitter le fauteuil, M. le *Président* prie les membres de l'Académie d'arriver désormais avec la plus rigoureuse exactitude, afin que la séance puisse être ouverte à trois heures précises. Il renouvelle ensuite son invitation d'assister, en nombre, au comité secret qui aura lieu mardi prochain, pour l'élection d'un membre dans la section d'accouchements.

A. LINAS.

Société de chirurgie

SÉANCE DU 29 MAI 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

OPÉRATION DE HERNIE ÉTRANGLÉE SUIVIE D'AVORTEMENT. — INJECTION DE CHLORAL DANS LES VEINES CONTRE LE TÉTANOS. — DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE.

M. *L. Thomas* (de Tours) envoie une observation d'opération de hernie étranglée suivie d'avortement. Une femme de vingt-huit ans, mère d'un enfant de huit ans, portait une hernie crurale droite jamais maintenue, mais toujours réductible. Un matin, la hernie devient irréductible, dure, marronnée; le taxis fut impuissant ; opération. Le 8 mai, cinq jours après l'opération, fausse couche de deux mois et demi. La femme avait été purgée le troisième jour ; les vomissements avaient continué. Mort le neuvième jour par péritonite.

— M. *Oré* (de Bordeaux) envoie un travail sur l'action du chloral injecté dans les veines contre le tétanos. Il veut montrer, en outre, que l'injection dans les veines rend plus efficace et plus rapide l'action des médicaments. Les injections ont été faites dans la veine crurale avec l'instrument de Dieulafoy.

Dans une première série d'expériences, M. Oré montre que l'injection de 2 grammes de chloral chez un chien de haute taille est inoffensive , que l'abolition de la sensibilité, du mouvement volontaire et des mouvements réflexes vient en quelques minutes, et que ces phénomènes durent trois ou quatre jours, tandis que des doses plus fortes, introduites dans l'estomac, agissent moins rapidement et produisent des effets qui durent quelques heures seulement.

La strychnine occasionne de véritables crises tétaniques; il s'agit de chercher si le chloral modifie ce tétanos strychnique. M. Oré établit que 2 centigrammes de strychnine tuent un chien de haute taille en cinq minutes. Dans d'autres expériences, il fait des injections sous-cutanées de strychnine et injecte le chloral aussitôt que les convulsions ont paru. En agissant ainsi, la mort, au lieu d'arriver en quelques minutes, se fait attendre deux ou trois heures; il y a donc lutte entre le chloral et la strychnine. Il faut donc chercher un dosage convenable et modifier la méthode opératoire.

Autre groupes d'expériences : Injection simultanée dans les veines du chloral et de la strychnine. Jusqu'alors, M. Oré avait injecté la strychnine sous la peau. Dans la veine crurale d'un chien de moyenne taille 5 milligrammes de strychnine amènent la mort en trois minutes. Dans une expérience, M. Oré injecte 5 milligrammes de strychnine et $2^{gr},50$ de chloral : contractions tétaniques à plusieurs reprises et sommeil. Le lendemain, aucune trace de strychnine, mais pendant deux jours effets du chloral. La strychnine a donc été vaincue par le chloral. Si l'on se rappelle l'analogie qui existe entre le tétanos strychnique et le tétanos ordinaire, les succès obtenus dans le tétanos au moyen du chloral, on est autorisé à tenter sur l'homme, dans les cas de tétanos, l'injection du chloral dans les veines. Selon M. Oré, le chloral injecté dans les veines pourrait agir d'une manière efficace dans le tétanos ordinaire et les affections convulsives.

M. *Forget* fait remarquer que le mélange du chloral et de la strychnine rend cette dernière substance impropre à produire sur l'organisme les effets physiologiques auxquels le chloral doit remédier. Ces expériences ne prouvent donc pas que le chloral ait guéri un tétanos strychnique qui n'a pas existé.

M. *Verneuil* rappelle que l'antagonisme du chloral et de la

strychnine est connu depuis Liebreich. Les injections dans les veines ne paraissent pas pratiques, car, dans certains cas, il faudrait faire sept à huit injections veineuses par jour et pendant quinze à vingt jours. M. Verneuil conseille à M. Oré de s'occuper des injections hypodermiques, qui sont moins dangereuses.

— M. *Trélat* continue la discussion sur l'érysipèle. Pour lui, l'érysipèle est une maladie infectieuse dans laquelle l'angioleucite des réseaux joue le rôle d'un facteur. L'état pathologique de ces réseaux et de la lymphe qui y circule détermine des lésions des tissus voisins. A la face, à la main, les caractères de l'angioleucite sont très-rapidement masqués par la propagation de l'inflammation aux tissus voisins.

M. Trélat pense que l'érysipèle est une infection causée par l'introduction de la matière septique dans les lymphatiques ; il y a une plaie qui sert de porte d'entrée à l'érysipèle. L'érysipèle n'est pas contagieux comme la variole, mais il l'est comme l'infection purulente. Il y a des érysipèles en hiver et au printemps, parce que les salles offrent une insalubrité due à ce qu'on ne peut les aérer. En automne, même chose; les influences saisonnières sont palpables ; M. Trélat admet donc une certaine constitution épidémique.

BIBLIOGRAPHIE.

Étude sur la mortalité à Paris pendant le siége, par le docteur H. Sueur. — In-8, 112 pages avec 5 planches en chromolithographie. 1872. — Chez Sandoz et Fischbacher, éditeurs.

Cet intéressant travail, basé sur des recherches considérables, a pour but d'étudier comparativement l'influence des différentes causes qui ont contribué à élever pendant le siége le chiffre de la mortalité parisienne.

Pour donner aux résultats de ces recherches une valeur plus facilement appréciable, l'auteur a appliqué à son sujet le système graphique. Plusieurs planches différemment teintées permettent de saisir d'un coup d'œil les résultats obtenus. Ces planches sont divisées en colonnes correspondant à un laps de temps donné, de telle sorte qu'on obtient facilement à première vue le chiffre de la mortalité en rapport avec une date déterminée : celle de l'investissement, du rationnement du pain, de l'armistice, etc.

L'auteur établit d'abord, par des calculs aussi exacts que possible, qu'au moment de l'investissement le chiffre de la population parisienne était de 2 millions d'habitants. Ce chiffre comporte sur la population normale un excédant de 110 000 individus fourni presque en totalité par des hommes de vingt à quarante ans.

Après avoir fait la part de toutes les influences morales qui préparaient, pour ainsi dire, le terrain à des causes d'une action plus directe, M. Sueur nous montre les rapports de la mortalité avec la température. D'après lui, c'est le froid qui, en dehors des faits de guerre, a été le régulateur de la mortalité pendant la durée du siége. Rien de plus facile que de suivre sur les tableaux l'élévation de la mortalité correspondant à l'abaissement de la température, dont les minima ont été observés les 24 et 25 décembre et le 5 janvier.

L'étude de la mortalité par âge et par sexe a conduit notre auteur à signaler les différences qui, en temps ordinaire, séparent à cet égard Paris du reste de la France, point incomplétement traité jusqu'à ce jour par les statisticiens. En ce qui regarde l'influence du siége, il constate que la courbe des décès féminins s'élève considérablement; mais ces décès sont entre eux dans les mêmes rapports qu'aux temps ordinaires en ce qui regarde les âges.

Il n'en est pas de même pour les hommes, et c'est surtout sur les sujets de quinze à vingt-cinq ans que la mortalité s'est accrue.

Un chapitre intéressant concerne l'étude des maladies développées pendant le siége. L'examen des courbes fait voir en même temps l'importance respective de ces maladies et leur succession.

La variole apparaît la première et se développe isolément pendant la première moitié du siége; son maximum s'étend du 6 au 27 novembre.

La fièvre typhoïde se développe la seconde et occupe le plan supérieur du 20 novembre au 1er janvier.

La bronchite vient ensuite et présente son maximun du 28 janvier au 4 février.

Le maximum de la pneumonie se prolonge en plateau du 21 janvier au 18 février.

Celui de la diarrhée et de la dysentérie est beaucoup plus tardif : du 25 février au 4 mars.

On remarquera que les cas de scorbut et de typhus font à peu près défaut. Il n'y a pas, en effet, de véritable scorbut *obsidional*. Quant au typhus, il n'y en a pas une seule observation authentique.

Nous citerons enfin, à titre de curiosité, le chapitre de la *reproduction* pendant le siége. Le chiffre des conceptions subit un abaissement considérable et tombe, en décembre, à 1729 au lieu de 4417 (chiffre moyen).

Par cette rapide analyse, nous n'avons pu que faire connaître les différents points touchés dans ce travail et la méthode ingénieuse qu'on a suivie. Les recherches de statistique ne peuvent que gagner à se traduire ainsi par des procédés qui donnent un singulier relief aux résultats obtenus et permettent en même temps de les apprécier en quelque sorte d'un seul coup d'œil. Si l'on considère toutes les difficultés dont ces recherches étaient entourées dans l'espèce, en raison des circonstances particulières inhérentes aux événements de ce lamentable hiver, on ne peut que féliciter M. le docteur Sueur du soin avec lequel il a disposé son travail et de l'esprit critique dont il a fait preuve. B.

VARIÉTÉS.

Eaux minérales. — M. Eugène Tallon a déposé, le 19 juin, sur le bureau de l'Assemblée nationale, le rapport sommaire sur la proposition de M. Parent relative à la révision de la législation des eaux minérales.

Faculté de médecine a Toulouse. — Le Journal officiel du 19 juin publie l'*exposé des motifs* de la proposition de loi relative à la création d'une Faculté de médecine à Toulouse, et le numéro du 20 juin contient le texte de la proposition. L'article 3 stipule que la ville de Toulouse aura à sa charge tous les frais tant d'installation et d'organisation que d'entretien de la Faculté, et qu'elle versera au Trésor en fin d'exercice une somme égale à l'excédant des recettes sur les dépenses.

Faculté de médecine de Paris. — Par un arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 1er juin 1872, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine), MM. les docteurs : Hayem (Georges); Damaschino (François-Théodore); Fernet (Charles-Alexis); Lancereaux (Étienne); Bergeron (Georges-Joseph); Duguet (Nicolas-Jean-Baptiste); Rigal (Auguste-Antoine).

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 4 juillet 1872.

L'IVRESSE ET L'ALCOOLISME DEVANT L'ASSEMBLÉE NATIONALE.

(Deuxième article.)

La deuxième délibération du projet de loi préparé par la Commission commença le 23 avril, dans des conditions singulièrement défavorables. Réunie de la veille seulement, après les vacances de Pâques, la Chambre avait vu lui échapper successivement, et d'une manière tout à fait inattendue, la possibilité de discuter plusieurs lois des plus importantes : loi sur la réorganisation du Conseil d'État, loi sur l'organisation judiciaire, loi sur le recrutement. Par suite de ces éliminations successives et imprévues, l'ordre du jour finit par atteindre la loi sur l'ivresse sans qu'aucun des hommes qui s'étaient occupés de la question fût préparé à une discussion immédiate ; plusieurs des plus compétents étaient encore absents, et parmi eux M. le docteur Roussel, qui, sans cela, n'aurait pas manqué de prendre une part active dans le débat ; la Commission elle-même se trouvait prise au dépourvu, personne n'avait de pièces. On demanda le renvoi au lendemain, mais déjà trois projets de loi venaient d'être ainsi renvoyés à la suite l'un de l'autre; la Chambre, fatiguée de tant d'ajournements, refusa d'en accorder un de plus; il fallut bien passer outre, et la discussion eut donc lieu, mais d'une manière improvisée et incomplète ; aussi ne peut-elle guère être considérée comme définitive et faut-il s'attendre à de nouveaux débats plus approfondis, lors de la troisième lecture ; ceux-ci, tels qu'ils sont, méritent néanmoins notre sérieuse attention.

Nous commencerons par résumer les objections générales présentées contre le principe même d'une loi répressive de l'ivresse, objections qui ont été formulées devant la Chambre par quatre orateurs, dont trois, la chose est digne de remarque, appartiennent au corps médical, MM. Tiersot, Testelin et Naquet, et dont le quatrième est M. Tolain, le membre bien connu de l'Internationale. Nos confrères, hostiles à toute tentative de répression légale de l'ivrognerie, ne se sont-ils pas laissés entraîner, dans cette circonstance, à mettre leurs connaissances médicales au service de leurs opinions politiques, plutôt qu'à faire incliner la politique devant les enseignements à la médecine. C'est ce qu'il serait téméraire d'affirmer, mais ce qu'il nous paraît au moins permis de se demander. Toujours est-il que l'argument commun à tous les opposants a été que la société n'a pas le droit d'intervenir dans la vie individuelle des citoyens, ni de poursuivre un vice, surtout un vice intrinsèque comme l'ivrognerie (on a beaucoup insisté sur la distinction un peu subtile des vices en intrinsèques et en extrinsèques); qu'en tout cas, il n'y aurait pas de raison pour faire un choix parmi les vices, ni pour punir un des modes d'expression de la gourmandise, en laissant impunis tous les autres péchés capitaux énumérés dans le catéchisme. L'ivresse, d'après M. Naquet, devrait d'autant moins tomber sous le coup du Code pénal, qu'elle résulte de circonstances qui dominent la volonté : 1° De conditions climatériques contre lesquelles les lois sont impuissantes; 2° de conditions économiques qui font que ceux qui sont mal nourris cherchent, dans l'emploi de l'alcool, une compensation à l'insuffisance de leur alimentation. M. Tolain prétend également que l'alcoolisme se développe là surtout où il y a une grande quantité d'ouvriers recevant un salaire trop faible pour qu'ils puissent se nourrir d'une manière suffisante, principalement dans les pays où l'on ne récolte pas de vin. Aussi, recommande-t-il, au lieu de loi répressive, l'élévation du salaire et la suppression des octrois. Quant à M. Testelin, non-seulement il désapprouve le principe arbitraire de la loi, mais il affirme qu'elle sera inefficace, parce que le penchant à boire est bien trop violent pour céder à de si faibles pénalités. — « Comment, dit-il, en parlant des buveurs endurcis, la nature les condamne à la mort, et vous les condamnez à cinq jours de prison. » La loi, ajoute-t-il, sera inapplicable, faute de place dans les prisons, à moins que l'on ne veuille consacrer des sommes énormes à en construire de nouvelles; elle aura une influence démoralisatrice, parce que ceux qu'elle condamnera à l'emprisonnement seront pervertis par le contact des autres prisonniers; on enverra des ivrognes en prison, il en sortira des voleurs et des escrocs. Comme conclusion, au lieu de loi, il demande la moralisation et l'instruction du peuple ; au lieu de prison, il préconise des hôpitaux, analogues à ceux qui, dit-il, existent en Amérique, en Angleterre et en Danemark, et où l'on obtient d'excellents résultats curatifs en ne donnant aux ivrognes qui y entrent, de bon ou de mauvais gré, que des boissons alcoolisées et des aliments imprégnés d'alcool.

On a encore prétendu que cette loi serait une loi de caste, arbitraire dans ses prescriptions et surtout dans son application ; qu'elle n'atteindrait que les classes les plus abruties et les moins instruites de la société, dont elle ne ferait qu'exalter les mauvais sentiments contre les riches, qui eux, pourraient être intempérants et rester impunis; que d'ailleurs un vice privé ne pouvait avoir de conséquences politiques, ni entraîner, pour aucun citoyen, la privation des droits électoraux ou autres.

Le principe de la loi a été défendu avec succès, au nom de la Commission, par MM. Laboulaye, A. Desjardins, de Pressensé. A l'objection tirée de la nature intrinsèque du vice de l'ivrognerie, qui peut dégrader l'individu, mais qui ne nuit qu'à lui seul, ils ont répondu, avec pleine raison, que l'ivresse publique est une atteinte à la morale publique, un scandale nuisible à la population tout entière; qu'elle met l'homme dans l'impossibilité de remplir ses devoirs de citoyen, et qu'elle compromet trop les intérêts collectifs de la société

pour que celle-ci n'ait pas le droit de la combattre. « N'est-ce pas l'ivrognerie qui, pendant la guerre, s'est emparée de l'armée, qui, pendant la Commune, a allumé l'incendie de Paris ? » Le Code, d'ailleurs, sévit contre la mendicité, le vagabondage, expressions de la misère qui, elle aussi, est un fait purement intrinsèque, limité à l'individu, et qui, somme toute, cause moins de dommage à la société que l'ivrognerie ; et l'on n'aurait pas le droit d'intervenir contre celle-ci ! Sans doute, on ne peut pas espérer qu'une simple loi de ce genre suffira à faire disparaître l'ivrognerie, pas plus que les lois dirigées contre le vol et le meurtre ne réussissent à purger le monde de voleurs et d'assassins ; mais, comme celles-ci, elle pourra diminuer le nombre des coupables et retenir, sur la voie fatale, un certain nombre de ceux qui, sans elle, auraient cédé à l'attrait du vice, et dès lors elle ne sera pas inutile ; elle pourra bien être impuissante à réformer les buveurs invétérés, mais, appliquée dès le début, d'une manière vigoureuse, elle pourra souvent couper le mal dans sa racine et l'empêcher précisément d'acquérir cette puissance qui ne connaît plus de frein. Quant à l'encombrement des prisons, il est loin d'être à redouter, car l'emprisonnement ne sera pas prononcé dans tous les cas de poursuites, et il sera le plus souvent très-court, ce qui, en même temps, permettra d'isoler les détenus pour cause d'intempérance, et de les préserver du contact démoralisateur des autres condamnés.

La prétendue fatalité de l'ivrognerie, dans certains climats, si souvent invoquée depuis Montesquieu, a été contestée par M. de Pressensé, qui, à l'appui de son opinion, a cité des statistiques, montrant qu'en Italie la proportion des cas de folie causée par les excès de boissons alcooliques est égale à celle que l'on constate dans les pays moins méridionaux. Il aurait dû ajouter que, fût-elle exacte, elle ne constituerait pas une de ces grandes lois de la nature auxquelles il n'est ni possible, ni permis de résister, et que, loin de là, ce sont précisément les pays les plus septentrionaux de l'Europe, la Suède et la Norvége, et en Amérique, les États du Nord de l'Union, qui, depuis vingt ou trente ans, se sont le plus appliqués à instituer des lois répressives de l'ivresse, et qui ont obtenu des résultats qui doivent être, pour les autres nations, le plus grand encouragement à suivre la même voie. L'exemple des États-Unis, où les lois contre l'ivrognerie sont si nombreuses, montre assez aussi qu'elles ne sont pas le propre des gouvernements absolus ni aristocratiques, et qu'au contraire, la sévérité contre les entraînements les plus dangereux pour le peuple est parfaitement compatible avec les constitutions les plus démocratiques.

On a rendu justice à tous les efforts qui pourront avoir pour but et pour résultat d'augmenter l'instruction des classes inférieures, de les moraliser et de les relever à leurs propres yeux en les défendant contre les habitudes d'intempérance ; mais on a rappelé, en même temps, que l'action du moralisateur diffère de celle du législateur, que l'une ne doit nullement empêcher l'autre, et qu'elles doivent, au contraire, concourir toutes deux au but commun.

Nous regrettons qu'à l'occasion des hôpitaux spéciaux pour les ivrognes, on n'ait pas fait remarquer qu'il n'existe aucun établissement de ce genre en Danemark ni en Angleterre ; et qu'en Amérique même, où il y en a quelques-uns, jamais on n'y emploie, comme méthode de traitement, l'alimentation exclusive par des substances imprégnées d'alcool. Cette méthode, préconisée il y a longtemps en Suède, et essayée depuis, dans quelques autres pays, est, croyons-nous, complétement abandonnée partout aujourd'hui, et assurément elle est tout à fait bannie de la pratique médicale des hôpitaux américains pour le traitement des ivrognes.

Le principe de la loi étant sorti triomphant de cette discussion générale, les articles proposés par la Commission ont été successivement votés, avec quelques modifications destinées à en atténuer la sévérité, dans quelques cas, et à en faciliter l'application dans d'autres. Voici rapidement ces modifications. A l'article 2, on a adopté un amendement de M. Bienvenue, d'après lequel la troisième récidive, entraînant un jugement correctionnel, devra avoir lieu dans un espace de douze mois, au lieu de trois ans. L'article 4, qui prescrivait des pénalités spéciales contre les électeurs, témoins, jurés, maires et adjoints, coupables d'ivresse manifeste, a été supprimé, et le droit commun maintenu à l'égard de ces délinquants. L'art. 5, au lieu de défendre au cabaretier de vendre à boire « jusqu'à l'ivresse », ce qui pouvait impliquer de grandes difficultés de discernement et d'exécution, lui interdit de donner à boire à des gens « manifestement ivres ». On a également fait disparaître, dans un but de simplification, les mots « non accompagnés » dans les articles relatifs aux jeunes gens âgés de moins de seize ans ; quant aux difficultés de l'appréciation exacte de l'âge, elles restent les mêmes, et sont atténuées par les mêmes ménagements que dans toutes les lois et tous les règlements où une limite d'âge est prescrite. Deux amendements ont encore été proposés : l'un, de M. Bienvenue, imposait une amende de 4 à 10 francs à tout cabaretier qui recevrait en payement, ou retiendrait en garantie, des effets mobiliers ou d'habillement et qui n'en ferait pas la déclaration, dans les vingt-quatre heures, au commissaire de police, au maire ou à l'adjoint ; l'autre, de M. Beaussire, proposait de doubler la pénalité infligée aux cabaretiers, toutes les fois que le consommateur dont l'ivresse aurait été provoquée ou favorisée serait porteur d'armes ; tous deux ont été repoussés.

Après avoir successivement adopté tous les articles du projet, sauf les modifications de détail que nous venons d'indiquer, la Chambre a décidé qu'elle passerait à une troisième lecture. Nous reviendrons sur cette question lors de ces débats définitifs, et nous donnerons alors, s'il y a lieu, une appréciation d'ensemble sur la loi votée.

Ach. Foville.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Névropathie cérébro-cardiaque, par le docteur M. Krishaber.

Suite. — Voyez les numéros 20, 21, 23 et 26.

Diagnostic différentiel. — La grande multiplicité des symptômes ne nous permet pas de mettre chacun d'eux en parallèle avec des symptômes identiques ou analogues survenant dans d'autres affections ; nous ne les envisagerons donc à ce point de vue que par groupe.

Des perturbations si complexes de tous les sens à la fois ne se rencontrent dans aucune autre maladie. Il est des *aliénés* qui ont des hallucinations de tous les sens, mais toujours sans hyperesthésie ; et d'ailleurs peut-on donner le nom d'*halluci-*

nations aux perturbations des sens que nous venons de décrire ? Chez nos malades, toutes les impressions sensorielles sont fausses il est vrai, mais cet état se rapproche plutôt de l'*illusion* que de l'hallucination. Nous faisons exception cependant pour la vue, car il se produit de véritables *visions*, rappelons cependant que celles-ci ne surviennent qu'après de longues nuits d'insomnie et de cauchemars et qu'elles cessent toujours dès que les nuits s'améliorent ; s'il en est souvent de même pour l'aliéné, chez celui-ci les hallucinations se produisent aussi sans aucun trouble concomitant ; son sommeil *peut* être normal et sa santé physique parfaitement équilibrée; c'est son *intelligence* malade qui produit les hallucinations, tandis que chez nos névropathes l'*intelligence* est *toujours intacte ;* nous savons qu'à *aucun* moment de l'affection que nous décrivons, il ne se produit de délire ni partiel ni général.

Un grand nombre de nos malades ont été considérés comme atteints d'*hypochondrie*. Les différences cependant sont très-marquées. Les troubles accusés par l'hypochondriaque sont à peu près insaisissables, l'objet de ses plaintes change en effet d'un instant à l'autre, et lorsqu'on relève l'histoire de cent hypochondriaques, on obtient cent tableaux différents ; ils n'ont de commun entre eux que l'emploi d'expressions hyperboliques au sujet de maux imaginaires, et une appréhension excessive pour le moindre mal réel. Les névropathes dont nous faisons l'histoire offrent, à côté des symptômes purement subjectifs, des signes qu'il est facile de constater matériellement, tels que les troubles de la locomotion, et si eux aussi traduisent quelquefois par des expressions étranges ce qu'ils ressentent, le fait seul que des individus d'âge, de sexe, de conditions sociales différents, se servent tous des mêmes expressions ou d'expressions fort analogues, les distingue nettement des hypochondriaques. Dans la forme grave de l'hypochondrie, celle qui affecte un type constant, il y a des conceptions délirantes ; toute confusion devient alors impossible ; elle serait plus admissible pour la forme légère de l'hypochondrie. Nous placerons ici une remarque très-peu importante en apparence, mais suivant nous assez caractéristique. Les individus atteints de ce qu'on pourrait appeler, vu son extrême fréquence, la nosomanie vulgaire, sont nettement caractérisés par l'excessive appréhension qu'ils ont de toute médication, même la moins énergique ; nos malades au contraire sont toujours disposés à se soumettre aveuglément à tout traitement, si puissant et si pénible qu'il soit ; c'est que chez ceux-ci les souffrances complexes, intenses et constantes, leur font accepter tout sacrifice pouvant leur procurer le moindre soulagement. Prenons un exemple : tel hypochondriaque accuse de la douleur au cœur ; mais comparons-le à celui de nos malades qui seul et au risque de se tuer a fait pendant les accès de douleur cardiaque des inhalations de chloroforme jusqu'à anesthésie complète, et cela plusieurs fois par jour ; ou à tel autre qui dans le même but a avalé 6 grammes de laudanum, et nous voyons que la différence est saisissante. Quiconque aura assisté une seule fois aux accès d'angine de poitrine de nos névropathes ne pourra jamais admettre la moindre analogie entre cet état et celui de l'hypochondriaque.

L'irritabilité excessive des individus atteints de la névropathie cérébro-cardiaque, la versatilité de leur caractère, l'hyperesthésie généralisée de tous les sens, les paralysies qui en somme sont passagères, les accès hystériformes ,les pleurs et la tristesse, la sensation de strangulation, forment un ensemble de symptômes permettant des rapprochements avec l'*hystérie*. Mais disons immédiatement que la névropathie cérébro-cardiaque atteint aussi fréquemment l'homme que la femme ; nous l'avons rencontrée aussi à tous les âges, et une fois très-typique sur un homme de cinquante-quatre ans (Obs. IV). Ajoutons aussi que les causes somatiques de la névropathie cérébro-cardiaque ne peuvent jamais être rapportées à l'appareil génital. Les symptômes les plus essentiels de la névrose que nous décrivons, tels que vertige, insomnie, aberrations sensorielles, n'appartiennent pas à l'hystérie. Il est vrai que plusieurs auteurs ont placé dans le cadre de l'hystérie tous les accidents nerveux de la femme sans exception ; ce sont les mêmes auteurs qui ont décrit d'une manière tout aussi sommaire les accidents nerveux de l'homme sous le nom d'*hypochondrie*. On a certainement trop abusé de ces deux termes qui, vu leur extrême élasticité, ont trop souvent couvert les maladies nerveuses les plus disparates et les plus dissemblables.

La *chlorose* et les diverses formes d'*anémie* offrent de nombreuses analogies avec la névropathie cérébro-cardiaque. Ce rapprochement est d'autant plus justifié que nous admettons chez nos malades une anémie localisée dans les centres nerveux; nous aurons à revenir plus loin sur ce point; disons ici seulement que dans la *chlorose*, dans l'*anémie*, lorsque même ces affections sont arrivées à leur dernier degré d'intensité, les symptômes ne sont jamais aussi accusés que chez nos malades. Ceux-ci ont d'ailleurs très-souvent les apparences de la plus parfaite santé, et il y en a même qui prennent de l'embonpoint et des couleurs dans le cours de leur affection. Ajoutons cependant que les anémies de tous genres favorisent la production de cette névrose, mais celle-ci n'en garde pas moins un caractère indépendant de l'affection sur laquelle elle s'est entée.

Quelques-uns de nos malades ont été considérés comme atteints de *congestion cérébrale apoplectiforme*. Depuis que notre illustre et regretté maître Trousseau a si judicieusement combattu les irrationnelles interprétations de certains troubles nerveux, la congestion cérébrale apoplectiforme a perdu de son crédit. Il est incontestable cependant que cet état existe et que la congestion du cerveau est caractérisée surtout par l'obnubilation des sens, des vertiges, et un état comateux particulier; mais cet état n'est point durable, il ne constitue jamais une maladie chronique à évolution nettement déterminée, et se prolongeant pendant plusieurs années sans subir d'autres modifications que celle d'un ralentissement progressif dans l'intensité des symptômes jusqu'à leur disparition complète. A moins d'appeler congestion tout trouble passager du cerveau, erreur si brillamment combattue par Trousseau, il faut dire qu'elle se présente assez rarement, et que lorsqu'elle se présente elle n'est que le prélude d'accidents plus graves, tels que hémorrhagie ou inflammation chronique du cerveau et de ses enveloppes. Il est donc important d'éviter cette confusion favorisée par ce fait que plusieurs de nos malades ont un aspect pléthorique, la face injectée et très-rouge.

Quant au *vertige épileptique* ou petit mal, sa nature comitiale est facile à distinguer du vertige de la névropathie cérébro-cardiaque. Et d'abord le petit mal survient le plus souvent sur des individus atteints ou ayant été atteints de haut mal, et ce qui constitue un caractère distinctif des plus essentiels, c'est que le vertige épileptique est lié à la perte complète de connaissance, ce qui n'arrive chez nos malades que tout à fait exceptionnellement. Le vertige épileptique, en outre, n'est pas accompagné d'insomnies, de troubles sensoriels multiples et constants, de troubles cardiaques, et des autres perturbations si nombreuses que nous avons énumérées.

Plusieurs de nos malades avaient été considérés et traités comme atteints d'*affections organiques du cerveau et de la moelle épinière*, et notamment de ramollissement cérébral, de tumeur cérébelleuse, ou d'ataxie locomotrice. Le fait seul que la névropathie cérébro-cardiaque tend invariablement vers la guérison rend inadmissible cette interprétation; et d'ailleurs la multiplicité des symptômes et leur début brusque n'offrent-ils pas un caractère irrécusable de nervosisme même à un premier examen, pour peu qu'il soit attentif? Il nous semble presque inutile de dire que dans les maladies organiques des centres nerveux, l'hyperesthésie et la perturbation de tous les sens et les palpitations ne se produisent pas.

Parmi les diverses formes de vertiges décrits dans les auteurs y en a deux qui méritent une attention toute particu-

lière, ce sont : le *vertigo ab aure læsa* et le *vertigo a stomaco læso*. Nous avons dit que la névralgie de l'oreille est très-fréquente chez nos malades, nous avons dit aussi que certains troubles de la locomotion liés au vertige coïncident avec des accès très-prononcés de bourdonnements et de tintements d'oreille. Pour peu que le vertige soit le phénomène prédominant, et tant que l'esprit de l'observateur n'est pas éveillé sur l'ensemble des autres symptômes, la confusion devient possible; elle a été positivement commise au sujet de quelques-uns de nos malades. Dans le *vertigo ab aure læsa*, les bourdonnements d'oreille suivis immédiatement de vertige, de nausées ou de vomissements, et quelquefois aussi d'état syncopal, sont éminemment passagers; le plus souvent le accès ne durent que quelques minutes, mais lorsque même par exception ils se prolongent pendant un ou plusieurs jours, ils cessent complétement alors et l'individu ainsi frappé revient à la plus complète santé; un seul phénomène persiste, la surdité complète ou incomplète. Les accès se reproduisent après un temps plus ou moins long (mois ou années), mais dans l'intervalle, il y a une rémission complète. Il suffit de jeter un coup d'œil sur l'ensemble si complexe des phénomènes qu'offrent les individus atteints de la névropathie cérébro-cardiaque, chez lesquels la *continuité* des symptômes est un des caractères les plus essentiels, pour que toute confusion devienne inadmissible, abstraction faite de ce qu'un grand nombre de symptômes font complétement défaut dans le vertige labyrinthique.

Examinons un peu plus attentivement le *vertigo a stomaco læso*. Sans mettre en doute que les troubles digestifs ne donnent lieu quelquefois à du vertige, nous affirmons cependant qu'on a singulièrement abusé du diagnostic de vertige stomacal. Pour la forme grave de la névropathie cérébro-cardiaque, la confusion est impossible, les troubles cérébraux sont tellement accusés, l'insomnie est si persistante, les phénomènes qui se rattachent à l'insomnie si multiples, et en dépendent si directement, qu'il serait impossible de rapprocher cet état, auquel du reste s'ajoutent encore les troubles de circulation et quelquefois des paralysies, du *vertigo a stomaco læso*. Les troubles digestifs, s'ils existent dans la névropathie que nous décrivons, ne sont en vérité que la conséquence, mais *jamais* la cause des autres phénomènes.

Quant à la forme légère de la maladie que nous décrivons, et lorsque, en dehors du vertige qui apparaît par accès, les autres symptômes sont peu accusés, l'erreur est plus facile. Nous savons qu'un certain nombre de nos malades ont, à un moment donné, quelques légers troubles digestifs, de la dyspepsie, des borborygmes, de la diarrhée, des constipations, etc. ; mais ces phénomènes cessent bien avant les troubles qui se rattachent aux sens, à la locomotion et à la circulation. Nous avons dit que dans les deux formes de la névrose que nous décrivons les troubles digestifs n'appartiennent qu'à la première période de la maladie; lorsqu'ils ont complétement cessé et que l'appétit et les digestions sont devenus absolument normaux, les accidents nerveux multiples n'en persistent pas moins pendant un temps extrêmement long. La plupart de nos malades n'ont du reste ressenti à aucun moment de leur affection quelque trouble que ce fût du côté des voies digestives, mais il n'est peut-être pas inutile de faire remarquer que, par une confusion de langage assez habituelle à certaines personnes, celles-ci rapportent à l'estomac ce qui se passe au cœur. Lorsque la douleur à la région du cœur prend une intensité très-grande et affecte la forme de l'angine de poitrine, avec irradiation dans les bras, strangulation et dyspnée, les malades eux-mêmes ne s'y trompent pas ; c'est lorsque la douleur du cœur est peu intense que très-souvent ils la rapportent à l'estomac.

Mais que dire de la forme du *vertigo à stomaco læso sans troubles digestifs*?

Voici ce qu'on trouve dans Trousseau (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. III, p. 5) : « ..... Il semblerait néanmoins que, en quelques circonstances, l'ingestion des aliments puisse être la cause déterminante des accidents, si nous en jugeons d'après ce que nous avons observé chez un des deux malades de notre salle Sainte-Agnès, dont je parlais il y a un instant. » Suit l'histoire d'un individu âgé de vingt-cinq ans, éprouvant une douleur dans le flanc droit qui « se calmait spontanément aussitôt après les repas, mais alors aussi le malade éprouvait des phénomènes cérébraux qui le préoccupaient singulièrement. C'étaient des étourdissements, des troubles de la vue, des bourdonnements d'oreille, une pesanteur de tête, un sentiment qu'il comparait à celui que procure l'ivresse à son début. Il affirmait qu'il ne buvait habituellement avec excès ni vin ni liqueurs. S'il essayait de se lever de table, ses jambes fléchissaient sous lui, et il ressentait un malaise général; il lui semblait qu'il allait s'évanouir. Pour ne pas tomber, il était forcé de s'appuyer sur ce qui se trouvait à sa portée. Jamais cependant il ne perdit connaissance... » Ces accidents constituaient « les seuls symptômes caractéristiques des troubles dont les fonctions digestives étaient évidemment le siége ».

Voilà donc un malade qui a des digestions normales, mais chez lequel l'acte physiologique de la digestion détermine des accidents formidables. Mais ces accidents existaient-ils en dehors des moments de la digestion? L'observation ne nous le dit pas. Ne pouvant placer ce malade dans un cadre nosologique déterminé, l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu l'a considéré, à tort suivant nous, comme atteint du *vertigo a stomaco læso* sans troubles digestifs. Nous avons dit dans la symptomatologie que très-souvent nos malades éprouvent une exacerbation marquée de tous les symptômes après les repas. C'est ce qui est arrivé au malade de la salle Sainte-Agnès, chez lequel les symptômes, nous en sommes intimement convaincu, ont dû exister, quoique à un degré moindre, même en dehors des moments de la digestion.

Nous trouvons, page 6 du même ouvrage : « Bien que le fait soit rare, il peut arriver aussi que les vertiges soient, non plus seulement les phénomènes morbides prédominants, mais encore les seuls et uniques phénomènes accusés par les malades, parce qu'ils sont réellement les seuls qu'ils éprouvent, la dyspepsie dont ils dépendent *ne se traduisant alors par aucun autre symptôme*. En voici un exemple :

« Une dame d'un certain âge vint de Bordeaux à Paris pour consulter, à propos d'accidents cérébraux dont elle était tourmentée depuis plusieurs mois, et qui consistaient en des vertiges qui lui laissaient à peine quelques instants de tranquillité. Ils se manifestaient à la plus légère occasion, et allaient jusqu'à produire un *état syncopal qui forçait la malade de se tenir couchée*. Le mouvement de la rue, la vue des promeneurs qui passaient devant elle, d'une voiture roulant un peu vite, en sollicitaient le retour, à ce point que bientôt cette dame n'osa plus sortir de sa chambre. »

Voilà encore un vertige continu, avec état syncopal constant, avec hyperesthésie évidente des sens, quoique le mot hyperesthésie ne soit pas prononcé, mis sur le compte de l'estomac dont les fonctions, on a soin de le dire, ne sont pas troublées. Voilà donc un vertige dû à la dyspepsie, mais dyspepsie qui ne se manifeste par aucun autre symptôme *que* le vertige. Il nous semble plus simple de dire que c'est un vertige et rien de plus, sinon que la malade est dans un état syncopal qui eût dû appeler l'attention plutôt sur le cœur et les vaisseaux que sur l'estomac.

L'analyse très-attentive des phénomènes complexes, qui nous a permis de reconnaître un état nerveux *indépendant* et essentiel, nous conduit à affirmer que la malade dont parle Trousseau, aussi bien que le malade de tout à l'heure, étaient atteints de la forme légère de la névrose qui fait le sujet de ce mémoire. Le haut esprit d'observation de notre maître ne pouvait du reste facilement s'accommoder d'un vertige stomacal sans troubles de l'estomac. « Bien souvent, dit-il à l'occasion de cette observation, je me suis demandé si ce traitement

(contre la dyspepsie), bien que dirigé par moi contre l'affection stomacale, ne s'adressait pas, *à mon insu, au système nerveux*, et si je n'avais pas été conduit à diagnostiquer une affection gastrique, plutôt d'après l'influence de la médication que d'après les symptômes de la maladie, et si je n'avais pas été entretenu dans *cette erreur de diagnostic* par ce fait que je réussissais avec une médication ordinairement employée avec avantage dans la dyspepsie. » Nous continuons la citation :

« Je sais bien qu'il y a des nausées et souvent des vomissements dans le vertige, lors même que le tissu de l'estomac est dans l'état le plus normal, et que les sécrétions qui lui appartiennent sont ce qu'elles doivent être; mais qui ne sait que, dans un grand nombre d'affections qui appartiennent au système nerveux, les vomissements sont extrêmement communs; sans parler de la fièvre cérébrale, qu'il me suffise d'indiquer e mal de mer, le vertige de la valse, etc., dans lesquels les troubles du côté de l'estomac sont l'accident qui occupe le plus tes malades, celui dont ils se plaignent le plus amèrement. lOr, dans le vertige que l'on appelle stomacal, A TORT OU A RAISON, les troubles nerveux et ceux que l'on observe du côté de l'estomac ne diffèrent pas beaucoup de ceux que l'on éprouve, par exemple, dans le vertige qui tient a des lésions du labyrinthe et dont j'aurai tout à l'heure à vous parler » (1).

Nous avons, quant à nous, examiné des malades au sujet desquels le diagnostic de *vertigo a stomaco læso* semblait inébranlablement arrêté, et nous avons bien vite reconnu, à l'ensemble des symptômes restés inaperçus, que nous devons revendiquer pour la forme légère de la névropathie cérébro-cardiaque un certain nombre de malades classés dans le vertige stomacal.

Les phénomènes d'empoisonnement chronique par certaines substances médicamenteuses ou alimentaires offrent des points de rapprochement assez nombreux avec ceux de la névropathie cérébro-cardiaque. Parmi ces substances doivent être rangés le quinquina sous ses diverses formes de préparation, mais notamment son principal alcaloïde, les solanées vireuses, le café, le thé, etc. Nous aurons plus loin à revenir sur l'étude comparative des symptômes d'intoxication avec ceux de la maladie qui nous occupe. Au point de vue du diagnostic, il sera toujours aisé de savoir si le malade a oui ou non fait abus de ces substances ou dans quelle mesure il en a fait usage.

Nous ne citerons que pour mémoire, dans ce chapitre, les convalescents de maladies graves, les femmes relevant de couches qui accusent souvent des vertiges, la sensation de vide, des palpitations, etc. Ces accidents sont le plus souvent très-passagers; mais lorsqu'ils se prolongent, il sera toujours utile de rechercher s'il n'y a pas de complication. L'attention devra aussi se porter sur les moyens thérapeutiques employés pendant la maladie. Il y a surtout trois ordres de maladies dont la convalescence est tourmentée par des phénomènes nerveux offrant des points de contact incontestables avec ceux que nous décrivons : ce sont les rhumatisants, les paludéens et les femmes ayant eu des couches longues et laborieuses. Nous avons remarqué que le traitement quinique à haute dose et très-prolongé, sur ces individus déjà prédisposés par la débilitation et l'anémie, provoque des phénomènes nerveux multiples qu'on peut rapprocher de ceux que nous décrivons; il sera donc toujours utile de s'enquérir chez les convalescents dont nous venons de parler du mode de traitement.

L'*angine de poitrine* essentielle et non liée à des lésions matérielles du cœur ou des gros vaisseaux se présente absolument comme les accès de douleur cardiaques de nos névropathes. La confusion devient d'autant plus facile que l'excessive intensité des accès d'*angor-pectoris* chez quelques-uns de nos malades, leur fait presque complétement oublier les autres symptômes; dans l'impossibilité de faire le moindre mouvement sans provoquer une douleur intolérable, ils ne parlent guère de vertige ni de troubles sensoriels qui, d'ailleurs, peuvent être légers. Quant aux troubles de la locomotion, ils s'en aperçoivent moins encore, étant condamnés par la prodigieuse sensibilité du cœur à un repos presque absolu. Mais nous répéterons ici ce que nous venons de dire au sujet des affections décrites sous les noms de *vertigo a stomaco læso*, et de *vertigo ab aure læsa*, le symptôme dominant mettant trop dans l'ombre les symptômes concomitants, l'observateur est facilement induit en erreur; très-souvent le diagnostic d'angine de poitrine *essentielle* est tronqué et insuffisant; qu'on veuille bien examiner ces malades au point de vue des troubles multiples que nous signalons, et l'on trouvera que quelques-uns d'entre eux rentrent dans notre cadre.

Nous ne pouvons prévoir ni examiner toutes les erreurs de diagnostic commises ou à commettre au sujet de la maladie que nous décrivons sous le nom de *névropathie cérébro-cardiaque*. Nous n'avons placé sous les yeux du lecteur que quelques-uns des principaux diagnostics mis en avant pour les malades dont nous avons donné l'histoire. Ceux-ci, comme tous les névropathes, comme bien des individus d'ailleurs dont les souffrances ne sont atténuées qu'avec le temps, demandent secours de tous côtés, et il arrive que le même malade a rencontré dans le cours de son affection toutes les interprétations que nous avons signalées et bien d'autres encore. Quant à nous, il nous semble impossible de méconnaître que l'ensemble de nos observations constitue un tableau unique composé toujours des mêmes traits, un type nosologique constant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Dans ces citations nous avons mis en italiques les phrases que nous avons voulu particulièrement faire ressortir.

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

De l'hémoptysie dans les embolies capillaires des poumons, par L. Colin, professeur au Val-de-Grâce.

Observation. — X... est atteint, au mois de mars 1871, d'une affection typhoïde pendant laquelle se manifestent, à plusieurs reprises, de vives douleurs dans les membres inférieurs, spécialement au niveau des mollets ; ces douleurs, qui augmentaient à la pression et par l'extension des jambes, disparaissent à peu près complétement au début de la convalescence, pendant le mois de mai 1871. On constate à cette dernière époque les signes évidents de thrombose des deux veines saphènes, à partir de leur origine, et si le malade reste assis ou debout pendant quelques heures, il se forme un œdème péri-malléolaire disparaissant presque entièrement par la position horizontale.

X... se levait depuis quelques jours, lorsque, le 20 mai dans la matinée, il éprouva subitement une violente douleur dans la région sous-claviculaire gauche, avec sensation d'étouffement; la respiration est courte, entrecoupée ; le malade ressent le besoin de faire de profondes inspirations, mais la douleur l'oblige à limiter tout mouvement thoracique, et à conserver le plus d'immobilité possible. Ces symptômes, qui ne sont accompagnés d'aucun mouvement fébrile, vont en s'atténuant jusqu'au lendemain soir ; à ce moment, sans signe de bronchite antérieure, le malade rend en toussant un crachat presque entièrement composé de sang de couleur rouge, moins consistant et moins aéré que les crachats pneumoniques ; cette expectoration se renouvelle à plusieurs reprises pendant la nuit, et persiste durant les trois jours suivants, en devenant de plus en plus foncée ; le 25 mai, il n'y avait plus trace de sang dans les crachats.

Quelques jours après, le 2 juin, le malade éprouve de nouveau une violente douleur avec sensation d'étouffement et orthopnée ; mais cette fois la douleur siége plus bas et semble correspondre aux attaches du diaphragme. Le lendemain, diminution notable de la douleur et de la dyspnée, et, cette fois encore sans bronchite antérieure, un effort de toux est suivi de l'expectoration d'une certaine quantité de sang ; l'hémoptysie, comme la première fois, se renouvelle sans grande abondance pendant trois jours environ.

Mêmes symptômes le 15 juin : accès subit de douleurs thoraciques et de dyspnée, suivi le lendemain et les jours suivants d'expectoration sanglante.

Ces accidents ne se renouvelèrent plus. En même temps la palpation permettait de reconnaître la disparition progressive des caillots de la

veine saphène du côté gauche ; du côté droit, au contraire, la thrombose veineuse conservait le même volume, et, sans doute par suite de la compression de filets nerveux, entraînait une altération marquée de la sensibilité de ce côté ; il existait une zone d'analgésie superficielle comprenant toute la région antérieure de la cuisse droite, en même temps qu'une pression brusque sur cette même région développait une sensation profonde et très-douloureuse de déchirement, sensation qui même parfois apparaissait spontanément, mais ne durait que quelques secondes. Le soir, l'œdème péri-malléolaire n'apparaissait plus également que du côté droit.

C'est dans ces conditions que le malade, après les fatigues d'un voyage assez long, est atteint, subitement encore, au commencement du mois de juillet 1861, d'une violente douleur dans le pli inguinal droit, douleur s'irradiant d'une part jusque dans le bassin, d'autre part le long du trajet de la saphène jusqu'à la tubérosité interne du tibia ; cette douleur est accompagnée dans cette dernière direction d'une coloration de la peau, rose vif, indiquant parfaitement le trajet de ce vaisseau ; la palpation, empêchée par la douleur, ne devient possible que les jours suivants, et l'on peut alors constater l'induration de la veine crurale se prolongeant jusqu'à l'iliaque externe dont les branches superficielles, l'épigastrique et les veines du cordon, furent également envahies par les progrès locaux de la thrombose ; il était facile de sentir à travers la peau les cordonnets résistants formés par la coagulation du sang dans ces vaisseaux superficiels. D'autre part, au moment où la douleur cessait de ce côté, on voyait la même inflammation se manifester également à l'extrémité périphérique de la thrombose primitive ; une traînée rougeâtre douloureuse s'étendait de la partie interne du jarret, suivant une ligne oblique contournant le tibia et venant aboutir en avant de la malléole interne, suivant par conséquent le trajet de la saphène ; en même temps se développait un œdème considérable de tout le pied ; quand ces symptômes fluxionnaires eurent disparu, on constatait l'induration par thrombose de la saphène jusqu'à son extrémité inférieure au niveau du premier métatarsien.

Ces derniers symptômes se sont amendés lentement et peu à peu ; il reste encore aujourd'hui, dix mois après le début des accidents de phlébite, une induration douloureuse de la saphène à son extrémité inférieure, et spécialement en avant de la malléole interne ; on ne perçoit rien d'analogue à l'origine supérieure de cette veine, ni dans son trajet à la partie interne de la cuisse ; mais, dans cette dernière région, il existe un développement anormal de veines superficielles indiquant encore la nécessité d'une circulation supplémentaire.

Réflexions. — Deux circonstances, dans cette observation, nous semblent plus particulièrement dignes d'intérêt : d'une part, l'ensemble des symptômes qui ont accompagné la formation de la thrombose ; d'autre part, les phénomènes résultant de la migration vers les poumons, suivant le mode habituel aux embolies, d'un certain nombre de fragments de ce caillot veineux.

1° L'intensité et la fixité des douleurs ressenties dans les jambes, pendant le décours même de la fièvre typhoïde, semblent indiquer que la coagulation sanguine a été précédée d'un certain degré d'inflammation locale ; bien que, en général, l'apparition du caillot soit le premier symptôme, il n'en a pas été de même dans cette observation, qui nous fait admettre l'existence préalable d'une altération de tissu. Ces douleurs initiales ne peuvent être, en tout cas, rapportées à la compression des filets nerveux satellites de la veine ; car, au moment où elles apparurent, rien encore n'annonçait à la palpation la présence d'un caillot obturateur, et de plus elles cessèrent au moment où ce caillot devint parfaitement constatable. Il en est autrement de l'altération de la sensibilité à la face antérieure de la cuisse droite ; l'analgésie superficielle, en même temps que la vivacité des douleurs profondes éveillées par une brusque pression furent d'autant plus marquées que l'oblitération veineuse apparut plus complète ; peut-être faut-il rapporter à des conditions analogues un grand nombre de ces altérations de la sensibilité si communes chez les convalescents de fièvre typhoïde. Mais nous voyons encore dans notre observation une phase inflammatoire nouvelle signaler l'augmentation locale de développement de la thrombose primitive ; c'est à la suite d'une phlogose préalable, évidente, que le caillot, limité d'abord à une partie de la veine saphène, s'étendit d'une part jusqu'à l'extrémité inférieure de cette veine, et remonta d'autre part jusqu'à la veine iliaque externe et aux branches qui en émanent. L'induration secondaire de la saphène à la partie inférieure de la jambe, où elle donne actuellement au doigt la sensation d'un tendon fibreux, arrondi, complétement incompressible, résulte sans doute tout autant de l'épaississement du tissu cellulaire qui entourait la veine que de l'organisation, forcément admise de nouveau aujourd'hui, de la thrombose en tissu conjonctif, produisant l'oblitération définitive du vaisseau.

2° Les symptômes thoraciques nous semblent encore plus dignes d'intérêt ; on sait que les accidents, rapidement mortels, entraînés par la migration des embolies fibrineuses vers les poumons, ont habituellement pour cause l'arrêt d'un fragment relativement volumineux dans une des divisions principales de l'artère pulmonaire. Quelques observations cliniques et des recherches expérimentales ont prouvé également la haute gravité des embolies constituées même par des corps de moindre volume, comme différentes poussières animales ou végétales, comme les gouttelettes d'huile ou de graisse. A la suite de ces embolies capillaires dans le poumon, spécialement étudiées par M. Feltz, les malades sont, de même que les animaux en expérimentation, enlevés en général très-rapidement après avoir offert des symptômes de dyspnée intense, de la cyanose et des convulsions; et l'on trouve à l'autopsie des infarctus hémorrhagiques, entraînés suivant les uns par l'action traumatique de l'embolus sur les parois du capillaire, où il s'est implanté, suivant les autres par la tension et la rupture des capillaires voisins dilatés outre mesure par l'excès de la circulation collatérale.

Ce qui caractérise plus spécialement le cas actuel, c'est d'une part la guérison, d'autre part les hémoptysies succédant, à trois reprises, à des symptômes qui nous ont paru caractériser la formation d'embolies capillaires dans les poumons.

La réalité de ce dernier fait nous semble bien fondée; les accidents ont éclaté, pour la première fois, à une époque où le caillot veineux, datant déjà de plusieurs semaines, subissait les conditions de dégénérescence favorables à sa fragmentation. Chaque fois, la douleur thoracique et la dyspnée sont survenues subitement; quant aux hémoptysies, elles n'ont apparu, également chaque fois, que vingt-quatre heures au plus tôt après l'apparition des deux symptômes précédents; cette succession indiquait parfaitement la succession des deux phases anatomiques de l'affection : anémie d'abord, puis hémorrhagie; enfin le peu d'abondance de ces hémoptysies indiquait également la limite du processus morbide à un nombre restreint de lobules pulmonaires. Rien n'indiquait plus chez le malade l'existence d'une hypérémie pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde ; il n'y avait ni toux ni catarrhe bronchique, ce qui permettait également d'éliminer toute supposition de tubercules, dont au reste les manifestations eussent été moins brusques, moins intermittentes, et qui auraient entraîné des conséquences tout autres dans la marche ultérieure de l'affection.

Sans doute, l'embolie a été constituée dans ce cas par des particules fibrineuses détachées, par le travail de décomposition, du caillot autochthone de la saphène ; puis ces particules, arrêtées quelque temps dans les terminaisons capillaires de l'artère pulmonaire, y ont subi la continuation de ce travail de décomposition. Leur transformation graisseuse et liquide leur a permis de franchir le cercle de la circulation pulmonaire. Ce fait vient ainsi justifier l'opinion émise, dès 1867, comme corollaire d'une autre observation très-probante, par M. le professeur Michel (de Strasbourg) :

« Il est évident que les caillots capillaires peuvent subir la dégénérescence constatée dans les caillots plus gros, et qu'on peut observer leur désorganisation moléculaire et consécutivement la réouverture des capillaires bouchés. »

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Service de santé militaire.

En lisant avec soin votre journal, je vois que l'on s'y occupe activement d'une réorganisation de la médecine militaire. Je partage en tout votre opinion, surtout quand vous réfutez une lettre qui a pour titre : *Au comité de rédaction* (numéro du 31 mai).

Vous voudriez introduire le concours comme moyen d'émulation et comme titre à l'avancement. Je crois l'idée juste et pratique, et vous auriez pu citer à l'appui de votre thèse les lois qui régissent l'avancement dans le corps de santé de la marine. Toutes les places, depuis celle de médecin, d'aide-médecin, jusqu'au grade de médecin principal exclusivement, se donnent au concours. Cette manière d'arriver à un grade supérieur fonctionne depuis de longues années et a donné jusqu'à ce jour d'heureux résultats. Les exemples, s'il m'était permis d'en citer, abonderaient sous ma plume.

Ce que je dis est si vrai, qu'il y a quelques années il avait été question de supprimer le concours, et que cette idée n'avait pour ainsi dire pas eu d'adhérents parmi les médecins de la marine.

Agréez, etc.

Dr Marchand,
Ex-médecin de la marine.

Remarques. — Nous ne pouvons qu'applaudir à la justesse des observations de notre correspondant. Le concours donne, dans la médecine navale, de très-bons résultats. Le recrutement y est facile. Les élèves abondent à Brest, Toulon et Rochefort et forment un excellent contingent pour le grade d'aide-médecin et de médecin de première classe. On n'éprouve quelque difficulté à combler les vides que pour le grade de médecin de deuxième classe, et cela tient à deux causes principales : d'abord on subit la période de transition amenée par la condition imposée à tout concurrent d'être muni du diplôme de docteur; en second lieu, les aides-médecins sont astreints, pendant leurs deux années de grade, à six mois d'embarquement, ce qui a l'avantage de les façonner à la vie de bord, mais aussi l'inconvénient d'apporter dans leurs études une interruption d'autant plus fâcheuse que, en pratique, la durée de l'embarquement ne peut être rigoureusement limitée à six mois et se prolonge souvent bien au delà.

Mais, nous le répétons, le concours, tant attaqué vers 1862 et 1863, et maintenu par la commission chargée alors de la réorganisation du corps, s'il peut être susceptible de quelques améliorations de détail, a été, pour le service de santé de la flotte, une institution bienfaisante et qui pourrait, avec les modifications appropriées, rendre également à l'armée de terre de très-grands services.

(*Note de la Rédaction.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 24 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre qui remplira, dans la section de médecine et de chirurgie, la place laissée vacante par le décès de M. *Stan. Laugier*. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 54, M. Sédillot obtient 22 suffrages, M. Marey 18, M. J. Guérin 6, M. Gosselin 4, M. Vulpian 4. Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, il est procédé à un second tour de scrutin. Le nombre des votants étant encore 54, M. Sédillot obtient 34 suffrages, M. Marey 19. Il y a un billet blanc.

M. Sédillot ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation de M. le président de la République.

Sur la fabrication des couleurs d'aniline, par MM. *Girard* et *de Laire*. — Le procédé de préparation de la rosaniline repose sur l'emploi de l'acide arsénique, et n'exige pas moins de 400 kilogrammes de cet acide pour une production de 100 kilogrammes de rosaniline propre à être transformée en bleu ou en violet. Il y a telles fabriques qui consomment plus de 600 kilogrammes d'acide arsénique par jour. On conçoit sans peine que de nombreux empoisonnements aient dû être la conséquence de ce mode d'opérer. Le remplacement de l'acide arsénique comme agent de transformation de l'aniline en rosaniline par un autre réactif non vénéneux ou ne donnant pas naissance à des résidus vénéneux, ou bien un mode de traitement du rouge d'aniline arsenical permettant de recueillir en entier, sous une forme quelconque, l'arsenic qu'il contient et de le régénérer, n'ont pas donné de résultats satisfaisants. Or, la solution proposée par les auteurs a pour base ce fait, que la teinture ne consomme qu'une quantité très-restreinte de la masse totale de la rosaniline fabriquée, dont la plus grande partie, dans le rapport de 9 à 1, est employée à produire d'autres matières colorantes bleues, vertes, violettes ou brunes. De là il suit qu'un procédé qui permettrait de préparer la rosaniline triphénylique sans employer le rouge d'aniline ni aucune substance toxique, réduirait les quantités d'acide arsénique consommées par l'industrie des matières colorantes artificielles dans une proportion considérable, que nous estimons être de 2/5es environ. Ce procédé résulte d'un ensemble de recherches sur la préparation des monamines secondaires phényliques et toluyliques, et sur leur transformation en rosaniline et mauvaniline phényliques et toluyliques. Les auteurs en donnent une description très-détaillée qui ne peut être reproduite ici. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Électrothérapie. — *Sur une nouvelle pile à sulfate de cuivre, disposée en vue de l'application des courants continus à la thérapeutique.* Note de M. *J. Morin*. (Extrait.) — « L'élément nouveau que nous proposons a pour objet d'éviter complétement l'inconvénient qui résulte, dans la pile à sulfate de cuivre ordinaire, des dépôts de zinc qui se forment, soit sur le cuivre, soit sur le vase poreux. Il consiste en un cylindre de cuivre, à l'intérieur duquel se trouve placé concentriquement le cylindre de zinc; l'espace annulaire compris entre les deux surfaces métalliques est partagé en deux parties égales par un cylindre de papier à filtrer. On met du grès ordinaire entre la surface intérieure du cuivre et le diaphragme de papier, et du soufre sublimé du côté du zinc; le tout est plongé dans une solution de sulfate de cuivre, qui pénètre dans la masse au moyen de divers petits orifices pratiqués au travers du cuivre. » (Renvoi à l'examen de M. Becquerel.)

Fosses d'aisances. — M. *Benner* adresse, de Mulhouse, une note relative à un procédé de ventilation pour les fosses d'aisances. (*Comm. :* MM. Morin, Tresca.)

Mémoire. — M. *H. Verneuil* soumet au jugement de l'Académie un Examen de la mémoire, au point de vue physiologique, psycologique, etc. (Renvoi à l'examen de M. Cl. Bernard.)

Strychnine et chloral. — Au sujet des expériences de M. O. Liebreich tendant à démontrer que la strychnine est l'antidote du chloral, M. *Oré* communique une nouvelle note dont voici les conclusions appuyées de cinq expériences récentes :

1° La dose de 4 grammes de chloral, injectée dans le tissu cellulaire, est *fatalement mortelle* pour des lapins du poids de 2 kilogrammes. Il en est de même de la dose de 2 grammes, pour des lapins pesant moins de 1 kilogramme.

2° Si, lorsque les effets produits par cette injection de chloral se sont franchement manifestés, on essaye de les combattre et de les arrêter en injectant 1 milligr. 1/2 ou 2 milligrammes de strychnine (la première de ces deux doses n'étant pas mortelle, la seconde l'étant au contraire

pour un lapin de 2 kilogrammes), les animaux succombent dans l'un et l'autre cas.

3° Pendant toute la durée de l'expérience, depuis le moment où la strychnine est introduite dans l'organisme jusqu'à la mort, *aucun phénomène ne révèle sa présence*. La rigidité cadavérique, ainsi que les précipités fournis par les urines, les décoctions de foie et de rate traitées par le biiodure de potassium et la décoction de noix de galle, sont les seules particularités qui ne permettent de conserver aucun doute sur l'absorption de l'alcaloïde.

4° Quoique les expériences précédentes semblent renverser l'opinion de M. O. Liebreich, que la strychnine est l'antidote du chloral, je ne veux pas me hâter de tirer cette conclusion, de nouvelles expériences me paraissent encore nécessaires pour fixer définitivement les idées sur ce point; elles feront l'objet d'une prochaine note.

Absorption cutanée. — Voici les conclusions d'une note présentée par M. *Brémond* :

1° L'absorption cutanée d'une substance médicinale non volatile ne peut être niée, et elle est établie d'une manière irréfutable par l'expérimentation, à la suite de bains de vapeurs d'eau médicamenteuse.

2° Dans les cas ordinaires, elle n'est possible qu'à la température de 38 degrés, c'est-à-dire à un degré au moins au-dessus de celle du corps.

3° Par l'emploi antérieur d'un bain de vapeur suivi d'un savonnage et de frictions énergiques, on peut faire absorber par la peau de l'iodure de potassium à des températures inférieures à celle du corps, à 34 et 36 degrés.

4° Avec l'appareil dont je me suis servi, l'absorptian cutanée augmente en raison directe de l'élévation de la température du bain de vapeur, de sa durée et de la quantité d'iodure de potassium.

5° Cet appareil permet de laisser la tête du malade hors de la cage, d'entourer son cou d'un drap pour empêcher la vapeur d'en sortir, ce qui rend l'absorption par les voies pulmonaires très-difficile. La disposition anatomique de ces régions et la présence du mucus sur les muqueuses ne laissent pas les molécules métalliques charriées par la vapeur d'eau ou par l'air pénétrer dans les voies pulmonaires. D'ailleurs le ralentissement de l'élimination du sel potassique par les urines, où on ne peut le constater que deux heures après le bain, prouve qu'elle n'a pas lieu par les voies pulmonaires.

6° Ce sel est en suspension dans la vapeur d'eau et est entraîné mécaniquement dans la cage de bois.

7° L'élimination de ce sel commence environ deux heures après le bain, augmente de quantité jusqu'au repas, après lequel elle semble diminuer, à cause de la grande quantité d'eau ingérée, redevient plus abondante ensuite, et cesse complétement vingt-quatre heures après, quelles que soient la dose du sel, la température et la durée du bain.

8° Lorsque le malade a pris dix ou douze bains, l'élimination se continue pendant trois ou quatre jours; s'il en a pris de vingt-cinq à trente, elle persiste dix à douze jours après le bain.

9° Un bain de vapeur simple, suivi de savonnage et de frictions énergiques, est très-utile pour hâter et favoriser l'absorption d'une substance médicinale non volatile dans un bain de vapeur.

10° C'est bien à l'état d'iodure de potassium qu'il est absorbé, puisque l'analyse de la vapeur d'eau qui s'échappe du récipient ne constate nulle trace d'iode à l'état libre, nulle trace d'iodure de fer. L'iode seul ne pourrait produire les effets thérapeutiques obtenus par les bains de vapeurs iodurées.

Aspiration des liquides pathologiques, par M. *Dieulafoy*. — Nos lecteurs sont trop au courant de cette question pour que nous analysions cette communication, qui se termine par le résumé suivant :

« J'ai appliqué l'aspiration à un grand nombre de maladies que je classerai en trois groupes : 1° aspirations de liquides accumulés dans une cavité séreuse : hydrocéphalie, hydrorachis, pleurésie, péricardite; hydarthrose, kystes synoviaux; 2° aspiration de liquides accumulés dans la profondeur des organes : abcès ou hydatides du poumon, kystes ou abcès du foie, tumeurs liquides de la rate et des épiploons, kystes de l'ovaire, rétention d'urine, hernies étranglées de l'intestin; 3° aspiration de liquides formés dans le tissu cellulaire de différentes régions : abcès par congestion et abcès froids, bubons, phlegmon périnéphrétique, phlegmon iliaque, phlegmon péri-utérin. »

Cavernes de Menton. — M. *E. Rivière* achève la description du squelette trouvé dans ces cavernes et des objets divers trouvés près de lui.

Phylloxera vastatrix. — Deux communications. M. *Lalimen* soutient que la formation des galles ne provient pas des œuf du Phylloxera ailé, et M. *Eug. Robert* adresse une lettre concernant l'emploi du cuivre contre l'invasion de cet insecte.

Académie de médecine.

Séance du 2 juillet 1872. — Présidence de M. Barth.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un mémoire sur la mortalité à Plancher-les-Mines, à un siècle d'intervalle, au point de vue de l'influence du vaccin sur la population. (*Comm.* : MM. Vernois, Bergeron et Blot.). — *b*. Un mémoire de M. le docteur *Regulus Carlotti* (d'Ajaccio) sur l'*Eucalyptus globulus*. (*Comm.* : M. Gubler.) — *c*. Un rapport final de M. le docteur *Lemaître* sur une épidémie de variole qui a régné à Limoges en 1870-1871. (*Commission des épidémies*.) — *d*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements de la Seine-Inférieure et de la Haute-Savoie. (*Même commission*.)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Tillaux*, qui se présente comme candidat pour la section de médecine opératoire. — *b*. Une note de M. le docteur *Tavignot* sur l'opération de la cataracte par le procédé sous-capsulaire (de Malgaigne). — *c*. Un rapport de M. le docteur *Artance* (de Clermont) sur les vaccinations pratiquées en 1871 dans le Puy-de-Dôme. (*Commission de vaccine*.)

M. *Amédée Latour* présente un ouvrage intitulé : Le cancer considéré comme souche tuberculeuse, par M. le docteur *Burdel* (de Vierzon).

M. *Larrey* présente une Etude sur les hôpitaux-baraques, par MM. *Jæger* et *Labouraud*, architectes, et M. le docteur *Angel Marvaud*.

M. *Hérard* présente un volume intitulé : De la température dans les maladies, par le professeur *Wunderlich* (de Leipzig), traduit de l'allemand par M. le docteur *Labadie-Lagrave*, précédé d'une introduction par le docteur *Jaccoud*.

M. *le Président* a le regret d'annoncer, d'après le journal le Progrès libéral, de Toulouse, la mort de M. *Bousquet*, membre titulaire. L'honorable académicien avait consacré la plus grande partie de sa vie au culte de Jenner et des lettres. On se rappelle avec quel talent, quelle ardeur et quelle persévérance il défendit jusqu'à la dernière heure la vaccine humaine contre les prétentions et les envahissements de la vaccine animale. Fatigué par cette longue lutte, accablé par un deuil de famille, il se retira, plein de tristesse, aux environs d'Albi, dans sa propriété, où il vient de mourir. L'Académie perd en M. Bousquet un homme de bien, un homme de goût, un écrivain distingué, un des derniers disciples de Barthez.

Choléra. — M. *Fauvel* prend à cœur et remplit en conscience ses fonctions d'inspecteur général du service sanitaire. Gardien attentif, sentinelle vigilante de la santé publique, il a les regards constamment tournés vers l'Orient, pour voir si quelque fléau asiatique n'est pas prêt à fondre sur nous, pour en surveiller la marche, en signaler les progrès et, au besoin, lui barrer le chemin. Il a l'œil particulièrement sur le choléra. Il le connaît mieux que personne, l'ayant vu très-souvent et de près en Turquie et dans d'autres contrées du Levant, où ce mal sévit de préférence. Depuis plusieurs années, M. Fauvel guette l'ennemi sans relâche, le suit pas à pas, sans jamais perdre sa trace, dans ses migrations et ses évolutions de la Baltique à la mer Noire, du Bosphore au golfe Persique. Grâce à une vigilance aussi active, il y a lieu d'espérer que la France ne sera pas prise de sitôt au dépourvu. Déjà, l'année dernière, M. Fauvel, dans une communication fondée sur les informations les plus positives, avait fait justice des alarmes intempestives de l'opinion publique au sujet d'une prochaine invasion de choléra. Aujourd'hui encore, il prend la parole et il emprunte la publicité de la tribune académique, afin de calmer les inquiétudes prématurées répandues dans la population et même dans le corps médical, par les dernières nouvelles reçues de Kiew et de la Bessarabie.

Pour donner plus de poids et d'autorité à ses déclarations, M. Fauvel examine l'attitude et la marche du choléra successivement dans les trois points d'où il paraissait menacer encore l'Europe centrale vers la fin de l'année dernière et au commencement de l'année présente.

Au moyen de renseignements précis et de documents officiels, il établit que nous n'avons rien à redouter du côté de

Constantinople et du littoral méditerranéen, où l'épidémie est entièrement éteinte depuis le 11 janvier dernier.

Rien à craindre non plus du côté de l'Arabie et de l'Égypte, où les derniers pèlerinages musulmans inspiraient les plus vives appréhensions. Ce n'est pas que le Hedjaz ait été exempt de choléra durant les cérémonies saintes du Kourban-Baïram. Médine, la Mecque, Confoudah, Hodéidah, Rabouk, Kadina, toute la vallée de la Mina, ont payé un large tribut à l'épidémie pendant les mois de février, de mars et d'avril. Le maximum de la mortalité pour Médine a été de 1800 décès en huit jours, du 20 au 28 mars. A la Mecque il y avait 15 morts par jour au commencement du mois de mars. Les caravanes furent rudement éprouvées après leur départ de la ville sainte; celle de Syrie perdit un dixième de son effectif; on ignore les pertes subies par celle de la Mésopotamie; la caravane du Caire a eu 24 morts. Sur 25 000 pèlerins réunis à la station de Kadina, le choléra fit 4000 victimes. Sur 16 000 pèlerins partis par Suez, il n'en est revenu que 11 687. C'est donc un déficit de 4313, ou un quart environ de l'effectif emporté par le choléra. Chose digne de remarque, le fameux port de Djeddah, sur la mer Rouge, où débarquent et d'où s'embarquent des milliers de pèlerins, a joui d'une immunité absolue depuis le début jusqu'à la fin du pèlerinage. De plus, on n'a pas observé un seul cas de choléra à bord des navires chargés des pèlerins rapatriés; et les caravanes elle-mêmes ont été délivrées du fléau dès leur arrivée dans leur pays.

En résumé, l'épidémie cholérique du Hedjaz a été, cette année, beaucoup moins meurtrière que les années précédentes, et s'est éteinte d'une manière plus rapide et plus complète. M. Fauvel n'hésite pas à attribuer cet heureux résultat aux précautions prises et aux mesures hygiéniques adoptées par l'administration sanitaire de l'Égypte. Parmi celles de ces précautions et de ces mesures qui paraissent avoir le plus efficacement protégé le sol égyptien de toute atteinte, M. Fauvel cite spécialement l'établissement d'une quarantaine, avec lazaret sous tentes, à El Nedj, petit port de la côte arabique, à 350 milles de Suez. M. Fauvel rend aussi un témoignage très-mérité au dévouement éclairé et au zèle infatigable de MM. Dubreuil et Gaillardot, médecins sanitaires français à Djeddah et au Caire, de MM. Dacorogna et Méhémet Ali, médecins du lazaret d'El Nedj.

L'Arabie et l'Égypte ne doivent donc nous inspirer, en ce moment, aucun souci. Mais il y a un point noir à l'horizon, du côté de l'est, sur la frontière austro-russe. Depuis le commencement d'avril, le choléra a éclaté de nouveau en Podolie, à Proskourow et à Podolsk. Plus récemment, au mois de mai, il a reparu à Chotin, sur les confins de la Galicie et de la Bessarabie, à Kiew, à Ekaterinoslaw, à Kerson et à Odessa. Le voilà donc régnant dans les contrées baignées par le Dnieper et le Dniester, menaçant la Galicie, les Principautés Danubiennes, et, par la vallée du Danube, toute l'Europe centrale. Néanmoins, M. Fauvel assure que cette épidémie s'offre sous des apparences beaucoup moins redoutables que celle de l'année dernière à pareille époque. Il conserve donc encore l'espoir que le choléra, peu violent et peu expansif jusqu'à ce jour, restera confiné dans les régions où il règne en permanence depuis quatre ans, et qu'il pourra s'y éteindre sur place sans se propager dans l'Europe occidentale.

Que le ciel l'entende et nous préserve d'une nouvelle invasion cholérique!

M. *Bouillaud*, dans une improvisation pleine de chaleur, de poésie et d'allégories mythologiques, fait un appel énergique aux gouvernements et aux peuples, qu'il invite à s'unir pour une guerre sainte, pour une sorte de croisade contre le choléra. Il demande qu'une expédition scientifique, internationale, s'organise, par l'initiative et sous le patronage de l'Académie, dans le but d'aller rechercher la cause du mal à sa source même, d'attaquer et de détruire dans le delta du Gange ce monstre fléau, dont les menaces d'invasion sont perpétuellement suspendues sur l'Europe.

A quatre heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Blot* sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements. (Voy. aux *Variétés*.)

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 14 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

TRAVAUX A L'HÔPITAL NECKER. — OPÉRATION DE L'EMPYÈME; DYSPHONIE CONSÉCUTIVE. — PNEUMONIE INTERSTITIELLE DANS LA PLEURÉSIE; RÔLE DES FAUSSES MEMBRANES; LEUR NATURE. — THORACOCENTÈSE.

M. *Moissenet* annonce à la Société que les bruits qui ont couru sur ce qui se passe à Necker se résument en ceci : qu'on y construit simplement une salle de deux lits pour le travail de l'accouchement. Il s'agit uniquement d'éviter aux autres malades l'impression morale des cris. Quant à l'hôpital Cochin, la salle a dû de nouveau être fermée.

M. *Dujardin-Beaumetz* présente un malade auquel il a fait l'opération de l'empyème. Il a retiré du thorax huit litres de pus; il a fait une incision large, puis a employé une sonde à double courant; l'opération a été faite en février dernier; le malade n'est sorti de l'hôpital que ces jours-ci, ayant toujours en place son appareil qui n'est autre qu'un irrigateur permettant des lavages très-faciles. — Une particularité présentée par ce malade, est qu'il ne peut pas parler sans boucher sa canule.

M. *Potain* explique cette dysphonie par la paralysie du diaphragme qui ne permet plus à l'air d'être chassé assez fortement pour faire vibrer les cordes vocales.

M. *Brouardel* lit une note sur la pneumonie interstitielle qui accompagne la pleurésie; cette pneumonie est caractérisée par des cloisons de tissu inodulaire dans les interstices des lobules. — Il est difficile de fixer son époque d'apparition ou son degré de fréquence. — Cette hyperplasie se fait, en général, à une période peu avancée; il en résulte que le poumon ne peut se dilater et revenir à son volume normal, pour peu que la pleurésie ait duré; l'auteur tire cette conséquence fort légitime qu'il faut se hâter de vider la plèvre de bonne heure. M. Brouardel cite dans cette note deux cas d'épanchement séro-sanguinolent qui ont facilement guéri. Il se demande quelle valeur un pareil phénomène peut, en général, apporter au pronostic; il croit que le sang vient des fausses membranes.

M. *Bourdon*, après une ponction récente qui lui avait donné un liquide séro-sanguinolent, vient plus récemment encore d'en faire une seconde chez le même malade; cette fois il y eut du pus.

M. *Raynauld* croit, comme M. Brouardel, que le sang vient dans ces cas des fausses membranes; l'aspiration énergique contribue à provoquer ce phénomène: il ne croit pas que cela ait de la gravité.

M. *Potain* pense, avec M. Brouardel, que la thoracocentèse doit être faite de bonne heure; il lui a paru que les fausses membranes étaient molles, même au bout de quinze jours ou trois semaines; il croit aussi à l'épaississement des trabécules pulmonaires. Quant aux hémorrhagies, il n'en a pas souvent rencontré; il voudrait d'ailleurs faire une distinction relativement à leur gravité. Dans quelques pleurésies séreuses, il a vu le sang dès le début; l'aspiration n'y était donc pour rien. Quant à la gravité de ce phénomène, il la croit nulle dans la pleurésie séreuse. Le contraire est vrai dans la pleurésie purulente où l'hémorrhagie est alors une gravité qui sera ajoutée à la première.

M. *Guyot* est frappé du rôle que M. Brouardel fait jouer à la pneumonie interstitielle. Il est possible que le retour de la

fièvre qu'on observe quelquefois tienne à cette cause, mais il a peine à croire qu'une carapace de fausses membranes de nature à envelopper le poumon puisse se former en trois semaines.

M. *Brouardel* cite comme réponse à cette objection l'autopsie qu'il a faite d'un rhumatisant mort au treizième jour avec une pleurésie : la plèvre était couverte de fausses membranes molles; à l'insufflation, le poumon ne put reprendre son volume, le tissu cellulaire du poumon étant hyperplasié.

M. *Bourdon* a peine à croire à la résistance des fausses membranes au bout de trois semaines; il a fait des thoracocentèses après deux mois de maladie. Le malade, dans ces cas, ne souffrait pas et le poumon se dilatait bien.

M. *Cornil* croit que ces différences doivent s'expliquer par la nature des fausses membranes; celles qui sont fibrineuses n'ont pas les mêmes caractères au point de vue de la rétraction que les fausses membranes de tissu conjonctif; celles-ci peuvent, en enveloppant le poumon, le faire se rétracter considérablement. Les premières ne sont pas dangereuses, elles peuvent se désagréger et disparaître par résorption. Les pleurésies *a frigore* ont, en général, des fausses membranes fibrineuses. Les pleurésies symptomatiques de tubercules ont, au contraire, des fausses membranes conjonctives. C'est alors qu'on peut voir le poumon se recroqueviller. Dans certains hydro-thorax simples cela peut aussi se passer ainsi, même avec densification peu considérable de la plèvre viscérale devenue fibrineuse.

M. *Potain* croit que, dans certains cas de thoracocentèse, la douleur est due à la résistance que trouve le poumon dans son expansion; adoptant l'idée de M. Brouardel, il croit qu'il y a là une sorte de pneumonie superficielle; on observe, en effet, un bruit superficiel crépitant (froissement de cheveux). Ce bruit a été signalé par M. Bouillaud qui le considère comme un frottement; mais il ne se produit qu'à l'inspiration seulement; c'est un râle crépitant très-fin et superficiel; il est dû à une pneumonie très-superficielle.

M. *Moutard-Martin* ne se place qu'au point de vue clinique; peut-on cliniquement reconnaître la nature des fausses membranes? Non. Dans tous les cas, le mieux est de pratiquer de bonne heure la thoracocentèse. Ainsi, dans la pleurésie aiguë, si on tarde à la faire, le poumon s'affaisse et revient très-difficilement; si, au contraire, on la fait de bonne heure, l'affaissement du thorax ne dure qu'un certain temps. Cela est encore vrai dans l'hydrothorax.

SÉANCE DU 28 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA THORACOCENTÈSE : SCLÉROSE PULMONAIRE; FAUSSES-MEMBRANES. — AUSCULTATION APRÈS LA PLEURÉSIE. — PRÉSENTATIONS DE MALADES : MOLLUSCUM DE LA FESSE.

M. *Moutard-Martin* ne partage pas l'avis de M. Brouardel, relativement à l'obstacle qu'apporterait la pneumonie interstitielle à la dilatation du poumon. S'il en était ainsi, dit-il, jamais le poumon ne reprendrait son volume normal. Or, il en est tout autrement; cette pneumonie ne lui semble donc pas prouvée. La vraie cause de rétraction du poumon, ce sont les fausses membranes, témoin l'exemple cité par M. Cornil, d'un poumon qu'il vit pour ainsi dire étranglé par une sorte d'anneau fibreux formé par des fausses membranes; il n'en n'est pas toujours ainsi, et alors le poumon reprend son volume normal après la résorption des fausses membranes. Je sais bien, dit l'orateur, que M. Cornil nous a parlé de deux sortes de fausses membranes, les unes se résorbant, les autres ne se résorbant pas; mais comme en clinique il est impossible de savoir à laquelle des deux espèces on a affaire, l'essentiel est d'opérer sans délai. Quant aux deux phénomènes dont il a été parlé, l'hémorrhagie et la douleur, M. Moutard-Martin les attribue à un excès dans l'aspiration, et, pour le premier cas, à la rupture consécutive de fausses membranes vasculaires.

M. *Hervieux* présente à la Société une femme atteinte d'une énorme tumeur de la partie interne de la fesse. Cette tumeur, qui pend sur la partie interne et postérieure d'une des cuisses, à la façon d'un énorme scrotum, est molle, pédiculée, et présente les caractères du *molluscum*. Telle est, du reste, l'opinion de M. *Lailler*. Plusieurs chirurgiens, qui ont examiné la malade, ont, dit M. Hervieux, porté des diagnostics différents. Un caractère particulier que ce molluscum emprunte au siége qu'il occupe, c'est que pendant deux grossesses qu'a eues la malade, la tumeur a doublé chaque fois de volume, pour diminuer d'autant et se flétrir après l'accouchement.

M. *Second-Féréol* lit une note sur la thoracocentèse. Il ne croit pas que la transformation purulente d'un épanchement séreux puisse être due à l'aspiration. Tout en admettant la sclérose pulmonaire décrite par M. Brouardel, il ne la croit pas fréquente. Ce que Legendre a décrit sous le nom d'état fœtal, lui semble beaucoup plus fréquent. Du reste, si dans les pleurésies anciennes, M. Féréol comprend ce travail de sclérose, il s'en étonne dans les pleurésies récentes.

Abordant une autre partie de la question, M. Féréol se demande si, dans ces épanchements qui se reproduisent toujours au même niveau, il convient, ainsi que le demande M. Potain, de ponctionner à chaque retour de l'épanchement. Il ne le croit pas. A quoi bon, dit l'orateur, enlever ce liquide si la loi fatale de la *ventouse interne* doit le reproduire? En dernier lieu, M. Féréol croit qu'il faut temporiser toujours avant de se décider à faire la thoracocentèse, qu'il ne regarde pas comme une opération toujours innocente.

M. *Brouardel* déclare qu'il n'a jamais dit que chaque pleurésie s'accompagnait de sclérose ; il a dit que cela existait quelquefois, mais il ne saurait dire, même approximativement, quel est le degré de fréquence de cette maladie. Il ne serait pas étonné pourtant que la propagation de l'inflammation au tissu interlobulaire ne fût plus fréquente qu'on ne le croit; dans tous les cas, la possibilité de cette complication lui semble être une indication à opérer de bonne heure. A l'objection de M. Moutard-Martin, qui craint de ne pouvoir vaincre la résistance d'un tissu inodulaire de nouvelle formation, M. Brouardel répond que c'est précisément quand ce tissu inodulaire est de formation récente qu'on peut prétendre triompher de sa résistance.

M. *Féréol* admet qu'on se presse dans la pleurésie fibrineuse qui s'accompagne de dyspnée; mais il en doit, dit-il, être autrement dans la pleurésie moins aiguë.

M. *Moutard-Martin* ajoute que, du reste, en opérant pendant la période ascensionnelle de la fièvre, on la voit tomber après la ponction.

M. *Vidal* rappelle comme confirmation des idées soutenues par M. Brouardel, que, après certaines pleurésies, on entend, et seulement à l'inspiration, un bruit sec, crépitant, qui doit en effet être dû à la condensation du tissu pulmonaire.

Pour M. *Hérard*, ces bruits ont lieu dans la plèvre. C'est également l'avis de M. *Bucquoy*. M. Brouardel, au contraire, voit là, ainsi que M. Vidal, la preuve de la condensation pulmonaire.

M. *Chauffard* déclare ne pas comprendre comment le resserrement des lobules produirait des râles. Quant à leur existence à la seule inspiration, il ne regarde pas le fait comme absolu. L'adhérence de la plèvre au diaphragme suffirait, du reste, à expliquer la production du phénomène à un seul temps de la respiration.

M. *Potain* pencherait à croire que certains de ces bruits peuvent se passer dans le poumon.

M. Chauffard se sert alors de la comparaison avec le frottement d'un cheveu pour conclure que ce bruit a bien ses

raisons de ressembler à un frottement, puisqu'il est frottement lui-même; argument un peu spécieux, il faut l'avouer, auquel M. Potain répond avec esprit que comparaison n'est pas raison.

Dr A. Bordier.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 5 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE LA CURE RADICALE DE CERTAINES FORMES DE TUMEURS LACRYMALES AU MOYEN DE L'EXCISION PARTIELLE DU SAC, DU CATHÉTÉRISME MÉTHODIQUE ET DES INJECTIONS AU SULFATE DE SOUDE, PAR M. MONOYER : RAPPORT DE M. GIRAUD-TEULON. — PRÉSENTATION DE MALADES.

La tumeur lacrymale fait le désespoir des praticiens par la longueur et, dans bien des cas, par l'inefficacité du traitement. Le travail de M. Monoyer s'attaque à l'une des complications les plus rebelles de cette affection. Cette complication consiste dans le relâchement du sac avec ou sans hypertrophie de ses parois. On a essayé contre cette dilatation la compression, les injections, sans parler de la destruction des parois du sac. M. Monoyer propose l'extirpation d'une portion du sac, la partie des parois qui a subi l'hypertrophie. Deux chirurgiens l'avaient précédé dans cette voie : Von Ammon et Bowman. Deux observations, avec opération suivie de succès, accompagnent le mémoire de M. Monoyer. Quel est le mécanisme de l'heureux effet produit par cette ablation d'une portion des parois du sac? En examinant l'étendue du réservoir contractile, on a espéré accroître cette contractilité; on a espéré réduire les quantités sécrétées, en réduisant l'étendue des surfaces qui les produisent. Il est constant qu'après la guérison le canal a conservé sa perméabilité.

Les pansements dans le canal ont consisté en injections d'une solution de sulfite de soude au 200e. M. Monoyer vante cette solution et semble ne point séparer de son emploi les résultats de sa méthode. M. Giraud-Teulon a essayé cette solution en injections dans les catarrhes du sac, sans résultats bien satisfaisants.

M. *Giraud-Teulon* fait l'historique des méthodes appliquées à la cure de la tumeur lacrymale; il rappelle qu'il y a quatre ans Stilling (de Cassel) a imaginé d'opposer aux rétrécissements à tendance rétractile invincible, ou au moins obstinée, la section par l'instrument tranchant. Au témoignage des praticiens qui ont essayé cette méthode nouvelle, l'incision du rétrécissement abandonnée à elle-même et se séparant sans suppuration s'organise physiologiquement, et la plaie béante se remplit d'un tissu conjonctif non rétractile, de sorte que la lumière du canal se trouve définitivement accrue. Si, au contraire, on introduit après l'opération des corps étrangers, bougies, sondes, ceux-ci irritent la surface incisée, provoquent la suppuration et la formation d'un tissu soumis à la rétraction cicatricielle.

M. *Chassaignac* a eu recours, pour le traitement des obstructions des voies lacrymales, à la dilatation par les injections suivant la méthode de Le Fort. Il n'est pas partisan de la dilatation forcée, ni des incisions dans le canal nasal.

Selon M. *Després*, M. Giraud-Teulon attribue à tort à Stilling l'idée de sectionner les rétrécissements du canal nasal, comme ceux de l'urèthre; Gerdy avait depuis longtemps fait cette opération.

M. *Verneuil* affirme que la suppression des moyens mécaniques dans le traitement des obstructions du canal nasal a été un véritable progrès. Il a obtenu des guérisons durables par la ponction du sac et l'injection iodée. Dans trois cas de fistules rebelles, il a cautérisé le sac avec le beurre d'antimoine, et la guérison est survenue sans oblitération du sac.

M. *Trélat* s'élève contre cette opinion qui consiste à dire que les obstructions du canal nasal guérissent mieux depuis qu'on a renoncé à l'emploi des moyens mécaniques. Ce qui peut être vrai pour la dilatation forcée, la dilatation de bas en haut, ne l'est plus aujourd'hui pour les procédés nouveaux perfectionnés. La dilatation par en haut, temporaire et non plus permanente, unie aux injections détersives, est une excellente méthode. La dilatation préconisée par Bouman est excellente.

— M. *Guéniot* présente un enfant de six mois qui, depuis sa naissance, a une tumeur fongueuse à l'ombilic qui laisse sourdre de l'urine. M. Guéniot croit à une *persistance de l'ouraque*. Plusieurs membres pensent qu'il s'agit d'une exstrophie incomplète d'une partie de la vessie.

— M. *Trélat* présente un malade atteint de staphylôme pellucide de la cornée, traité par la méthode de de Graefe, c'est-à-dire la production d'un ulcère de la cornée, et la cautérisation de l'ulcère avec le nitrate d'argent. Ce malade, avant l'opération, lisait à peine à 15 millimètres; il lit maintenant à 15 centimètres.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi des injections sous-cutanées d'ergotine dans le traitement des corps fibreux de l'utérus, par le docteur Hildebrandt.

Depuis que Langenbeck a pratiqué les injections d'ergotine comme moyen de traitement des anévrysmes (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 460), et que son exemple a été suivi par Albanèse (*Gazette hebdomadaire*, 1870, p. 298), d'autres chirurgiens ont appliqué les injections d'ergotine au traitement des hémorrhagies, et MM. Ruben et Zente (*Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 829, et 1870, p. 13) ont plus particulièrement appelé l'attention sur les bons effets des injections d'ergotine contre la ménorrhagie et contre les métrorrhagies après l'accouchement. Cette fois, le docteur Hildebrandt porte plus loin ses espérances, et il espère présenter un nouveau moyen de traitement des corps fibreux ou les liomyomes utérins, et pour qu'on puisse apprécier la valeur de ses tentatives fort intéressantes, nous en donnons le résumé.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de trente-trois ans, affectée depuis trois ans d'une tumeur du bas-ventre. Cette tumeur présentait le volume de l'utérus gravide de sept mois environ. Le diagnostic ne paraît pas devoir être discuté; il s'agissait d'un liomyome intra-utérin, c'est-à-dire d'un corps fibreux de l'utérus. La mensuration donnait, de la symphyse au pubis, 16 centimètres, et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, 16 centimètres. Les hémorrhagies étaient répétées et abondantes. M. Hildebrandt voulut essayer les injections d'ergotine, dans le but d'arrêter les hémorrhagies et, en outre, de faciliter la contraction des parois utérines, afin de déterminer, par leur pression, l'engagement de la tumeur dans l'orifice interne, où elle pourrait être accessible à une intervention chirurgicale.

Les injections d'ergotine donnèrent un résultat remarquable. On pratiqua pendant deux semaines, et chaque jour, une injection sous-cutanée sous la peau de l'abdomen au niveau de la tumeur, employant une solution de 3 parties d'ergotine pour 7,5 de glycérine et 7,5 d'eau, et injectant chaque fois le contenu de la seringue de Pravaz. La menstruation s'effectua plus régulière, moins abondante, moins douloureuse que précédemment. Après la cessation des règles, on recommença les injections journalières, et la tumeur parut diminuer de semaine en semaine, et enfin elle disparut. Le traitement avait duré quinze semaines, et dès que la tumeur diminua on constata son volume par la mensuration. Un résultat aussi inespéré engagea le docteur Hildebrandt à faire de nouveaux essais dont il publie l'analyse.

Deuxième cas. — Chez une femme atteinte de fibromo intra-utérin, l'utérus dépasse la symphyse de 8 centimètres, il y a de petits corps fibreux sous-péritonéaux à droite et à gauche, la menstruation est profuse, il y a catarrhe utérin. On fait des injections quotidiennes de la fin d'août à la fin de novembre ; le résultat, sans être comparable à celui de l'observation précédente, est cependant favorable, l'utérus est certainement diminué de volume par l'affaissement de la tumeur intra-utérine. La menstruation est devenue régulière, les flueurs blanches et les douleurs ont disparu.

Troisième cas. — Une femme de trente et un ans est affectée de troubles de menstruation depuis l'âge de seize ans. Les règles durent quelquefois six à huit mois. L'anémie, l'amaigrissement sont extrêmes. Le fond de l'utérus remonte presque jusqu'au milieu de la ligne pubio-ombilicale. Au toucher, on sent une tumeur dans la paroi antérieure de l'utérus. On fait des injections sous-cutanées quotidiennes du 17 janvier au 5 mars 1872. A la sortie de la malade, la menstruation ne dure que trois jours et est régulière. L'état général est amélioré, l'utérus a notablement diminué de volume, la portion vaginale est en grande partie revenue à son volume normal.

Quatrième cas. — Une femme de quarante-cinq ans présente une tumeur utérine de la grosseur d'une tête d'enfant; l'utérus remplit la cavité pelvienne ; la portion vaginale de l'utérus hypertrophiée fait saillie entre les lèvres. On fait, au mois de novembre 1871, l'amputation de la portion vaginale du col, et après la guérison de la plaie on commence les injections. Au 15 avril 1872, après trente-six injections, l'utérus est facilement mobile, et il est assez diminué de volume pour qu'on puisse appliquer utilement un pessaire annulaire.

Cinquième cas. — Femme de quarante-quatre ans. L'utérus présentait un volume correspondant à sept mois de gravidité ; il était irrégulièrement développé, à droite la tumeur dépassait l'ombilic et remontait jusqu'aux fausses côtes. Le traitement dura cent vingt jours, et l'on fit cent vingt injections d'ergotine. L'amélioration générale fut considérable, le fond de l'utérus était abaissé bien au-dessous de l'ombilic.

Sixième cas. — Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans. L'utérus arrivait jusqu'à l'ombilic, il y avait antéversion ; une grosse tumeur fibreuse occupe la paroi antérieure de l'utérus. Pertes et irrégularités des époques. L'amélioration fut également constatée, le fond de l'utérus est descendu à une égale distance de l'ombilic et de la symphyse.

Septième cas. — Chez une femme atteinte de menstruation profuse douloureuse irrégulière, ayant produit l'anémie et l'amaigrissement, l'utérus offre le volume de quatre mois de gravidité. Après dix injections, et à une époque menstruelle, on voit se présenter à l'orifice interne du col un polype de la grosseur d'un œuf de poule, mais on ne put l'atteindre à cause de l'étroitesse du col. On fit encore vingt-quatre injections. La menstruation devint régulière, non douloureuse, l'utérus diminua de volume, et le polype parut moins gros, plus mobile, mais non encore accessible à l'écraseur.

Huitième cas. — Chez la femme L. T... l'utérus offre le développement d'un utérus gravide de neuf mois. Après six injections, on voit survenir les symptômes de l'empoisonnement par l'ergotine : vertiges, titubation, contractions douloureuses dans les membres, constriction à la poitrine, nausées. Après une cessation du traitement pendant dix jours, on pratique six nouvelles injections, les symptômes d'intoxication reparaissent, et après une troisième tentative suivie des mêmes accidents, on dut cesser le traitement, sans avoir obtenu d'amélioration. Il en fut de même dans un neuvième cas, où une femme de vingt-quatre ans, atteinte de fibrome sous-péritonéal, ne put supporter plus de trois injections, qui furent si douloureuses, que la malade renonça au traitement.

En résumé, comme le fait remarquer M. Hildebrandt, les injections d'ergotine apparaissent dans ces observations comme un agent puissant de médication. Dans un cas, une tumeur qui dépasse l'ombilic disparaît; dans un second, une tumeur qui atteint les fausses côtes droites descend au-dessous de l'ombilic, et dans quatre autres cas, où le traitement fut d'ailleurs moins complet, il y a eu amélioration de l'état général et de l'état local. Il est remarquable que l'ergotine régularise la menstruation, dans presque tous les cas la rend plus régulière, moins abondante, moins prolongée et surtout moins douloureuse. Il n'est pas facile de préciser dans ces cas le mode d'action de l'ergotine. Il est vraisemblable que, à la suite des contractions produites par l'ergotine dans les vaisseaux nutritifs de la tumeur, et par suite aussi de la compression exercée en tous sens par les parois utérines contractées, il se produit de la gêne dans la nutrition de la tumeur et à la longue la dégénérescence graisseuse et la résorption. Il est probable que les tumeurs intra-utérines sont plus facilement modifiées que les tumeurs sous-péritonéales et les myomes plus facilement que les fibromes.

Les règles de l'emploi de l'ergotine sont faciles à résumer, l'auteur remplace la solution d'ergotine de Langenbeck par une solution composée de trois parties d'extrait aqueux de seigle ergoté (ergoline) et de glycérine, 7,5 parties, et d'eau distillée, 7,5 parties. Cette solution serait moins douloureuse que celle de Langenbeck, laquelle renferme de l'alcool. Ces injections sous-cutanées, dit l'auteur, sont très-peu douloureuses, elles ne produisent pas d'abcès. Les femmes, du reste, pouvaient retourner chez elles après l'injection. Les parties inférieures de l'abdomen sont plus sensibles à la piqûre et à l'injection que les parties voisines de l'ombilic. Au moment des règles et un peu auparavant ou quelques jours plus tard, il se produit facilement un écoulement de sang par la piqûre. Quand on a pratiqué dix à quinze injections que l'on fait quotidiennement, la solution d'ergotine a de la tendance à ressortir par la piqûre, il est utile alors de fermer la piqûre avec un peu d'ouate et de collodion.

Les faits précédents appellent l'attention des chirurgiens. L'emploi de l'ergotine nous paraît très-rationnel : d'ailleurs, on voit, d'après les deux dernières observations, que l'essai de l'ergotine n'amène pas d'accidents graves et qu'on est toujours maître des accidents produits par l'ergotine. Quant à la valeur thérapeutique réelle, l'expérience décidera si l'espoir de M. Hildebrandt est bien fondé. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 17 juin 1872.)

Travaux à consulter.

UN CAS DE RUPTURE DU LIGAMENT TIBIO-ROTULIEN, par le docteur DAVY. — La rupture du ligament a été la conséquence d'accès convulsifs. (*The Lancet*, 13 avril 1872.)

CALCULS DU PRÉPUCE, par le docteur J. KERR. — L'auteur a eu l'occasion de constater chez les Chinois, à Canton, la fréquence du phimosis. Il rapporte dix-huit observations, dont quelques-unes fort remarquables. Ainsi, dans un cas, il a trouvé 40 calculs, dans un autre 103, et enfin 116. Les plus volumineux pesaient près de 40 grammes. L'auteur ajoute à ces faits une observation curieuse dans laquelle les calculs, au nombre de 191, étaient réunis dans une poche située à la partie moyenne du pénis et communiquant avec l'urèthre; enfin, un cas de calcul logé dans le scrotum, près de l'anneau inguinal. (*New-York Medical Journal*, mai 1872.)

SUR LES ABCÈS MÉTASTATIQUES, par le docteur V. RECKLINGHAUSEN. — L'auteur attribue la formation des abcès métastatiques à des accumulations miliaires d'organismes microscopiques désignés sous le nom de *micrococci*, analogues à ceux que l'on trouve dans le pus de la cystite et de la pyonéphrite. (*Wurzbürger phys. med. Gesellschaft*, 1871.)

DE LA GREFFE ÉPIDERMIQUE OU CUTANÉE, par M. le docteur MARDUEL. — Revue critique et historique des travaux relatifs à la greffe épidermique ou cutanée, renfermant des documents nombreux ; dans le même journal on lira la discussion de la Société des sciences médicales. (*Lyon médical*, 26 mai 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance. (Relation médico-chirurgicale des faits observés et des opérations pratiquées à l'ambulance anglo-américaine, par le docteur William Mac Cormac.) — Ouvrage traduit par le docteur G. MORACHE. Paris, J.-B. Baillière et Fils, 1872.

Le docteur William Mac Cormac est un de ces médecins étrangers qui sont venus offrir leurs services aux belligérants lorsque la guerre a éclaté entre la France et l'Allemagne. Homme d'un esprit soigneux il prenait religieusement des notes, à la façon de ses compatriotes, sur tout ce qu'il voyait,

sur tout ce qu'il observait. Ces notes, mises en ordre et suffisamment développées sont devenues, un ouvrage, sous le titre de : Souvenirs d'un chirurgien d'ambulancee, relation médico-chirurgicale des faits observés et des opérations pratiquées à l'ambulance anglo-américaine. Il aurait pu compléter ce titre, en ajoutant : impressions de voyages ; car il a mêlé à son récit chirurgical des observations, des indications topographiques, des détails anecdotiques qui ne sont pas sans intérêt ; la partie chirurgicale seule doit nous occuper.

Les relations chirurgicales ont été très-nombreuses après nos désastreuses campagnes, on peut dire qu'elles ont inondé la presse médicale ; que de chefs d'ambulance ont senti le besoin impérieux de raconter ce qu'ils avaient fait ! Sans rechercher le motif qui les a poussés à écrire, conscience des services rendus, amour de la publicité, convoitise d'une récompense que demandent les hommes à l'esprit facile et qu'attendent les caractères honorables, lisons leurs écrits avec bienveillance, nous rappelant le mot de Pline ; nous y trouverons sans doute de fort bonnes choses.

L'ambulance anglo-américaine que dirigeait le docteur Mac Cormac d'abord, comme adjoint au chirurgien en chef Marion Sims, puis comme chirurgien en chef lui-même, partit de Paris le 28 août pour rejoindre le quartier général du maréchal Mac Mahon et le champ de bataille ; arrivée à Sedan, elle prit possession de la caserne d'Asfeld, le 31 août. M. Mac Cormac insiste sur les précautions prises pour éviter l'encombrement, et obtenir une bonne aération. Ce qu'il dit à ce sujet n'est certes pas nouveau, mais témoigne de la grande importance qu'il attache à l'hygiène chirurgicale ; je pourrais ajouter qu'il profite de l'occasion pour établir la supériorité des hôpitaux anglais sur les hôpitaux français, mais, Dieu me garde de blâmer le patriotisme, même lorsqu'il est mal appliqué.

L'ambulance anglo-américaine reçut environ 600 blessés pendant le temps que dura son installation ; un grand nombre de soldats gravement atteints par les projectiles ennemis vinrent y affluer le soir de la bataille de Sedan ; ce soir-là et les jours suivants le travail de nos confrères fut écrasant. Beaucoup d'opérations durent être pratiquées. Le relevé de ces premières opérations n'a pas pu être fait d'une manière précise ; le temps de prendre des notes manquait complétement aux chirurgiens absorbés par les soins à donner aux blessés. Le docteur Mac Cormac recommande expressément l'exploration des blessures, exploration faite tout de suite, car le lendemain elle sera plus difficile et plus douloureuse, exploration faite autant que possible avec le doigt que ne remplacent que fort imparfaitement les sondes et les stylets. Ce précepte d'explorer les blessures doit paraître banal, tant il semble nécessaire d'établir un diagnostic précis avant d'entreprendre une opération quelconque, et cependant il est souvent négligé, et même, des chirurgiens d'un grand nom, Stromeyer entre autres, sans condamner cette manœuvre, la disent quelquefois dangereuse, ils ont raison, mais, souvent inutile, ils ont, je crois, grand tort. Sachons donc gré au docteur Mac Cormac d'avoir appuyé sur l'opportunité de l'exploration des blessures.

Je ne puis pas suivre notre auteur dans tous ses développements, j'allais dire ses pérégrinations, je me contenterai donc de signaler les faits qui m'ont paru le plus dignes d'intérêt. Le docteur Mac Cormac a pratiqué deux fois la ligature de la carotide primitive pour arrêter des hémorrhagies secondaires : un de ses opérés a guéri. C'est un beau succès ; car la ligature de la carotide primitive a souvent été impuissante dans les cas d'hémorrhagie, et de plus elle a souvent aussi occasionné des accidents très-graves. Ce succès doit-il être une assurance et un encouragement ? Je pense que non ; la ligature par la méthode d'Anel réussit mal dans les cas d'hémorrhagies secondaires, surtout lorsque ces hémorrhagies sont dues, non pas à un accident, tel que la chute d'une escharre, ou la piqûre d'une pointe d'esquille, mais à une de ces causes générales qui se résument en un mot : diminution de la vitalité. Le moyen sur lequel on peut le plus sérieusement compter, c'est la ligature, dans la plaie, des deux bouts de l'artère divisée.

Le docteur Mac Cormac a observé aussi un assez grand nombre de blessures de la face, du cou, de la boîte crânienne ; dans un cas il a appliqué le trépan, l'indication était précise, mais cette opération n'a pu sauver le blessé. Il a vu encore des blessures de la poitrine, de l'abdomen et des organes génito-urinaires. Les blessures de l'abdomen ont toutes été suivies de mort ; ce fait ne s'écarte guère de la règle générale.

A propos des blessures du thorax, j'ai lu avec étonnement la phrase suivante : « Nous avons traité un nombre considérable de plaies de poitrine, dans lesquelles le projectile, » balle ou éclat d'obus, a contourné le thorax sans le traverser. J'ai vu de ces trajets de vingt-cinq et trente centimètres, sans pénétration et sans fracture des côtes, que leur » élasticité protége dans une certaine mesure. » Quand on se servait de balles sphériques, on a vu souvent des articulations, des os, des cavités contournées par le projectile, le fait était assez commun pour être connu des soldats, mais je ne sache pas qu'on ait vu, sinon très-exceptionnellement, des balles oblongues, et sur des éclats d'obus suivre ces trajets singuliers ; je le répète donc, mon étonnement a été grand à la lecture de ces lignes qui signalent cette déviation des projectiles, sans surprise, et comme un fait d'observation commune.

Soixante-cinq amputations, je néglige celles des doigt, ont été pratiquées à l'ambulance de la caserne Asfeld ; le résultat a été celui qu'on observe, hélas ! le plus souvent : grande mortalité à la suite des amputations de la cuisse, dix-huit morts sur vingt et une amputations ; mortalité moyenne à la suite des autres amputations. Mac Cormac, instruit par son expérience, se montre peu partisan de la chirurgie conservatrice, en campagne, et quant aux amputations, il a observé aussi que les primitives ont plus de chance de réussite que les consécutives. Son opinion me paraît juste, mais il est regrettable qu'à ce sujet il ne s'appuie sur aucune autorité, l'ouvrage de M. Legouest n'aurait donc pas traversé la Manche ! Les étrangers nous accusent de ne pas connaître leur littérature médicale, c'est ici le cas de leur retourner le reproche qu'ils nous adressent. Mac Cormac, après les amputations, préfère la torsion des artères à leur ligature ; il est fâcheux qu'il donne peu de détails sur le procédé qu'il emploie, cette question magistralement traitée par Amussat, étant redevenue actuelle grâce aux travaux de M. Tillaux et de l'Américain sir Flet Speirc.

L'auteur a pratiqué un nombre considérable de résections ; il condamne, à juste titre, la résection du genou, et conseille l'amputation dans tous les cas de blessure pénétrante de cette articulation. Un cas très-intéressant est celui du chasseur Saint-Aubin, qui a guéri après une double résection de l'épaule et du coude faite dans le même jour.

Une des planches placées à la fin du volume présente l'état de cet intéressant blessé quatorze mois après l'opération. Ces planches sont très-belles, elles ont été exécutées par un nouveau procédé, l'héliotypie.

Le dernier chapitre renferme des remarques de Stromeyer, gracieuseté que le chirurgien allemand a fait à son confrère anglais. A l'occasion de la relation de Mac Cormac, Stromeyer parle uniquement de sa propre pratique, comme on le comprend. Ce chapitre mérite d'être lu avec réflexion. Enfin, l'ouvrage est précédé d'une introduction du traducteur que j'ai lue avec un intérêt attachant ; sans plus de commentaires je complimente grandement son auteur, autant pour l'élévation de ses pensées que pour la forme dont il a su les envelopper.

Il ne faut pas demander à un auteur plus qu'il ne promet ; le livre du docteur Mac Cormac n'est pas un ouvrage didactique, mais c'est un recueil de faits bien observés, très-comparables ensemble, par conséquent instructifs, et venant à

l'appui de préceptes que l'auteur formule toujours nettement. J'ajoute que les ouvrages de ce genre, toutes les relations des chefs d'ambulance, seront infiniment précieux aux chercheurs qui voudront élucider un point de la pratique, aux maîtres qui y trouveront tous les matériaux nécessaires à la construction d'un édifice solide.

Dr SERVIER.

VARIÉTÉS.

LA SOCIÉTÉ DE L'ÉLYSÉE ET LES MÉDECINS ALLEMANDS.

Nous avons reçu de M. le docteur de Wecker la lettre suivante, que notre impartialité nous porte à insérer. Son contexte en explique suffisamment le but. Nous nous bornerons à faire remarquer que le point de fait n'est pas contestable. M. de Wecker, ancien citoyen de Francfort, et, comme tel, confédéré annexé, a été naturalisé Autrichien antérieurement à la guerre, et même à la menace de guerre, de 1870. Si la Société de l'Élysée a eu des motifs particuliers et inconnus de nous de le comprendre dans la mesure d'exclusion appliquée *aux sujets de l'empire allemand*, et si l'honorable président de la Société juge à propos de nous faire connaître ces motifs, nous nous ferons un devoir d'en accueillir l'exposé dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

(La Rédaction.)

A M. le Président de la Société médicale de l'Arrondissement de l'Élysée.

Monsieur le Président,

J'ai reçu la lettre par laquelle l'honorable secrétaire de la Société m'informe que, en exécution d'un vote pris à la presque unanimité des voix et ayant pour objet d'exclure de son sein les membres qui sont « sujets de l'empire allemand », la Société compte appliquer cette décision à mon égard.

Si je ne venais d'apprendre que, pour motiver ce vote d'exclusion en ce qui me concerne, on a tâché d'infirmer la valeur de la pièce officielle que j'ai remise au Comité, il m'aurait été difficile de comprendre comment la Société a pu se croire fondée à étendre cette mesure à ma personne, après que je lui ai fourni une preuve constatant officiellement que, *antérieurement aux tristes événements de* 1870, j'avais renoncé à la qualité d'annexé prussien et opté pour la nationalité autrichienne.

Un membre de la Société, en effet, a soutenu que, par suite de l'attribution de titres de noblesse conférés par lettres patentes de S. M. l'Empereur d'Autriche, je me trouvais accessoirement investi d'une nationalité dont il me serait alors aisé de me prévaloir dans des cas opportuns, comme celui qui vient de se présenter. Il était en outre constant, « paraît-il », que des pièces telles que celle dont j'ai fait la production pouvaient s'obtenir par faveur, et, au besoin, à l'aide d'un versement de certaine somme.

Permettez-moi, monsieur le Président, de vous soumettre, à cet égard, les réflexions suivantes :

Les titres de noblesse m'ont été conférés *postérieurement* à ma naturalisation autrichienne ; les dates des papiers que je tiens à votre disposition en font pleinement foi ; par conséquent, ces titres n'ont pu faciliter ni ma démission comme citoyen d'un territoire annexé à la Prusse, ni mon admission comme sujet de l'empire autrichien. J'ai donc dû passer par toutes les démarches traînantes et vexatoires que la bureaucratie prussienne m'a opposées, et dont je vous citerai ce seul fait : à savoir, que le gouvernement prussien m'a grevé d'un impôt sur mon revenu, dès qu'il a su que je désirais émigrer, et bien que je n'aie jamais eu le moindre revenu en Prusse. Ce n'est qu'après avoir soldé cet impôt tout à fait arbitraire, après avoir rempli toutes les formalités requises, et établi, par la production de pièces en règle, l'assentiment de l'Autriche à m'admettre comme citoyen, que ma démission a été acceptée par le gouvernement prussien, à la suite de plusieurs mois de démarches. Je dois reconnaître qu'en Autriche, où j'ai fait valoir comme ancien citoyen libre de Francfort ma volonté de ne pas conserver la qualité de sujet annexé prussien, cette option a été interprétée en ma faveur de la même manière qu'on est actuellement empressé d'accueillir les options de sujets annexés pour la nationalité française ; mais, je le répète, la concession de titres nobiliaires ne pouvait intervenir en rien dans la question dont il s'agit.

Pour ce qui regarde la seconde réflexion, faite par le même membre, qu'une pareille pièce ou de pareils titres peuvent s'obtenir de l'empire d'Autriche par faveur, ou moyennant une certaine somme, je ne crois pas devoir y répondre ; cette assertion renferme envers ma chancellerie et mon gouvernement une attaque directe qu'il ne m'appartient pas de relever ici.

Vous reconnaîtrez, en conséquence, monsieur le Président, que je sois autorisé à considérer le vote de la Société comme illégal, et vous comprendrez que, en refusant énergiquement de me soumettre à cette décision, je ne fais au fond qu'opposer une fin de non-recevoir à ceux des membres qui, faute de mieux, ont cherché à m'attribuer de nouveau une position civile dont je me suis libéré bien avant que les événements politiques et mes relations en France aient pu m'inspirer ce désir de libération.

Je fais donc appel, monsieur le Président, à vos sentiments d'équité et vous prie de vouloir bien, en acceptant ma démission comme membre de la Société, faire insérer la présente protestation dans les procès-verbaux de ladite Société (1). Je suis heureux de pouvoir ajouter que, en protestant contre la mesure dont je viens d'être l'objet, j'obéis à un sentiment de légalité qu'il m'est permis d'invoquer, la Société médico-pratique, la Société de médecine pratique et la Société du VIe arrondissement, dont je fais partie, ayant mis ma personne complétement en dehors de tout vote, lorsqu'il s'est agi de prendre une décision à l'égard de ceux de leurs membres qui étaient sujets de l'empire d'Allemagne.

Veuillez agréer, etc.

L. DE WECKER.

Paris, le 18 juin 1872.

Eaux minérales.

Rapport sommaire fait au nom de la 12e commission d'initiative parlementaire, sur la proposition de loi de MM. Parent, Guiter, Ducuing et plusieurs de leurs collègues, sur la législation des eaux minérales, par M. Eugène Tallon, membre de l'Assemblée nationale.

Voici les principaux passages de ce rapport :

. . . .

M. Parent a présenté à l'Assemblée nationale une proposition dont voici les principaux objets :

1° Donner à l'exploitation, à la vente et à l'usage de eaux minérales, une liberté absolue ;

2° Supprimer l'inspection médicale actuellement instituée auprès des établissements thermaux, et transférer à l'autorité préfectorale le soin de faire des règlements particuliers qu'exigeraient les besoins du service dans ces établissements ;

3° Abroger les articles 7, 8 et 9 de la loi du 14 juillet 1856, qui imposent certaines charges aux propriétaires des sources déclarées d'utilité publique.....

Ce fut vers la fin du XVIe siècle seulement et dans le courant du XVIIe que furent édictées des dispositions de police et de protection. Par des édits et lettres patentes de 1603, Henri IV nomma des surintendants chargés de la surveillance générale des eaux minérales du royaume. Plusieurs arrêts du conseil furent rendus depuis, sous Louis XIV et sous Louis XV, pour réglementer l'usage et l'exploitation des sources minérales et thermales.

Enfin, une déclaration du roi du 26 mai 1780 et un arrêt du conseil d'État du 5 mai 1781 posèrent des principes auxquels la législation postérieure a fait de nombreux emprunts :

« Tout propriétaire, y est-il dit, qui découvrira dans son terrain une source d'eaux minérales ou médicinales, sera tenu d'en instruire la Société royale de médecine pour qu'elle en fasse l'examen, et que, d'après le rapport des commissaires qu'elle aura nommés, la distribution en soit permise ou prohibée, selon le jugement qui aura été porté par elle..... »

Peu d'années après, deux arrêtés du directoire, l'un du 23 vendémiaire an VI, l'autre du 29 floréal an VII, s'inspirant du même esprit, édictèrent les dispositions les plus minutieuses relativement à la découverte et à l'exploitation des sources minérales : la police en était attribuée aux municipalités ; la surveillance en était confiée à des inspecteurs nommés par le Directoire ; les eaux minérales restaient assimilées aux médicaments, leur vente, soumise aux prescriptions de la loi sur l'exercice de la pharmacie du 17 avril 1791. Le puisage et l'expédition des eaux ne pouvaient être faits que sous l'œil des inspecteurs, les envois devaient être marqués d'un cachet avec indication de date ; la vente n'était auto-

(1) La Société a refusé la démission de M. de Wecker et maintenu sa décision. (*Note de la rédaction.*)

risée que dans les bureaux de distribution, et l'ouverture des caisses devait être faite en présence de commissaires spéciaux.

L'ordonnance royale du 18 juin 1823, encore aujourd'hui en vigueur, reproduit en grande partie ces dispositions méticuleuses en les étendant aux eaux minérales artificielles. Un décret impérial, du 28 janvier 1860, a constitué enfin, dans l'état où il est actuellement, l'inspecturat en attachant un inspecteur à chacune des stations thermales.

C'est contre cette législation rigoureusement protectionniste que s'élève M. Parent. L'usage des eaux, fait-il observer, n'est plus subordonné, le dernier décret cité le reconnaît et c'est là un progrès rationnel, à aucune permission : pourquoi ne dégagerait-on pas les inventeurs et les exploitants de sources, des entraves de l'autorisation préalable, des charges de l'inspectorat, d'une série de prohibitions, en un mot, qui étouffent le libre développement de la prospérité industrielle des établissements thermaux?

Nous pensons, comme notre honorable collègue, que l'inspectorat, tel qu'il existe aujourd'hui, est une atteinte à la liberté commerciale, une source d'abus permanents, une grave anomalie dans l'économie générale des intérêts qui se groupent autour des stations thermales. Est-il juste, en effet, d'assurer à l'inspecteur un monopole de surveillance et de direction qui attire à lui, au détriment de ses confrères, une clientèle fructueuse? Convient-il de rétribuer cet inspecteur par une contribution proportionnelle, imposée aux divers exploitants, alors qu'ils ont été étrangers à son choix et qu'il pourrait, à leur détriment, attirer peut-être les malades dans des établissements rivaux?

Est-il raisonnable, enfin, d'enchaîner le sort des grands intérêts industriels, qui se rattachent aux exploitations hydro-minérales, à la volonté, au caractère, à la position personnelle d'un homme étranger à ces intérêts?

Il n'est pas douteux, en effet, que suivant le degré d'activité, d'esprit progressif, de capacité de l'inspecteur, selon la confiance dont il jouit, les établissements thermaux soumis à sa direction prospéreront ou péricliteront. L'incurie, l'apathie, le mauvais vouloir d'un seul homme, on en pourrait citer des exemples, peuvent, en éloignant les visiteurs, frapper de mort l'élan vital de toute une station. L'inspectorat, ainsi constitué, est donc un danger; il crée une injustice vis-à-vis des industriels, une inégalité entre les membres du corps médical, un embarras pour les malades qui désirent, eux aussi, secouer le joug du privilége.

Des réformes profondes doivent donc être apportées dans l'inspection hydrologique. Doit-on aller toutefois, comme le demande M. Parent, jusqu'à son entière suppression?

On commettrait une grave erreur scientifique en témoignant une trop grande confiance dans l'innocuité des eaux minérales. Par là même que ces eaux ont dans leurs propriétés une virtualité bienfaisante, leur consommation imprudente présente parfois de sérieux dangers. Dans plusieurs stations thermales, à Vichy notamment, on a relevé les nombreux cas d'accidents, et même de mort, survenus par l'effet de l'ingestion intempestive des eaux de certaines sources.

Sans nous appesantir sur les réflexions que suggérait cette statistique funèbre, nous pouvons du moins en tirer une preuve manifeste en faveur de la surveillance médicale. Cette surveillance est nécessaire aussi pour la vérification de la provenance des nombreuses expéditions d'eaux en caisses, dont le commerce a pris, depuis quelques années, un développement si considérable; l'usage des eaux minérales en boissons de table est tellement entré dans la consommation générale, qu'un certain nombre de bassins, Vichy, Vals, Saint-Galmier, en expédient plusieurs millions de bouteilles chaque année. Ces expéditions ne doivent-elles pas, au moins pour les eaux ayant des propriétés médicinales d'une efficacité constatée, rester assujetties au contrôle de la science?

Tout en reconnaissant donc la nécessité de supprimer l'inspectorat tel que l'ont constitué l'ordonnance de 1823 et le décret de 1860, on aura à se demander s'il n'est pas nécessaire d'organiser la surveillance et la direction des stations thermales sur des bases nouvelles? Nous ne voudrions pas, quant à nous, ouvrir la porte à une réglementation qui ferait intervenir, comme le demande l'article 2 de la proposition de M. Parent, l'autorité préfectorale, dans la police des établissements thermaux; nous sommes trop soucieux, pour nous engager dans cette voie, de l'indépendance et de la dignité des propriétaires; nous ne voudrions pas voir renaître les abus de la pression administrative, même dans la limite restreinte des intérêts sur lesquels elle pourrait agir; l'Assemblée nationale elle-même, qui s'est honorée aux yeux du pays en inscrivant dans la loi du 10 août les vrais principes et les traditions séculaires de la décentralisation, ne voudrait pas porter à son œuvre une atteinte qui en ébranlerait les fondements. Mais les moyens ne manquent pas pour constituer simplement et logiquement l'inspection médicale dans les villes d'eaux; les pays voisins nous en offrent l'exemple : en Italie notamment, tous les médecins exerçant, depuis plus d'une année, dans une station thermale, sont appelés à concourir à la surveillance des établissements. On pourrait ainsi confier, en France, au corps médical le soin d'organiser, de concert avec les exploitants et les municipalités, l'inspection et le contrôle dans chaque station thermale; ce serait là une sage conciliation des droits respectifs des malades, des médecins et des industriels.

Le rapport procède ensuite à l'examen de la loi du 14 juillet 1856 concernant la protection accordée et les servitudes imposées aux propriétaires de sources minérales, et ne conclut pas sur ce point particulier, tout en paraissant pencher vers de grandes modifications de la loi. Il termine en rappelant les efforts faits par plusieurs médecins, notamment par M. Rotureau, pour conquérir aux eaux françaises toute l'importance et tout le crédit qu'elles méritent.

SECTE ANTI-MÉDICALE EN ANGLETERRE. — « On croyait en avoir fini avec les excentricités des sectes, fort nombreuses en Amérique et en Angleterre. Dans ce dernier pays existe, depuis quelque temps, paraît-il, une secte dite des « gens singuliers ou originaux, » qui se sont mis en tête de refuser tout secours de la médecine, *se fondant sur l'on ne sait quel passage de la Bible, interprété à leur manière*. Ils repoussent même les mesures de prudence les plus usuelles en cas de maladie. C'est à ce point qu'une famille a été citée dernièrement devant le tribunal pour avoir été cause de la mort de leurs enfants malades de la petite vérole. Les anciens de la secte se sont enfin aperçus, dit la GAZETTE DE COLOGNE, que leur manière d'être les mettait en opposition avec les autorités civiles, et ils ont convoqué un meeting pour délibérer sur les mesures à prendre. Les uns étaient d'avis de se soumettre et d'appeler un médecin quand besoin serait. Mais la « Ligue contre la vaccination » s'en est mêlée et a conseillé d'appeler le médecin, mais de ne pas faire usage des médicaments. Il en est résulté qu'on a pris le parti le plus sage, qui était de laisser chacun libre de faire comme il l'entendrait. » (*Journal officiel*.)

De quel passage de la Bible peut-il s'agir, en effet? Nous n'en connaissons aucun qui défende de recourir aux soins du médecin, et nous en connaissons plus d'un qui en consacre l'usage en termes formels. Qu'on nous permette, à ce sujet, de remettre sous les yeux du lecteur le passage suivant d'un feuilleton de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1re série, t. II, p. 473) :

« L'une des preuves les plus connues de l'antiquité des honoraires médicaux est celle que l'on tire du chapitre XXVIII de l'ECCLÉSIASTIQUE, que nous préférons de beaucoup aux meilleurs passages de l'excellent livre de M. Max Simon sur la DÉONTOLOGIE; que tout médecin d'une éducation bien entendue devrait savoir par cœur; qui commence, enfin, par ce précepte admirable : *Honora medicum!* (Les mauvais plaisants ne manquent pas de poursuivre : *propter necessitatem*, mais il faut s'en moquer.) Ce chapitre, néanmoins, ne nous satisfait pas complétement. Le *Da locum medico... et nun discedat a te* ne renferme pas assez explicitement, selon nous, le judicieux précepte de la rétribution. Et puis, en fait d'antiquité, nous ne sommes pas gens à nous contenter du LIVRE DE LA SAGESSE, qui n'a pas trois mille ans (1). Du LIVRE DES ROIS, encore moins; quoiqu'on y voie nettement posée la question des honoraires avec ses délicatesses et les petits profits illicites des domestiques. Naaman, guéri de la lèpre par Élisée, se présente devant le prophète : « Je sais, lui dit-il, qu'il n'y a point d'autre Dieu par toute la terre que celui qui est dans Israël. *Je vous conjure donc de recevoir ce que votre serviteur vous offre.* » Élisée lui répondit : « Je vous jure par le Seigneur, devant lequel je suis présentement, que je ne recevrai rien de vous. » Et il résiste, en effet, aux plus pressantes instances. Mais son serviteur, qui avait tout observé, court après Naaman, et, à l'aide d'un conte, lui extorque deux talents. Le coquin en fut puni par une lèpre qui lui couvrit tout le corps. Je pourrais vous faire remarquer, en passant, que cette maladie est rare chez les valets de chambre des médecins d'aujourd'hui, et en tirer telles inductions que de raison en faveur de leur moralité. Mais, pour ne pas abuser de ces vues historiques, je viens tout de suite au témoignage le plus ancien qu'on ait de l'excellente coutume des honoraires médicaux. Ce témoignage date tout bonnement de Moïse. « Si deux hommes se querellent, dit l'EXODE, et que l'un frappe l'autre avec une pierre ou avec le poing et que le blessé n'en meure pas, mais qu'il soit obligé de garder le lit; s'il se lève ensuite et qu'il marche dehors, s'appuyant sur son bâton, celui qui l'aura blessé sera regardé comme innocent de sa mort; mais il sera obligé de le dédommager pour le temps où il n'aura pu s'appliquer à son travail, et *de lui rendre tout ce qu'il aura donné à ses médecins.* » Incapacité de travail, dommages et intérêts, frais de maladie, toute la jurisprudence moderne n'est-elle pas là? *Nil sub sole novum!* » A. D.

(1) Nous corrigeons ici des erreurs de dates provenant d'une confusion entre les titres des ouvrages.

CONSEIL MUNICIPAL. NOUVEL HÔTEL-DIEU. L'HÔPITAL DE BERK. — A nos yeux, la question de l'affectation du grand bâtiment du quai Desaix et de la rue d'Arcole à sa destination primitive avait été tranchée dans la séance du 30 mars, quoi qu'on en ait pu dire dans la séance du 1er juillet, où la question est revenue. La preuve, c'est qu'on avait voté une somme de deux millions pour continuer les travaux et modifier ceux déjà exécutés; ce qui eût été insensé si là destination de l'édifice n'avait pas été fixée. Ce vote d'ailleurs avait été émis au cours d'une discussion consacrée au budget de l'*assistance publique*, et un million venait déjà d'être affecté à la construction d'un hôpital à Ménilmontant.

Néanmoins, dans la séance de lundi, au sujet d'un rapport de M. le docteur Loiseau sur les modifications à introduire dans l'édification de l'Hôtel-Dieu, de nouveaux débats se sont élevés, et, malgré une habile défense de M. Loiseau, fortement appuyée par M. Depaul, les conclusions du rapport ont été rejetées et la question renvoyée à la commission, qui devra faire un nouveau rapport.

Il ne nous conviendrait pas plus qu'à certains membres du Conseil que l'Hôtel-Dieu devînt « le tombeau du peuple » ; mais nous devons avouer que la réduction du nombre des malades de 800 à 460, la suppression d'un étage, la substitution de vastes arcades à des murs pleins, la suppression des salles de malades aux rez-de-chaussée, nous avaient paru constituer un ensemble de conditions propres à rassurer les consciences scrupuleuses. Une nouvelle délibération amènera-t-elle une autre solution? On en peut douter. En attendant, la ville est sous le coup d'une dépense improductive de 37 millions, et d'un procès à elle intenté par les entrepreneurs.

Dans la même séance le Conseil a voté, sur le rapport de M. Trélat, une somme de 25 000 francs pour travaux destinés à préserver l'hôpital de Berck de l'envahissement des vagues.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — Par décret en date du 24 juin 1872, M. Trélat (Ulysse), docteur en médecine, est nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

—Les candidats à la place vacante dans la section d'accouchements ont été présentés par la section dans l'ordre suivant: En première ligne, M. Tarnier; — en deuxième ligne, M. Hervieux; — en troisième ligne, M. Guéniot; — en quatrième ligne, M. Joulin; — en cinquième ligne, M. Mattei.

MÉDICAMENTS. — Les médicaments vont subir leur part d'impôt. Le gouvernement proposait de les imposer dans la proportion de 20 pour 100; la commission de l'Assemblée nationale, craignant de trop nuire à l'exportation, propose de réduire les droits à 4 ou 5 pour 100. (Rapport de M. Laurent.)

DROGUERIE. — M. le ministre du commerce a déposé un projet de loi qui modifie les droits d'importation des *amomes* et des *cardamomes*. Tous les députés se sont regardés; mais ils ont voté l'urgence.

NÉCROLOGIE. — Le docteur Weden Cooke, chirurgien de l'hôpital des Cancéreux de Londres, est mort à la fin de mai.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République, en date du 20 juin 1872, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade de chevalier : MM. Malabard (Jean-Asclèpe), médecin-major de 2e classe. — Bontemps (Paul), médecin-major de 2e classe. — Frénoy (Antoine-Émile-Alexandre), médecin aide-major de 1re classe.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 15 au 21 juin 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 5.— Rougeole, 21.— Scarlatine, 0.— Fièvre typhoïde, 11. — Typhus, 0. — Érysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 36. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 10.— Choléra nostras, 0.— Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 13. — Autres affections aiguës, 217. — Affections chroniques, 299 (1). — Affections chirurgicales, 74. — Causes accidentelles, 25. — Total, 761.

Londres : Décès du 10 au 16 juin 1872, 1207. — Variole, 37; rougeole, 33; scarlatine, 12; coqueluche, 41; fièvre typhoïde, 13; diarrhée, 16; bronchite, 100; pneumonie, 53.

Bruxelles : Décès du 2 au 8 juin 1872, 89. — Variole, 1; rougeole, 1; fièvre typhoïde, 2; croup et angine, 2; bronchite et pneumonie, 10; entérite et diarrhée, 10.

Rome : Décès du 3 au 9 juin 1872, 171. — Fièvre typhoïde, 3; variole, 12; croup et diphthérie, 17; pneumonie, 10; bronchite, 5.

Turin : Décès du 3 au 9 juin 1872, 105. — Variole, 3; fièvre typhoïde, 3.

— Le même, du 22 au 28 juin 1872 :

Variole, 4.— Rougeole, 22.— Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 8. — Typhus, 0. — Érysipèle, 13. — Bronchite aiguë, 15. — Pneumonie, 27. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7.— Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8.— Croup, 8. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 201. — Affections chroniques, 286 (2). — Affections chirurgicales, 45. — Causes accidentelles, 32.

Londres : Décès du 17 au 23 juin 1872, 1230.—Variole, 26; rougeole, 41; coqueluche, 53; fièvre typhoïde, 13; diarrhée, 25; bronchite, 108; pneumonie, 52.

Lille : Décès du 1er au 15 juin 1872, 153. — Variole, 1; bronchite, 13; pneumonie, 9; diarrhée et entérite, 22.

Bruxelles : Décès du 9 au 15 juin 1872, 89. — Rougeole, 1; fièvre typhoïde, 3; bronchite et pneumonie, 12; entérite et diarrhée, 7.

Rome : Décès du 10 au 16 juin 1872, 215. — Fièvre typhoïde, 2; variole, 9; diphthérie et croup, 13; pneumonie, 9; bronchite, 11.

(1) Sur ce chiffre de 299 décès, 152 ont été causés par la phthisie pulmonaire.
(2) Sur ce chiffre de 286 décès, 140 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Observations et statistique pour servir à l'histoire des amputations, par le docteur L. Robuchon. In-4° de 76 pages. Paris. 2 fr. 50

Des grossesses extra-utérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie. Pratiquées avec succès par M. Kœberlé, pour extraire deux fœtus extra-utérins, par Théodore Keller. In-8 de 75 pages. Paris, 1872. 2 fr.

Parallèle des eaux minérales de la France et de l'Allemagne. Guide pratique du médecin et du malade, par Ernest Barrault. 1 vol. in-18 de près de 350 pages. 3 fr. 30

Les eaux minérales de la France, mises en regard des eaux minérales de l'Allemagne. Rapport présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris par M. le docteur Durand-Fardel. In-8 de 80 pages. 1 fr. 50

Météorologie et maladies régnantes, observées à Perpignan pendant l'année 1869, par M. le docteur J. Tines. In-8 de 148 pages. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 11 juillet 1872.

LA LOI SUR LE RECRUTEMENT. — *Académie de médecine de Belgique :* CALCUL SALIVAIRE DE L'HOMME : M. BLAS.

La loi sur le recrutement.

Dans la discussion sur l'article 37 de la loi militaire, cherchant à réfuter les objections de plusieurs membres de l'Assemblée nationale, de M. Keller, principalement de M. Léonce de Lavergne, relativement à l'influence fâcheuse que peut avoir la longue durée du service militaire sur le minime accroissement de notre population, M. le président de la République a émis une assertion qui, malgré les considérations rassurantes la complétant, serait loin de présenter, sous un jour favorable, l'avenir des nations depuis longtemps civilisées, et de la nôtre en particulier.

En effet, selon M. Thiers, « la population qui avance très-vite et très-considérablement chez les nations jeunes, croît beaucoup moins vite chez les nations arrivées à l'âge de la virilité, de maturité. C'est une loi presque toujours vérifiée: La population croît plus vite chez les populations plus jeunes ou moins avancées en civilisation ; elle croît moins vite chez les nations plus avancées en civilisation (1). »

Cette loi est, heureusement pour l'avenir possible de notre nation, fort loin d'être toujours entièrement exacte.

D'abord, sans insister sur la diminution rapide de certains peuples sauvages ou peu civilisés, mentionnée dans la discussion sur le dépérissement des races à la Société d'anthropologie (*Bull.*, t. I), on peut remarquer que certains peuples, quoique arrivés à la civilisation, paraissent continuer à présenter un accroissement de population comparable à celui dont ils jouissaient dans l'antiquité. Jornandès signalait la Scandinavie comme la fabrique, la mère des nations : *Scanzia insula quasi officina gentium, aut certe velut vagina nationum* (*De Getarum sive Gothorum origine et rebus gestis*, ch. IV) Or, actuellement encore, l'accroissement annuel de la Suède et de la Norvége est de 133 et 132 sur 10 000 habitants, et leur période de doublement n'est que de 52 ans et demi et 53 ans (1).

Mais mieux vaut comparer les deux nations française et anglaise, toutes deux placées depuis des siècles à la tête de la civilisation, toutes deux composées principalement de populations de races celtique, gaëlique, et aussi ibérienne, mêlées à de nombreux immigrants germaniques, soit Belges, Goths, Burgundes, Franks, Allemands, Normands, soit Belges, Saxons, Angles, Danois, Normands; toutes deux ayant accepté le nom d'un de ces peuples immigrés, les Franks et les Angles, toutes deux héritières de la civilisation romaine, plus ou moins modifiée par les mœurs rudes et énergiques de ces Germains décrits par Tacite (*De Moribus Germanorum*). De ces deux nations également riches et également civilisées, l'une, la nation française, ne s'accroît annuellement que de 38 individus sur 10 000 habitants, et ne voit sa population se doubler qu'en 183 ans, tandis que la nation anglaise, de même que la nation prussienne, de beaucoup plus récente de formation, s'accroît annuellement de 126 individus sur 10 000 habitants, et présente une période de doublement de 55 ans seulement, plus de trois fois plus courte.

Certes, la longue durée du service militaire n'est pas la seule cause de la restriction apportée à l'accroissement d'une population. Comme le dit très-justement M. le président de la République, il y a d'autres lois méconnues qui restreignent cet accroissement. Mais cette longue durée du service, à l'inverse de la sélection usitée en zootechnie, en éloignant de la procréation légitime les hommes les plus valides, tandis

(1) Assemblée nationale, séance du 10 juin (*Journ. offic.* du mardi 11 juin 1872, p. 3910).

(1) *Statistique de France*, t. XVIII, p. IX, période 1801-1865.

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

Suite. — Voyez les numéros 8, 9, 11, 13, 16, 17, 20, 22 et 24.

GRÈCE. — SUISSE. (Rectification.)

On s'étonnera peut-être de trouver ici l'un des plus petits États de l'Europe; mais dans une matière aussi grave que celle d'une réforme de l'enseignement de la médecine, il ne faut pas craindre les documents à consulter.

La Grèce n'a qu'une seule Faculté de médecine, qui fait partie de l'université d'Athènes, fondée seulement en 1837. Cette université, quoique de création récente, est fréquentée par un grand nombre d'étudiants. Les jeunes gens riches de la Turquie s'y rendent volontiers pour parfaire leurs études littéraires, mais la Faculté de médecine répond à des besoins très-limités, et le nombre des élèves est seulement en moyenne de 45 annuellement. Il n'existe qu'un seul titre et qu'un seul diplôme, celui de docteur en médecine et en chirurgie, qui comprend la pratique des accouchements. Les études durent quatre ans; elles exigent au préalable la remise du diplôme de bachelier ès lettres. Il n'y a qu'un seul examen passé à la fin des études sur les diverses matières de l'enseignement, et, avant de passer cet examen, l'élève doit justifier d'un certificat d'études de chimie, de physique et de botanique, faites à la Faculté de philosophie, où ces sciences sont enseignées. Le jury d'examen, composé des professeurs de la Faculté de médecine et des professeurs des sciences accessoires, est divisé en deux sections. Si l'élève est reçu docteur, ce n'est cependant qu'un titre honorifique, il faut, pour pouvoir pratiquer, un second examen spécial, passé d'ailleurs devant les mêmes juges; mais le postulant est tenu de justifier d'une pratique

qu'elle laisse aux moins valides exemptés du service toute facilité pour se marier, contribue néanmoins notablement à restreindre cet accroissement, ainsi que M. Léonce de Lavergne (1), M. le docteur Gueneau de Mussy (2), le docteur G. Morache (3), maints autres confrères, et moi (4), l'avons déjà montré.

Une civilisation très-avancée, indirectement, semble parfois restreindre l'accroissement de la population en la déterminant à abandonner les campagnes pour se porter vers les villes, où la mortalité est plus considérable. Cette émigration des ruraux vers les villes est peut-être une des principales causes de la décadence de la nation romaine, trop civilisée, qui, du IIIe au Ve siècle de notre ère, pour repeupler et garder ses provinces éloignées appelait imprudemment tant de colons et de mercenaires étrangers. Dans mon ÉTUDE STATISTIQUE ANTHROPOLOGIQUE SUR LA POPULATION PARISIENNE, j'ai reconnu que, dans notre grande agglomération urbaine, les natifs arriveraient à s'éteindre rapidement sans l'immixtion constante d'immigrés ruraux ou étrangers (5). Cependant, cette immigration urbaine, chez certaines nations civilisées, reste heureusement insuffisante pour faire obstacle à leur accroissement. En effet, M. Stark a parfaitement montré qu'en Écosse, tandis que la mortalité dans les petites îles n'était que de 160 décès sur 10000 habitants, elle s'élevait à 282 décès sur 10 000 dans les huit villes ayant plus de 25 000 âmes (6). Et cependant, malgré cette mortalité urbaine beaucoup plus considérable, l'accroissement annuel de la population générale de l'Écosse est de 131 individus sur 10 000 habitants et sa période de doublement n'est que de 53 ans.

« En France, dit M. Thiers, il y a infiniment moins de mortalité qu'ailleurs. » Il serait plus exact de dire : les Français présentent une mortalité moindre que certains peuples d'Europe ; toutefois, tout en présentant une mortalité égale à celle des Anglais, et un peu supérieure à celle des Écossais, ils offrent une proportion de décès beaucoup plus considérable que les Suédois et les Norvégiens. En effet, tandis que sur 10 000 habitants on compte en France, ainsi qu'en Angleterre, 228 décès, cette proportion de 223 en Écosse, de 216 en Danemark, s'abaisse à 196 en Suède et à 184 en Norvége.

Pareillement, tandis que la durée moyenne de la vie, à partir de la naissance, est en France de 39 ans 10 mois, de 40 ans en Angleterre, de 40 ans 9 mois en Écosse, elle s'élève à 45 ans 3 mois en Suède, et 48 ans en Norvége. Ainsi qu'on le remarque dans la STATISTIQUE DE FRANCE, « la mortalité la plus faible appartient aux États Scandinaves ou Anglo-Saxons » (*L. c.*, p. CXVI).

En France, observe le M. président de la République, chez les populations les plus riches, les plus avancées, les naissances augmentent le moins rapidement. Cette remarque se trouve, en effet, fréquemment juste, quand on compare entre elles les populations des différentes régions de la France, mais on ne peut pas toujours en généraliser l'application, quand on compare des nations à d'autres nations. Tandis qu'en France, pays d'Europe où la natalité est au minimum, sur 10 000 habitants, il n'y a que 266 naissances, c'est-à-dire une naissance pour 37 habitants. En Angleterre, nation non moins riche et non moins avancée en civilisation, sur 10 000 habitants on compte 354 naissances, c'est-à-dire une naissance sur 28 habitants (1). La natalité de la France est donc d'un quart moins considérable que celle de l'Angleterre.

D'ailleurs, relativement à l'influence que la richesse ou la pauvreté relative peut avoir sur la natalité, peut-être l'exprimerait-on assez exactement en disant que les hommes, dans la plupart des positions sociales, riches ou pauvres, semblent désirer conserver à leurs enfants une position sociale au moins égale à la leur, et que, par suite, la procréation humaine varie en général proportionnellement aux ressources qui paraissent aux procréateurs devoir assurer aux procréés cette position sociale désirée. Aussi, si la nation anglaise présente une natalité supérieure d'un quart à celle de la nation française, tout en ayant une mortalité presque égale ; si, par suite, elle présente un accroissement et une période de doublement plus de trois fois plus considérables, peut-être doit-on en partie l'attribuer à son immense force d'expansion, ou plus exactement à ses mouvements migratoires considérables, émigration et immigration, à ses relations maritimes universelles, à son activité commerciale extraordinaire, qui offrent des carrières professionnelles et des moyens d'existence à ses nombreux enfants.

Les causes de l'accroissement ou de la diminution des populations semblent fort complexes, la plupart ignorées ou mé-

(1) Assemblée nationale, séance du 10 juin 1872 (*Journ. offic.*, p. 3909).
(2) Gueneau de Mussy, *Considérations sur la médecine sociale* (*Gaz. des hôp.*, 25 février 1871).
(3) Morache, *Gaz. hebdom. de méd.*, 26 juin 1872.
(4) G. Lagneau, *Gaz. hebdom.*, 19 avril 1867, p. 243.
(5) *Annales d'hyg. et de méd. légale*, 2e série, t. XXXI, 1869.
(6) James Stark, *British Association*, 21 avril 1869. — Lacler, *De la mortalité des villes et des campagnes en Écosse* (*Annales d'hyg. et de méd. légale*, 1870, t. XXXIV, p. 117, etc.).

(1) *Statistique de France*, t. XVIII, p. CX et CXXI.

clinique d'une année, et c'est dans une polyclinique établie à Athènes sous le nom d'Astyclinique que le docteur doit passer cette dernière année d'études. Le certificat est délivré par le professeur spécial nommé à cet effet. Cette polyclinique est indépendante des deux cliniques médicales et de la clinique chirurgicale de l'hôpital d'Athènes, fréquentées par les étudiants dans le cours de leur instruction. Il est bon de noter enfin que les cours sont tous gratuits. Le diplôme seul coûte 54 dragmes (41 francs) et l'examen spécial de pratique 45 dragmes (41 francs).

La Faculté ne compte pas moins de 17 professeurs : 14 ordinaires, 3 extraordinaires, sans compter plusieurs professeurs agrégés non payés. Ce dernier titre ne s'obtient qu'après une thèse soutenue devant toute la Faculté. Les honoraires des professeurs qui ne reçoivent aucune rétribution des élèves est de 4500 francs pour les premiers, de 2700 francs pour les seconds. Ils sont nommés à vie par l'État, sur la proposition du ministre de l'instruction publique.

Les chaires de la Faculté sont les suivantes : médecine légale et toxicologie, anatomie, pathologie générale et hygiène, pathologie et clinique interne, obstétrique, pharmacologie, physiologie, maladies des enfants, ophthalmologie, pathologie chirurgicale et clinique, méthodologie, maladies syphilitiques, opérations chirurgicales.

Il y a, depuis 1838, une école de pharmacie. Après trois ans d'études, les candidats passent un examen devant un jury composé d'une manière analogue à celle du doctorat en médecine. Il n'y a qu'une seule classe de pharmaciens.

En résumé, il faut considérer la Faculté de médecine d'Athènes comme à ses débuts. En 1837, lors de sa création, elle comptait seulement 8 professeurs. Son organisation s'est peu à peu compliquée; il y a tout lieu de penser que son importance ne fera que se développer. Ainsi qu'il est bien naturel de le penser, les diplômes de médecins étrangers sont facilement reçus en Grèce.

A. DUREAU.

connues; mais néanmoins la comparaison avec l'Angleterre suffit pour montrer qu'une nation ancienne, riche et civilisée peut parfaitement s'accroître beaucoup plus que ne le fait la France. Peut-être donc, au lieu de considérer notre minime accroissement comme une conséquence forcée de notre civilisation avancée, serait-il préférable d'éviter les causes pouvant, à un titre quelconque, comme la longue durée du service militaire, restreindre cet accroissement.

M. le président de la République, pour tranquilliser sur l'avenir de notre nation et montrer qu'elle ne dégénère pas, opinion déjà défendue par M. Broca dans une discussion académique (1), fait remarquer que nos jeunes hommes sont aptes au service militaire en plus grande proportion que ceux de la plupart des autres nations. L'aptitude de nos jeunes compatriotes est incontestée, mais elle n'est nullement incompatible avec leur accroissement en nombre, ou plus exactement avec l'accroissement plus considérable de notre population générale. Boudin a fait d'intéressantes recherches sur l'aptitude militaire (2). Toutefois, la comparaison de l'aptitude militaire dans les diverses nations semble souvent difficile, certaines infirmités légères, comme la myopie, etc., étant considérées comme causes d'exemption dans certains pays et ne l'étant pas dans d'autres.

A propos d'exemptés pour infirmités, en parcourant récemment un article de la GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, j'ai appris, par un confrère de l'armée, qui paraît tenir tout particulièrement à ne donner ses soins qu'aux hommes les plus valides, M. le docteur Jules Arnould, que je m'étais « félicité comme d'un triomphe » de l'article 16 du projet de la loi militaire portant : « Sont exemptés du service militaire les jeunes gens que leurs infirmités rendent impropres à tout service actif ou auxiliaire dans l'armée », mais que depuis, déçu dans de « philanthropiques illusions », j'avais probablement « adouci ma satisfaction » en suivant la discussion de l'article 37 (3). J'ai grand peine à retrouver dans ma note sur le projet de loi (4) l'expression, même amoindrie, de cette si triomphante satisfaction. Qu'importe! Relativement à ces exemptés pour infirmités légères visés par l'article 16; relativement aux chauves, aux

(1) *Sur les prétendues dégénérescences de la population française.* Paris, 1867. *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXXII, p. 547, et tirage à part.)
(2) Boudin, *De l'accroissement de la taille et des conditions d'aptitude militaire en France* (*Mém. de la Soc. d'anthropol.*, t. I, p. 221-259).
(3) Jules Arnould, *La loi militaire* (*Gaz. méd. de Paris*, 29 juin 1872, p. 312).
(4) G. Logneau, *Gaz. hebd.*, 19 janvier 1872, p. 19-20.

édentés, défectueux au point de vue de l'esthétique, mais en réalité aussi bons pour le service que des recrues mieux pourvues de dents et de cheveux, je ne me faisais aucune illusion sur leur maintien à l'armée, du moment que seraient adoptées les opinions bien connues de M. le président de la République sur la nécessité de la longue durée du service militaire. Le budget ne pouvant permettre d'entretenir l'ensemble de cinq contingents simultanément, il était indubitable qu'on préférerait les hommes parfaitement valides à ceux présentant des infirmités même insignifiantes. Mais je croyais, et même, après l'adoption des articles restrictifs imposés par la démission menaçante de M. Thiers, je crois encore qu'il est fort regrettable pour la prospérité anthropologique de notre pays, que l'Assemblée n'ait pas préféré, tout en instruisant militairement l'ensemble de nos jeunes hommes, réduire de beaucoup le temps de service; réduction qui semble pouvoir être assez considérable, quand on voit M. le général de Chasseloup-Laubat, rapporteur de la loi sur le recrutement de l'armée, rappeler lui-même que *les fusiliers marins sont formés au bataillon de Lorient en moins d'un an* (1).

« Le président de la République, remarque M. Arnould, a le mérite et le patriotisme de ne pas céder au besoin de copier le plus fort. » La Prusse n'était pas la plus forte, elle se relevait à peine des désastres d'Iéna et d'Awerstœdt, lorsqu'elle adopta la généralisation de l'armée. Obligée par le vainqueur de restreindre considérablement son effectif, elle fit passer dans l'armée la plus grande partie de ses jeunes gens en ne les y maintenant que peu de temps. Depuis, sans faire obstacle à l'accroissement de sa population, qui est triple de celui de la nôtre, elle s'est trouvée à même de pouvoir prendre de terribles revanches.

Pourquoi donc, sur les questions qui, comme celle du recrutement et de la réorganisation de l'armée, intéressent grandement l'avenir anthropologique de la nation, nos législateurs ne consultent-ils pas l'Académie des sciences morales et politiques, et l'Académie de médecine composée des principaux médecins civils et militaires? L'ordonnance du 20 décembre 1820, portant création de l'Académie de médecine, stipule cependant expressément dans son article 2 que « cette Aca-

(1) *Rapport sur le recrutement*, séance du 28 mars 1872 (*Journal officiel* du 6 avril 1872, p. 2391, 1re colonne, note 1).

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Messieurs,

Dans le feuilleton du n° 22 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, au sujet de l'exercice de la médecine en Suisse, je lis :

« Dans les cinq cantons français et italien, le médecin qui veut pratiquer n'a plus qu'à présenter le diplôme qui, dans le pays où il a été délivré, entraîne avec lui le droit d'exercice; ainsi, celui de docteur en médecine français ou italien, etc. Si, au contraire, il s'agit d'un diplôme de l'un des pays allemands où l'examen d'État est de rigueur, le médecin doit être muni du certificat attestant qu'il a passé ledit examen. ».

Cette assertion demande rectification.

Pour exercer la médecine dans le canton de Neuchâtel, il faut passer trois examens, dont deux théoriques et un pratique, devant une commission de santé, composée de médecins, nommés par le conseil d'État (pouvoir exécutif).

Pour être admis à subir ces examens, il faut avoir obtenu un diplôme de docteur en médecine, dans une Faculté de médecine reconnue. Un diplôme de la Faculté de Paris, pas plus qu'un autre, ne dispense desdits examens. On ne s'occupe pas davantage des certificats d'examen d'État obtenus ailleurs que dans le canton de Neuchâtel. Dans les cantons de Fribourg, du Valais et de Vaud, il faut aussi, si je ne me trompe, passer des examens sur toutes les branches des sciences médicales et accessoires, devant une commission ou un conseil de santé, pour obtenir une patente de médecin et pour pouvoir exercer la médecine. Dans le canton de Vaud et dans celui de Fribourg, le diplôme de docteur en médecine n'est pas exigé de ceux qui veulent subir ces examens. Dans le canton de Neuchâtel, le conseil d'État délivre au candidat dont les examens ont été satisfaisants, un certificat ou brevet de capacité, et l'autorisation de pratiquer est annoncée par la voie de la feuille officielle.

Le certificat de capacité est remis au candidat par le préfet, contre le versement d'un émolument de 100 francs. Le candidat reçoit un exemplaire de la loi et des règlements sanitaires, et s'engage, par serment prêté devant le préfet, à les observer fidèlement dans l'exercice de sa profession.

Vouillez agréer, etc. EM. BACQUIAS.

Chaux-de-Fonds, canton de Neuchâtel (Suisse).

démie sera spécialement instituée pour répondre aux demandes du Gouvernement sur tout ce qui intéresse la santé publique. »

G. Lagneau.

Calcul salivaire de l'homme.

On possède une quinzaine d'analyses sérieuses de calculs salivaires. Celle qui vient d'être faite par M. Blas est l'une des plus complètes, et à ce titre nous en indiquerons les résultats, qui ont été l'objet d'un rapport à l'Académie de Belgique (séance du 30 mars 1872) en y ajoutant quelques remarques.

Le calcul enlevé par le professeur Michaux était ovoïde, mamelonné. Il pesait 0gr,443. Il avait une saveur fade, nulle odeur, et une coloration blanc jaunâtre. Extrêmement friable, il présentait à la cassure des lamelles superposées, sans noyau central. La poussière examinée au microscope ne laissait voir aucune trace de cristallisation; la masse était formée de parties floconneuses, de globules, de masses amorphes. L'alcool, l'éther et l'iode n'y produisaient aucun changement notable, l'acide chlorhydrique en dissolvait un tiers avec dégagement de bulles d'acide carbonique.

L'analyse qualitative fit reconnaître que ce calcul était formé en grande partie de matières minérales, et en partie de matières organiques azotées. Parmi les premières on distinguait l'acide phosphorique, l'acide carbonique, des traces de chlore et d'acide sulfurique, du calcium, du magnésium, des traces de fer, de potassium et de sodium. On n'a pu constater la présence d'un sulfocyanure.

L'analyse quantitative a donné le résultat suivant :

Eau volatile à 100° C. = 11,31 pour 100.

Matières contenues dans 100 parties de la substance desséchée dans 100° C. :

A. Soluble dans l'éther. Graisse liquide incolore à base de glycérine	1,45
B. Soluble dans l'eau. Mucus. matières inorganiques. Potassium, sodium, chlore, acide urique	2,40
C. Insoluble dans l'eau et dans l'acide chlorhydrique. Matières organiques, mucus, traces de matières minérales	11,80
D. Insoluble dans l'eau, soluble dans l'acide chlorhydrique.	
Phosphate de calcium	63,30
Carbonate de calcium	12,50
Carbonate de magnésium	7,44
Fer, matières organiques et perte	1,11

Nous n'insisterons pas sur les procédés employés par l'analyse, mais nous signalerons l'existence, dans les parties solubles dans l'eau et desséchées, de masses ressemblant à des cellules épithéliales, mais en réalité composées d'urate de soude.

L'auteur, comparant cette analyse à celles de Wright, de Bibra, Lecanu, Besson, Golding Bird, montre que, contrairement aux analyses de Wright il a trouvé, avec les autres auteurs, une prédominance du phosphate de calcium sur le carbonate de calcium.

« Une seule analyse, dit M. Blas, signale une proportion de phosphate de magnésium. Je constate donc pour la première fois la présence dans un calcul salivaire du carbonate de magnésium, de la graisse et de l'acide urique. »

Cette assertion de M. Blas ne nous paraît pas devoir être admise sans réserve. En effet, Bibra est le seul qui ait signalé le phosphate de magnésium, mais avant lui le docteur Humbert avait trouvé dans un calcul salivaire des traces de magnésie, et M. Lassaigne a constaté le phosphate de magnésie dans un calcul du canal de Sténon chez un cheval. Il faut reconnaître que M. Blas a, le premier, constaté le carbonate magnésien; il paraît en être de même pour la graisse, mais nous devons rappeler que M. Garreau, en 1859, a constaté dans un calcul qui lui a été remis par le docteur Arrachard, de Lille, la présence de l'urate de chaux.

On lira dans le même compte rendu deux observations de calculs salivaires par MM. Schoenfeld et Van der Espt.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique chirurgicale.

Du traitement des paralysies et des contractures par les courants continus faibles et permanents, par le docteur Léon Le Fort.

Dans le travail publié dans le numéro 19 de la Gazette hebdomadaire (10 mai 1872), après avoir signalé les avantages de la pile Callaud-Trouvé, j'ajoutais : « Une fois chargée elle n'est pas transportable, car un mouvement brusque, en mélangeant la dissolution du sulfate de cuivre, qui est au fond du vase, à la couche d'eau qui la surmonte, forcerait à recharger la pile. »

J'ai commis, en disant cela, une erreur qu'il importe de rectifier : d'abord parce qu'il ne faut jamais laisser s'accréditer une erreur ; en second lieu, parce que la possibilité de transporter la pile rend plus facile encore l'emploi d'un

N. B. Après avoir exercé onze ans la médecine en France, j'ai dû, il y a neuf ans, malgré mon diplôme de docteur de la Faculté de Paris, passer les examens d'État à Neuchâtel. On n'établit donc aucune distinction entre les différents diplômes de docteur en médecine.

23 juin 1872.

Réponse. — On lira avec intérêt la lettre qui précède. Elle témoigne des progrès incessants d'un petit pays. Fribourg est un canton de langue allemande, et, par conséquent, soumis à la convention du Concordat. La législation des cantons français ne peut lui être applicable. Les formalités dont parle M. Bacquias, quant à Neufchâtel, ont dû être mises en vigueur après la Convention des cantons allemands. En ce qui concerne Genève, les choses se passaient, il y a fort peu de temps encore, comme je l'ai indiqué, et je suis en relations personnelles avec deux confrères qui exercent légalement, dans le canton de Genève, en vertu d'une autorisation de l'administration communale, sans avoir passé aucun examen. Ils sont munis d'un diplôme français. Il ne faut pas oublier que chaque canton de la Suisse jouit d'une indépendance réelle, quant à son administration locale.

A. D.

Faculté de médecine de Paris. — MM. Humbert et G. Richelot ont été nommés aides d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. — M. Mussat est nommé aide de botanique à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Marchand, dont la démission est acceptée.

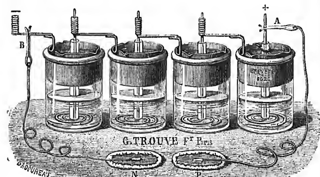
École de médecine d'Angers. — M. Tesson, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à ladite École.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Chiais (Jean-François-Meurice) est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Roustant, dont le service expire le 1er novembre prochain.

M. Faure (Alfred) est nommé aide de botanique à la Faculté de médecine de Montpellier, pour trois ans à partir du 1er novembre prochain, en remplacement de M. Guillaud, dont les fonctions expirent à cette époque.

moyen thérapeutique, précieux dans beaucoup de circonstances.

Si, après avoir placé un galvanomètre dans le circuit, on mélange intimement avec une spatule les deux couches de liquide superposées, on voit que l'aiguille du galvanomètre reste à peu près immobile, ce qui prouve que, loin d'interrompre l'action électrique, on a seulement causé une insignifiante variation dans la force du courant. Il y a plus : si la pile reste en action, les deux liquides se séparent pour se superposer de nouveau; le sulfate de zinc formant la couche supérieure et le sulfate de cuivre la couche inférieure, en un mot, les molécules positives et négatives se rendent à leurs pôles respectifs, comme cela a lieu dans toute solution traversée par le courant d'une pile, l'acide se rendant au pôle positif et les sels au pôle négatif. Si le vase qui contient la pile est de verre, on peut facilement constater ce phénomène de polarisation qui s'oppose au mélange des deux dissolutions. Quelle que soit la quantité de sulfate de cuivre, en cristaux, jetée au fond du vase, il ne



s'en dissout, au fur et à mesure, que la quantité nécessaire pour saturer la couche inférieure du liquide, et la couche supérieure ne présente aucune coloration verdâtre et reste absolument transparente.

M. Morin a imaginé récemment de petites piles formées d'un cylindre de cuivre, renfermant au centre un cylindre plein de zinc. Les deux parties sont séparées par du sable laisant fonction de vase poreux; l'adjonction d'une substance, dont je ne suis par autorisé à indiquer la nature, empêche la précipitation du cuivre réduit sur le zinc. Ces piles, d'un prix extrêmement modique, ont une assez grande puissance, une action constante, et, comme elles sont formées par un flacon fermé par un bouchon de liége, on n'a pas à se préoccuper de l'évaporation de l'eau qui tient en dissolution le sulfate de cuivre.

Physiologie pathologique.

Considérations générales sur la moelle. — De l'ossification de la moelle, d'après les pièces anatomo-pathologiques du docteur Demarquay, par Paul Redard.

(Fin. — Voyez le numéro 25.)

Troja publia en effet, en 1775, des expériences dans lesquelles il concluait au rôle important de la moelle dans l'ostéogénie. Voici quelques-unes de ses expériences les plus remarquables.

Dans sa première expérience, Troja ampute la patte d'un pigeon vers l'extrémité diaphysaire inférieure; il détruit la moelle à l'aide d'un stylet et remplit la cavité médullaire de bourdonnets de charpie.

Au septième jour l'animal est tué. L'os se trouve considérablement augmenté de volume. La section longitudinale du tibia fait voir que l'os ancien est séparé du nouveau par une substance molle vasculaire, assez facilement isolable, sous forme de membrane, à l'aide de la pointe d'un scalpel.

Dans une seconde série d'expériences, détruisant seulement la moelle, Troja trouva un os nouveau autour de l'ancien.

Nous allons reproduire en entier la neuvième expérience, une des plus importantes :

Troja ampute la jambe d'un pigeon, de façon que le tibia reste proéminent et dénudé dans une étendue de dix lignes; il resèque l'épiphyse et, pour préserver l'os du contact de l'air, il l'entoure d'une vessie; il l'applique soigneusement contre la surface osseuse, et il la fixe avec un fil.

Au dixième jour, l'animal est tué. La partie de l'os renfermée dans la vessie est sèche, d'une couleur pâle et recouverte d'une croûte de sang desséché. La portion de l'os encore garnie de chair est très-volumineuse; cet accroissement tient à une ossification nouvelle qui entoure complétement l'ancien tibia. Tous deux adhèrent fortement, et, après leur séparation, il est impossible de trouver à la surface interne de l'os nouveau une membrane de récente formation. Le périoste est facilement isolable jusqu'à l'épiphyse supérieure et présente à son extrémité inférieure un épaississement notable tenant à la présence d'une substance semi-cartilagineuse.

La partie supérieure de l'os se trouve remplie de moelle naturelle; mais dans la portion renfermée dans la vessie s'est produit *un nouvel os* qui occupe le canal médullaire. Il s'étend jusqu'à l'extrémité inférieure du tibia et remonte en haut de deux lignes et demie au-dessus du point où commence le nouvel os de la partie supérieure. Au centre de cet os de nouvelle formation se trouve une ouverture longitudinale assez étroite donnant passage à une faible quantité de matière médullaire. Il peut s'isoler de l'ancien os et présente une dureté plus grande que celle de l'os formé à l'extrémité supérieure, et cette dureté est égale à celle de l'os déjà existant.

On le voit, par ses expériences Troja avait fait voir, le premier, que des ossifications intra-médullaires pouvaient se former, et il concluait avec raison au rôle ostéogénique très-puissant de la moelle.

Flourens, Cruveilhier ont aussi obtenu des résultats analogues. M. Ollier, dans un important mémoire (*Journal de la physiologie*, 1863), a fait de nombreuses expériences, reproduisant en partie les expériences de Troja, il a pu développer à son tour des ossifications intra-médullaires parfaitement caractérisées. Il signale que la moelle à l'état normal ne forme pas de l'os, mais qu'à la suite d'irritations elle se transforme en substance osseuse. M. Ollier perfore, à 4 ou 5 centimètres de distance, un tibia de lapin; puis, à l'aide d'un stylet, il broie et détruit la moelle. Il ne tarde pas à se former une production osseuse qui remplit le canal médullaire dans la portion qui a été privée de moelle. Ces expériences sont répétées plusieurs fois, et toujours une production osseuse se fait dans le canal médullaire. Pour démontrer en outre que les ossifications médullaires, obtenues par Troja et ceux qui l'ont suivi, ne sont imputables qu'à l'irritation du système osseux, voici les expériences qu'il fait :

Il enlève le périoste du tibia dans une étendue de 5 centimètres sur deux lapins âgés de cinq mois. Cela fait, sur un des lapins l'os dénudé est entouré d'une lame métallique et sur l'autre d'une enveloppe de calicot. C'est dans un but spécial que M. Ollier a ainsi varié l'expérience, car les corps métalliques étant mieux tolérés par l'organisme que les corps organiques, deux effets différents d'irritation devaient se trouver ainsi produits. C'est effectivement ce qui arriva. Le lapin à la lame d'argent a à peine suppuré; l'autre, au contraire, a fourni une abondante suppuration. Ces deux lapins ont été tués trente-trois jours après. L'os ne s'était pas accru en épaisseur; il était, chez les deux animaux, d'un blanc mat, sans vaisseaux apparents. La moelle était plus blanche et plus ferme qu'à l'état normal, mais ne contenait aucune trace d'ossification qui lui fut propre.

« On voit par ces expériences que le premier phénomène

qui suit la dénudation d'un os c'est l'épaississement de l'os; la nécrose de la partie dénudée n'est qu'un phénomène consécutif et dû d'ailleurs à une autre cause qu'à la dénudation. Que serait-il arrivé dans nos expériences si nous avions attendu plus longtemps? Nous aurions vu la démarcation entre le vif et le mort se prononcer de plus en plus, des bourgeons charnus s'accumuler dans leur intervalle, et nous aurions eu alors un os vivant contenu dans un os mort. Mais quelle est l'origine de cet os intérieur? Est-ce la moelle? Sans doute qu'elle y a contribué par son ossification. L'ossification paraît due surtout à l'épaississement primitif de la substance osseuse par bourgeonnement de sa surface interne. »

Ces expériences, on le voit, sont favorables en partie à l'ossification de la moelle, et M. Ollier ajoute :

« La moelle peut donc s'ossifier malgré son isolement du tissu osseux périphérique; elle est donc apte à se transformer directement en os. C'est ce que nous montre avec la plus grande évidence les expériences citées. »

Et plus loin :

« Nous conclurons de notre dernière expérience que la moelle du canal central des os longs peut s'ossifier. Mais ici la moelle n'est pas dans des conditions normales, elle a été irritée et par l'opération et par la présence d'un corps étranger. »

De ces expériences et de celles de M. Ollier nous pouvons tirer deux conclusions : la moelle s'ossifie, et elle s'ossifie dans le canal médullaire *sous l'influence de l'irritation*. Nous verrons plus loin le parti important que nous tirerons de ces données certaines.

Si nous continuons nos investigations et si nous étudions la question si intéressante du cal, nous voyons là aussi des faits qui sont favorables à l'ossification de la moelle. Hippocrate l'avait reconnu : « Medulla ossis alimentum, ideo callo formatur. »

Examinez une fracture et vous verrez le plus souvent un bouchon osseux, véritable septum qui établit en apparence une complète séparation entre la partie supérieure et inférieure de la moelle; on a ce que l'on a appelé depuis longtemps le véritable *bouchon du canal médullaire*. Lambron signale ces ossifications se faisant dans la cavité médullaire. Cependant ce dernier observateur n'est pas de l'avis de Béclard, de Breschet et Villermé, et il ne croit pas que la cavité médullaire se rétablisse. Nous sommes loin de partager son avis, et nous ne croyons pas non plus, avec M. le professeur Broca, que « dans toute fracture qui se consolide une masse osseuse obture DÉFINITIVEMENT la cavité du canal médullaire. » La résorption du cal médullaire est maintenant un fait parfaitement acquis, et les phases par lesquelles il passe pour se détruire sont parfaitement connues. Au sein du tissu osseux naissent des couches médullaires qui finissent par envahir le tissu osseux. Ces transformations ont été observées un très-grand nombre de fois, et les examens de pièces pathologiques ont fait voir fréquemment le fait que nous avançons. Souvent des autopsies ont fait voir le canal médullaire rétabli après des cals où il y avait eu de grands chevauchements, et nous ne pouvons plus nier la disparition du bouchon médullaire par absorption.

Verneuil a présenté un bouchon aréolaire développé sur un radius.

Albrecht Wagner, dans une savante étude intitulée : DU TRAVAIL RÉPARATEUR QUI SE PRODUIT APRÈS LA RÉSECTION ET L'EXTIRPATION, dit que la régénération osseuse est possible sans périoste; mais alors elle ne s'effectue qu'à un très-faible degré. Cette régénération sans périoste s'effectue : *a*, au moyen du diploé ou du canal médullaire lorsque ces parties ont été entamées par l'expérience; *b*, au moyen des parties environnantes.

Il signale que très-souvent on trouve dans les os d'amputés un bouchon osseux; Klencke a trouvé le canal médullaire complétement oblitéré par un bouchon osseux.

Heine n'a vu qu'un rétrécissement presque imperceptible du canal médullaire au niveau d'une résection.

M. Ranvier admet l'ossification directe de la substance médullaire à mesure qu'elle prolifère sous l'influence de l'irritation, et cette assertion s'appuie sur de nombreuses expériences. « Le cal provisoire de Dupuytren a donc une réalité anatomique », dit ce physiologiste. Et plus loin : « Seulement ce cal sera d'autant plus considérable que la contusion produite par les fragments aura été plus considérable au moment de l'accident ou après si le membre fracturé n'est pas convenablement maintenu. »

L'étude du cal nous montre, contrairement à ce que prétendent certains auteurs, que *la moelle peut s'ossifier* et qu'elle s'ossifie presque toujours; et si nous réfléchissons que Philippeaux vient récemment de démontrer que le périoste transplanté, de même que la moelle, disparaît au bout d'un certain temps, l'objection de la disparition rapide du bouchon osseux intra-médullaire ne nous touche plus beaucoup.

La clinique, à son tour, nous fournit, elle aussi, quelques faits concluants, mais en très-petit nombre. La pièce pathologique observée par M. Demarquay, dans laquelle une ossification intra-médullaire parfaitement nette peut se voir, vient s'ajouter à celles de MM. Verneuil, Delore et Broca.

M. Delore, chirurgien de la Charité, a fait voir à M. Christot (Thèse de Paris, 1865), qui le cite, une pièce présentant une belle ossification dans une diaphyse nécrosée, qui mesurait de 6 à 7 centimètres. Cette pièce est donc très-favorable à l'ossification intra-médullaire.

Déjà, en 1856, M. Broca, à propos d'une pièce pathologique présentée par Liégeois (cal énorme), disait que « le périoste n'est pas, quoi qu'en ait dit Flourens, indispensable à la reproduction des os ». Mais plus tard ce chirurgien (*Bulletins de la Société anatomique*, juillet 1859) accentuait plus nettement son opinion en présence de la production osseuse intra-médullaire présentée dans la pièce pathologique de Decroizelles.

Il s'agissait d'une jeune fille qui avait reçu, à la partie inférieure de la cuisse, un éclat de bombe fulminante. On constata, outre la plaie de la partie inférieure de la cuisse, une fracture évidente paraissant située vers le tiers moyen du fémur. La suppuration, très-abondante, se produisit, et l'on fut obligé à plusieurs reprises de faire l'ouverture d'abcès et des contre-ouvertures. Cet état grave, avec suppuration ichoreuse fétide, accidents inflammatoires considérables, dura *trois mois*, et la malade ne tarda pas à succomber.

L'examen de la cuisse fit voir une fracture très-oblique, située au tiers supérieur du fémur, et par conséquent bien au-dessus du point où le projectile a pénétré. A la partie inférieure du fémur il existait un orifice irrégulier, paraissant fait à l'emporte-pièce, ayant environ 12 millimètres dans sa plus grande longueur et pénétrant jusqu'au canal médullaire. La paroi opposée de l'os n'avait pas été perforée, et il était clair que cette lésion avait été produite par l'action directe du projectile, mais c'était en vain qu'on l'explorait : le projectile était logé au-dessus de l'ouverture d'entrée. C'était un éclat de bombe.

Le projectile, après avoir défoncé la paroi antérieure du canal médullaire, n'avait pas eu assez de force pour perforer la paroi postérieure, sur laquelle il avait glissé, mais il l'avait violemment contusionnée, et l'ébranlement reçu en ce point par la lame compacte avait été suffisant pour en déterminer la mortification. Le périoste correspondant était soulevé dans une étendue de plus d'un centimètre et le séquestre était en voie d'élimination. Un bouchon osseux, constitué par un tissu spongieux très-fin, obstrue complétement l'ouverture du canal et forme même sur le fragment inférieur une végétation arrondie, grosse comme une noisette, qui fait saillie au-dessous de la surface de la fracture. Cette végétation, implantée sur l'orifice du canal médullaire et en continuité avec la moelle proprement dite, est tout à fait indépendante du tissu osseux et du périoste. Celui-ci a été décollé dans une étendue de plusieurs millimètres, et le tissu compacte, entièrement dépouillé de sa membrane vasculaire, a cessé de vivre. Le trajet de la

fracture est donc aussi net, aussi blanc que si la fracture avait été produite sur un squelette desséché.

M. Demarquay vient, à son tour, d'observer un fait des plus probants d'ossification intra-médullaire.

Voici l'observation que nous avons recueillie :

OBSERVATION. — Marjot (Aimable), du 37e mobile du Loiret, âgé de vingt-six ans, fut blessé le 19 janvier 1870. Sa blessure consiste en une blessure par balle, qui fracassa l'humérus à son tiers supérieur. Le malade nous raconte que le chirurgien qui lui donna les premiers soins parvint facilement à extraire la balle, et il retira en outre de nombreuses esquilles. Le bras fut mis dans l'immobilité la plus complète, et la fièvre, vive au début, ne tarda pas à s'apaiser au bout de quelques jours.

Une suppuration assez abondante, mais de bonne nature, continue, entraînant avec elle des détritus organiques et des parcelles d'os. Une rougeur assez vive s'étend autour du trajet fistuleux qui persiste à présenter une ouverture assez grande.

L'exploration par le stylet nous indique que l'os est fracturé dans une étendue assez grande, et l'on sent facilement des parties osseuses mobiles.

Les jours suivants, plusieurs petites esquilles sont extraites; température, 38°,2. (24 janvier.)

Cet état se continue pendant quelque temps encore, et le 2 février nous ne trouvons pas de phénomènes notables. Le pus est toujours abondant. La tumeur et la tuméfaction sont toujours vives ; la douleur, très-marquée, s'accompagne par moment de fièvre. L'appétit est excellent, l'aspect de la langue est bon, et le malade, plein de courage, attend une guérison prochaine.

Pendant tout le mois de février et jusqu'au 15 mars, le gonflement du membre est toujours marqué, et la plaie donne issue constamment à un pus de bonne nature ; le trajet fistuleux nous semble se rétrécir en même temps que les symptômes généraux (fièvre, frissons passagers, diarrhée) disparaissent entièrement.

L'examen pratiqué du membre en avril nous montre que la fracture est consolidée ; il existe un empâtement très-considérable vers le tiers supérieur, avec rougeur et tuméfaction, état lardacé des tissus environnants ; le trajet fistuleux continue à sécréter du pus en abondance, et le stylet nous indique un séquestre très-mobile.

Cet état se continue ainsi jusqu'au 6 juin, époque à laquelle M. Demarquay se décide à pratiquer une extraction du séquestre. Dans ce but, l'ouverture fistuleuse est considérablement agrandie, et à travers une ouverture de quelques centimètres seulement, on peut parfaitement sentir une masse osseuse se mouvoir facilement. Cette masse paraît remonter fort loin en haut, vers la tête humérale, et aussi en bas vers la partie inférieure de l'humérus. Que faire ? L'indécision fut grande: on ne pouvait se décider à inciser le nouvel os formé dans une étendue aussi grande qu'aurait nécessitée l'extraction de l'os nécrosé.

L'os nouveau, en se formant, avait envaginé le séquestre, et ici la régénération osseuse avait été aveugle. M. Demarquay, en présence d'un cas aussi grave, se décida à pratiquer la désarticulation de l'épaule. Cette opération se fit sans accident, et le malade, dans d'excellentes conditions générales, reposé, habitué à une vie d'hôpital, en supporta parfaitement les suites. Il s'est levé dès le lendemain, et le seizième jour nous voyons les ligatures tomber. Le trente et unième jour après l'opération, toute suppuration a cessé, et nous voyons avec plaisir ce courageux jeune homme rentrer dans ses foyers.

M. Demarquay examina bientôt le membre, et il put se convaincre, après l'examen complet de l'os, de la nécessité de son opération. L'os est difficilement mis à nu et détaché avec grande peine des tissus lardacés qui l'entourent. La circulation paraît se faire mal dans ces parties ; nous sommes bientôt en présence d'un os de nouvelle formation, rugueux, présentant des inégalités nombreuses, bossolures analogues aux os obtenus expérimentalement chez des animaux après des fractures par régénération périostique; à la face interne, se voit une ouverture inégale large de 5 centimètres, longue de 8 centimètres; à travers cette ouverture, nous pouvons, à l'aide d'une pince, saisir une partie nécrosée qui nous apparaît blanchâtre, absolument lisse. Nous pratiquons la section longitudinale de l'os, et voici ce qui se présente : Une partie d'os nécrosée assez mobile, n'étant distante que de 4 centimètres du col anatomique, mais s'étendant dans une étendue de 10 centimètres environ au-dessous de l'humérus. Ce séquestre est lisse, parfaitement conservé ; mais ce que nous trouvons dans son canal médullaire est vraiment remarquable et digne d'une mention toute particulière. Dans toute l'étendue de l'os nécrosé, en effet, nous trouvons une partie, mise en évidence dans le dessin (fig. 2), qui présente l'apparence osseuse constituée par un tissu spongieux très-fin, cette ossification est indépendante du tissu osseux et du périoste, contenue dans une partie inerte et nécrosée; ce cylindre osseux s'étend au delà et se prolonge fort loin vers la tête humérale. Nous voyons tout autour de véritables stalactites osseuses en très-grand nombre.

En résumé, voici la série des faits observés : fracture de l'humérus au tiers supérieur, nécrose de l'os dans une étendue assez considérable, mais bientôt le périoste forme un nouvel os qui invagine complétement l'os nécrosé. Ce dernier, véritable corps étranger, provoque et entretient continuellement une *inflammation violente* non-seulement des tissus, mais encore de la moelle, qui se traduit par une suppuration de six mois. La moelle, dans un tel milieu, subit des transformations et devient osseuse, comme nous l'avons vu. La pièce pathologique a été examinée au microscope par M. Vulpian, qui nous a dit, avec son obligeance habituelle, que la partie intra-médullaire était véritablement constituée par du tissu osseux.

Nous trouvons en outre, dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, un article fort bien fait où le docteur Bricheteau nous raconte que le docteur Tuilier lui montra un tibia de mulet dont les fragments étaient réunis par un cal intérieur, malgré un écartement de deux pouces. Le docteur Tuilier attribue dans ce cas un grand rôle à la membrane médullaire.

M. Joly nous a dit avoir observé le tibia gauche d'un lièvre qui, à la suite d'un accident, avait été fracturé à 1 centimètre à peu près de l'articulation tibio-tarsienne, et de manière que le fragment supérieur faisait saillie hors de la peau sur une étendue de plus de 2 centimètres.

L'extrémité articulaire inférieure était restée sous la peau, mais elle était tellement déviée de sa position normale, qu'au lieu d'être tournée vers le sol la surface d'articulation se dirigeait à droite et tout à fait en dedans. On doit juger dès lors de l'espace considérable qui existait entre les deux fragments; cependant cet intervalle avait été entièrement comblé par une espèce de pont, ou plutôt par trois arcades osseuses parallèles, laissant entre elles des passages aux tendons extenseurs.

Dans ce produit de régénération extraordinaire, nous pensons, avec M. Joly (Thèse de Strasbourg, 1864), que le périoste, *conservé je ne sais comment*, a peut-être opéré le travail de réparation ; mais nous croyons, en outre, que la moelle doit aussi avoir joué un grand rôle.

Nous ne pouvons oublier qu'ici l'irritation a dû être un élément essentiel, et que c'est à cette irritation, provoquée par les sauts d'un animal qui se sert en grande partie de ses membres postérieurs, que nous devons ce même travail admirable de conservation et de réparation.

Voici maintenant une expérience encore inédite que M. L. Ranvier nous a communiquée ; nous l'en remercions sincèrement.

Résection du nerf sciatique et du nerf crural. Fraction du tibia. — M. Ranvier a fait cette expérience pour savoir si la suppression de l'action nerveuse sur les tissus qui avoisinent une fracture détermine une aberration du cal, comme l'a soutenu Schrœder van der Kolk.

EXPÉRIENCE. — Le 22 février 1869, sur un chien de berger de taille moyenne, adulte, chloroformisé, on fait la résection du nerf sciatique droit dans une largeur de 42 millimètres. Le bout supérieur est relevé en anse et fixé dans cette position, au milieu des muscles, avec un point de suture. Le nerf crural du même côté est reséqué dans une étendue de 27 millimètres, et le bout supérieur du nerf est relevé en anse comme pour le nerf sciatique. La jambe droite est alors fracturée au moyen d'un levier. La fracture porte sur le tibia et le péroné au niveau de leur tiers inférieur. Au moment où la fracture a été produite, il s'est fait une déchirure transversale de la peau, de telle sorte que le foyer de la fracture communique avec l'air.

Le 4 mars, gonflement considérable au niveau de la fracture. La plaie persiste ; les deux fragments font saillie à la surface. L'état général est bon. Les plaies faites pour la section des nerfs se sont cicatrisées.

Le 13, persistance de la tuméfaction au niveau de la fracture. État stationnaire de la plaie dans les lèvres de laquelle se voient toujours les extrémités nécrosées des deux fragments.

Le 6 avril, l'extrémité nécrosée du fragment inférieur s'est détachée dans l'intervalle des deux examens, et elle n'a pu être retrouvée. L'ex-

trémité du fragment supérieur, agitée avec les doigts, tombe, et sa chute détermine une légère hémorrhagie. Le séquestre a 4 centimètres de longueur, son extrémité supérieure présente des saillies en forme d'aiguilles; sa moelle centrale est vivante, rouge, très-vasculaire et, à son milieu, il s'est formé un os plein, qui, vers l'extrémité inférieure du fragment, est recouvert d'un bourgeon médullaire.

Le 17, l'étendue de la plaie diminue; il n'y a pas de consolidation.

Le 13 mai, cinquante jours après le début de l'expérience, le chien n'a retrouvé dans la patte droite ni le mouvement ni la sensibilité. L'animal est sacrifié par la section du bulbe. Les nerfs au-dessous de leur section ne sont pas excitables. Les bouts supérieurs des nerfs sciatique et crural sont encore fixes dans la position où on les avait mis. Les deux fragments de la fracture sont mobiles l'un sur l'autre, et ils sont recouverts à leur extrémité par une couche de bourgeons charnus qui se continue avec les lèvres de la plaie; celle-ci a pris les caractères d'un trajet fistuleux ancien.

On pratique avec la scie une coupe longitudinale qui divise les deux fragments; chacun est enveloppé par une masse osseuse de nouvelle formation ayant de 3 à 5 centimètres d'épaisseur.

Le tissu osseux qui forme ces masses est compacte, il est en outre fortement soudé à l'os ancien et se perd à la périphérie dans un tissu grisâtre, translucide, vascularisé, formé de tissu conjonctif, riche en cellules, dans lequel il n'y a pas de corpuscule de cartilage.

Les nerfs au-dessous de la section sont complétement dégénérés. Les tubes nerveux s'y montrent avec quelques granulations graisseuses, sous la membrane de Schwann. Des préparations faites sur le tissu osseux avec décalcification dans l'acide chromique à 5/1000 servent à établir que le tissu osseux qui s'est formé, soit dans le canal médullaire, soit dans le cal périphérique, s'est développé aux dépens d'un tissu embryonnaire, et non aux dépens d'un cartilage, comme il arrive lorsque la fracture n'est pas suivie de suppuration.

Voici les conclusions que l'on peut retirer des faits observés :

1° La moelle limitée par un os nécrosé peut, sous l'influence de l'inflammation, prendre la forme embryonnaire et former un os nouveau; 2° les nerfs n'ont pas d'influence directe sur la formation du cal. En effet, dans cette expérience, comme dans les fractures compliquées de plaies, il a été établi que dans ce genre de fracture le cal se forme par ossification directe, tandis que dans les fractures simples il est d'abord cartilagineux. (Ranvier, *Développement du tissu osseux*, thèse 1865)

M. Gamgée (*Bulletin de la Société de chirurgie* pendant l'année 1864) a fait une communication intéressante, et l'on peut voir la pièce qui en fait le sujet au n° 467 des maladies osseuses du musée Dupuytren. Il s'agit d'un enchondrome du fémur d'un poids énorme (49 kilos), qui fut enlevé. Les recherches pratiquées par M. Houel démontrent que cette tumeur était constituée par un tissu enchondromateux développé aux dépens du périoste disparu entièrement. L'os était lui-même peu altéré, le tissu osseux semblait raréfié sur quelques points de la surface. Un bouchon de *substance chondroïde* occupait le canal médullaire. En présence de ce fait n'est-il pas évident que l'os peut vivre en dehors du périoste et de la membrane médullaire?

Cherchons maintenant à analyser les faits que nous venons d'observer : dans les expériences de Troja, d'Ollier, nous venons de le voir, des ossifications médullaires. Nous voyons aussi un tibia de mulet de lièvre présenter des ossifications médullaires complètes qui ne peuvent pas être contestées.

Dans la pièce pathologique observée par M. le docteur Ranvier, nous trouvons des résultats semblables à celui qu'a observé M. Demarquay.

Dans la première, en effet, nous pouvons voir sur le dessin n° 1 un séquestre A vu suivant sa longueur, dont l'extrémité est *s*, le bout inférieur *i*, le bourgeon médullaire *b*. Si nous examinons la coupe B, *n* nous représente l'os ancien nécrosé, *o* l'os nouveau, *m* la moelle embryonnaire aux dépens de laquelle l'os nouveau s'est développé.

Dans la pièce observée par M. Demarquay (fig. 2), nous voyons l'os nécrosé A former une gaîne parfaite à la moelle embryonnaire *m*, devenue aussi osseuse; à l'extérieur, une masse osseuse de nouvelle formation, irrégulière et rugueuse, représentée par la lettre B.

Nous remarquerons en outre que dans toutes les pièces pathologiques que nous avons examinées l'irritation joue un grand rôle, et M. Ollier a eu raison de conclure que, par suite de l'irritation propre, la moelle s'ossifie; elle peut même s'ossifier lorsqu'elle a perdu tout rapport avec le tissu osseux qui l'entoure. Lambron, du reste, avait déjà remarqué que le

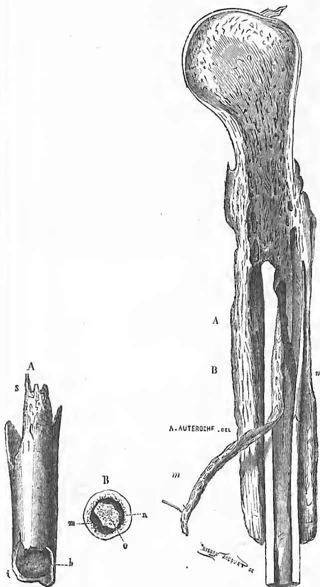


FIG. 1.

(Laboratoire du Collége de France : M. Ranvier.)

FIG. 2.

Ossification de la moelle.

cal intra-médullaire arrivait beaucoup plus facilement lorsque les fractures observées étaient la suite de plaies par armes à feu, siége d'une irritation et d'une suppuration profonde. Dans les pièces observées par Demarquay, par Broca, ces conditions existent, ce sont toutes les deux des fractures graves par projectile de guerre, et nous voyons dans l'une une suppuration très-intense durer pendant au moins six mois, dans l'autre (Broca) des accidents inflammatoires terribles amener la mort du sujet. Dans l'observation de Ranvier, l'irritation provoquée par la pression des fragments, rendue plus efficace à cause de l'insensibilité par section du sciatique, nous a donné les résul-

tats obtenus. Il est donc impossible de nier l'ossification intra-médullaire; la moelle peut s'ossifier, et il appartenait à Ranvier de nous faire voir, de nous démontrer que c'était en repassant à l'état embryonnaire que la moelle acquérait ses propriétés d'ossification. Cet observateur compare ce phénomène, et cela avec une très-grande justesse, avec ce qui se passe dans le phlegmon du tissu cellulaire, où l'on voit les cellules adipeuses qui occupent en grand nombre cette partie, se débarrasser de la graisse qu'elles contiennent, leur noyau apparaître d'une façon très-nette et donner lieu à une prolifération abondante; les cellules, qui avaient *été momifiées*, pour ainsi dire, par la transformation adipeuse, sous l'influence d'une forte irritation, prennent donc une nouvelle aptitude pour la génération. Toute inflammation, toute irritation tend à amener le phénomène de la médullisation, qui consiste dans la production exagérée d'un grand nombre de médullocelles.

Nous voici arrivé à la fin de nos recherches sur la moelle, et si l'on veut bien résumer avec nous tout ce que nous venons d'exposer, on verra que la physiologie expérimentale nous démontre que la moelle peut s'ossifier, mais l'histologie moderne, les nouvelles transplantations médullaires, nous démontrent que la moelle peut non-seulement s'ossifier à l'état pathologique, mais encore à l'état normal.

L'os est baigné dans la moelle, et le périoste ne joue un rôle qu'en tant que membrane vasculaire. La couche appelée improprement blastème sous-périosté, est constituée par des *cellules médullaires* et indispensable pour la régénération de l'os. Si vous raclez le périoste, l'os pourra se régénérer; mais si la couche médullaire sous-jacente n'est pas conservée, l'os *ne se reproduira jamais.*

Dans la physiologie pathologique et la clinique, nous trouvons des ossifications nombreuses, mais là l'irritation joue un grand rôle, et l'on n'a pas besoin d'invoquer pour ces phénomènes la part prise par la face interne de l'os. La moelle s'ossifie bien réellement, irritée et conséquemment devenue embryonnaire; elle obéit à cette loi si admirable d'analogie de formation formulée par Vogel, et l'os intra-médullaire se forme. Dès lors, nous ne serons pas étonné si cette irritation conservatrice agit à la fois sur la moelle intra-médullaire, si l'on peut s'exprimer ainsi, et sur la moelle sous-périostée dans les cas de fractures graves. Le chirurgien devra avoir présent à l'esprit cette complication d'un os intra-médullaire; il devra aussi s'attacher, dans les opérations de régénération, à conserver la couche des cellules médullaires sous-périostées, s'il ne veut s'attendre à avoir des résultats négatifs. On le voit, l'état actuel de la science nous oblige à conclure au rôle actif de la moelle, et nous répondrons à la question que nous nous posions au début de cette étude : « la moelle est-elle un agent actif d'ossification? » par l'affirmative. Les recherches ne sont pas malheureusement encore assez efficaces pour rendre cette affirmation inébranlable; mais le chemin est ouvert, et il appartient aux physiologistes de l'explorer.

On nous accusera peut-être d'avoir été un peu long; mais nous n'avons pu résister à exposer les opinions d'hommes aussi illustres que ceux que nous avons cités, dans une question aussi difficile et qui a donné lieu à d'innombrables controverses.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

Phylloxera. — M. *L. Sollier* adresse une note relative à un procédé de destruction du *Phylloxera vastatrix* au moyen d'une décoction de tabac. (Renvoi à la commission nommée pour la question du *Phylloxera.*)

Marais. — M. *Poulain* adresse une note relative au Mémoire qu'il a présenté pour le concours des arts insalubres, sur l'assainissement des littoraux marécageux. (Renvoi à la commission du concours des arts insalubres.)

Aliénation mentale. — M. *Lailler* adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un travail portant pour titre : De l'urine dans l'aliénation mentale. Ce travail sera renvoyé à la commission, qui jugera s'il peut encore être admis à concourir, le délai accordé pour l'envoi des pièces destinées aux divers concours étant expiré depuis un mois.

Viande crue. — M. *O. Henry* adresse, par l'entremise de M. Larrey, une note relative à la musculine et à l'usage de la viande crue. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Influence de la pression barométrique sur les phénomènes de la vie. Quatrième note de M. *P. Bert.* — « A. *Diminution de pression.* — Lorsqu'on soumet un animal à une dépression graduelle, il devient malade et finit par périr à des limites barométriques que j'ai indiquées dans ma première Note. Or, ces souffrances et cette mort ne doivent point être attribuées, comme on le fait d'ordinaire, à la diminution même de la pression. La mort a lieu exclusivement pour cette raison, que la pression de l'oxygène du milieu respirable n'est pas suffisante pour maintenir dans le sang de l'animal la quantité d'oxygène qu'exige l'accomplissement des phénomènes vitaux : il périt ainsi, véritablement asphyxié, au milieu d'un air pur.

» B. *Augmentation de pression.* — J'ai pu, dit l'auteur, depuis ma dernière communication à l'Académie, faire des expériences dans des récipients de verre supportant la pression de 25 atmosphères. J'ai vu alors mes prévisions se réaliser, et les moineaux soumis à la pression de 20 atmosphères d'air périr rapidement, en présentant les violentes convulsions caractéristiques de l'empoisonnement par l'oxygène, gaz dont on ne pouvait, cette fois, suspecter la pureté. C'est bien à l'action toxique de l'oxygène qu'il faut attribuer la mort, et non à la pression en elle-même. Si, en effet, on se contente de soumettre un moineau à 3 atmosphères d'air et qu'on ajoute ensuite 20 atmosphères d'azote, on voit l'animal périr lentement, sans convulsions, empoisonné par l'acide carbonique qu'il a formé dans ce milieu confiné.

» Il résulte de ceci que l'influence exercée par les modifications dans la pression barométrique (lorsqu'il ne s'agit pas d'air confiné) se ramène exclusivement à l'influence de l'oxygène du milieu ambiant : à de trop basses pressions, asphyxie; à de trop hautes pressions, empoisonnement.

» Or, la pression de cet oxygène extérieur, d'où résulte la proportion de l'oxygène intérieur contenu dans le sang, dépend de deux facteurs : la proportion centésimale et la pression barométrique. On pourra donc conjurer les dangers que fait courir celle-ci en modifiant inversement celle-là, et c'est ce que montrent déjà les expériences rapportées ci-dessus. Si donc les *aéronautes,* qu'arrête dans leur course verticale non la force ascensionnelle du ballon, mais la possibilité de vivre, veulent monter plus haut qu'ils n'ont fait jusqu'ici, ils le pourront, à la condition d'emporter avec eux un ballon plein d'oxygène, auquel ils auront recours lorsqu'ils souffriront trop de la raréfaction de l'air. En sens inverse, les *industries* qui soumettent les ouvriers à hautes pressions seront arrêtées par les souffrances et la mort de ces ouvriers, si elles veulent aller au delà de 5 ou 6 atmosphères (pressions que l'on sera entraîné à dépasser pour la pêche des perles, les sauvetages sous-marins, etc.). Mais elles verront les obstacles disparaître si leurs machines soufflantes lancent, au lieu d'air pur, un mélange d'air et d'azote calculé de manière que la pression de l'oxygène ne dépasse pas un niveau suffisamment bas. »

Chloral et strychnine. — M. *Oré* continue l'exposé de ses recherches sur le sujet des quatre nouvelles expériences auxquelles il s'est livré. Il tire les conclusions suivantes :

1° Si l'on injecte de la strychnine à dose faible et non toxique (1 1/2 milligramme), ou à dose plus élevée et toxique (2 milligrammes, 2 milligrammes 1/2, 3 milligrammes), enfin à dose plus élevée encore (4 et 5 milligrammes), pour combattre les effets déterminés, chez des lapins du poids de 2 kilogrammes environ, par un injection sous-cutanée de 4 grammes de chloral (dose toujours mortelle), la strychnine ne modifie aucunement l'action de cette dernière substance, et les animaux succombent d'autant plus vite que la dose de l'alcaloïde est plus élevée.

» 2° La strychnine, contrairement à l'opinion de M. O. Liebreich, n'est donc pas l'antidote du chloral.

» 3° Cette opinion de M. O. Liebreich repose sur un vice d'expérimentation que je crois avoir surabondamment démontré. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Richard* sur une épidémie de variole dans le canton d'Autrey (Haute-Saône) en 1871. — *b*. Un rapport final de M. le docteur *Bocamy* sur une épidémie de suette miliaire dans la commune de Toulouges (Pyrénées-Orientales) en 1871. — *c*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de Tarn-et-Garonne. (*Commission des épidémies*.)

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. *Morin*, relative à la construction d'un nouvel élément voltaïque au sulfate de cuivre pour l'application des courants continus à la thérapeutique. — *b*. Une lettre de remercîments de M. le docteur *Sée* (de Strasbourg), lauréat des derniers concours). — *c*. Une lettre de M. *Alliot*, accompagnant l'envoi d'un ouvrage intitulé : NOUVELLE DOCTRINE PHILOSOPHIQUE CLASSIQUE.

M. *Larrey* présente : 1° une notice biographique sur le docteur Auguste Larrey (de Toulouse), par M. le professeur *Joly* ; 2° une étude de physiologie thérapeutique sur l'alcool, par M. le docteur *Angel Marvaud* ; 3° un projet de création d'un hôpital sur l'eau, par M. le docteur *Félix Rochard*.

M. *Alph. Guérin* présente, pour le prix Amussat, une brochure sur la greffe épidermique, par M. le docteur *Reverdin* (de Genève).

M. *Verneuil* présente une étude sur la dysménorrhée membraneuse, par MM. les docteurs *H. Huchard* et *Labadie-Lagrave*.

M. *Bergeron* présente un deuxième mémoire de M. le docteur *Lunier* sur le rôle des boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et du suicide.

M. *Béhier* présente : 1° un exemplaire des Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Pitié, par M. le docteur *Gallard* ; 2° deux brochures de M. le docteur *Danet* sur l'emploi thérapeutique de l'alcool.

M. *Poggiale* dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. le docteur *Léon Soubeyran* sur la matière médicale des Chinois.

En présentant la brochure de M. le docteur *Lunier*, mentionnée plus haut, M. *Bergeron* a signalé un fait digne d'être publié, à l'honneur de notre temps et de notre pays, c'est la diminution très-notable qui s'est produite, depuis quelques mois, en France, dans la consommation des liqueurs alcooliques et particulièrement de l'absinthe, dont le débit a diminué de moitié. M. Bergeron pense, avec raison, que ce résultat heureux et inespéré doit être attribué non-seulement aux mesures fiscales adoptées par l'Assemblée nationale, mais encore à l'influence bienfaisante et à la puissance morale des discussions académiques sur l'alcoolisme, des débats législatifs sur l'ivresse puplique, et des généreux efforts des nouvelles associations françaises contre l'abus des boissons alcooliques. Il est à présumer et à souhaiter qu'on observera une diminution corrélative dans les maux, les délits et les crimes qu'engendre l'ivrognerie.

M. *Guérard* rend compte de la cérémonie du service anniversaire d'Itard, célébré à l'institution nationale des Sourds-muets, et auquel assistait, selon l'usage, une députation de l'Académie.

L'Académie vient encore de perdre un de ses membres titulaires. M. le président annonce, avec l'expression d'un profond regret, la mort de M. *Denonvilliers*, qui a succombé, il y a peu de jours, d'une manière imprévue et prématurée, à une maladie du cœur.

M. *Béhier* donne lecture de l'allocution qu'il a prononcée, au nom de l'Académie, sur la tombe du savant professeur. Cet éloge, dans lequel l'orateur s'est appliqué surtout à rappeler le caractère et la tournure d'esprit de Denonvilliers, a été accueilli par des marques unanimes d'approbation et de sympathie.

Par un de ces contrastes que présentent assez souvent les événements d'ici bas, à peine l'Académie venait-elle d'apprendre la perte d'un de ses membres, qu'elle s'en adjoignait un autre dans la section d'accouchements.

Les candidats étaient présentés dans l'ordre suivant : 1° M. *Tarnier*, 2° M. *Hervieux*, 3° M. *Guéniot*, 4° M. *Joulin*, 5° M. *Mattei*.

Le nombre des votants étant 54, et la majorité 28, M. *Tarnier* a obtenu 38 suffrages; M. *Joulin* 8; M. *Hervieux* 3; MM. *Guéniot* et *Mattei*, chacun 2; bulletin blanc 1.

En conséquence, M. *Tarnier* est élu, sauf l'approbation du président de la République.

DE LA DIGITALINE. — L'approbation si flatteuse et la distinction exceptionnelle que la commission du prix Orfila avait décernées à l'auteur de la découverte de la digitaline cristallisée, pouvaient faire croire que le dernier mot avait été dit sur le principe actif de la digitale. Mais il n'en est rien. Déjà M. Gubler a porté un rude coup aux prérogatives physiologiques et thérapeutiques de la digitaline de M. Nativelle. Maintenant voici qu'un pharmacien très-distingué, un chimiste fort habile, M. *Roucher*, vient contester la pureté absolue de la digitaline cristallisée, et révoquer en doute la parfaite homogénéité de sa composition élémentaire. Il résulte des recherches délicates et des analyses minutieuses auxquelles M. Roucher a soumis ce nouvel agent, qu'il peut se décomposer au moins en deux éléments, se distinguant l'un de l'autre par leurs caractères microscopiques et par leurs propriétés chimiques. Il ne croit pas que la digitaline de M. Nativelle soit supérieure en qualité à la digitaline de MM. Homolle et Quévenne, qu'il nomme « digitaline globulaire ».

M. Roucher expose aussi ses études sur les autres principes actifs de la digitale, la digitalose, la digitine, la digitaléine, etc., et il termine en disant que si MM. Homolle et Quévenne, d'une part, M. Nativelle, de l'autre, n'ont pas encore résolu le problème de la digitaline pure, ils ont, du moins, montré la voie qui doit conduire infailliblement à la solution. Ce n'est plus qu'une affaire de temps et de patience.

EMPYÈME ET THORACOCENTÈSE. — M. *Roger* est du nombre de ces académiciens, savants et modestes à la fois, qui ne se prodiguent pas à tout propos, n'interviennent pas dans toutes les discussions et ne demandent la parole qu'avec une extrême sobriété et une réserve exemplaire. Aussi, quand il monte à la tribune, on l'écoute avec une attention sympathique et soutenue, parce que l'on compte d'avance sur la sagesse de ses opinions, sur l'autorité de son expérience, sur la valeur de ses observations cliniques, et sur la portée pratique de ses réflexions et de ses conseils.

Ce que M. Roger vient surtout apporter dans la discussion actuelle, c'est le fruit de ses études et de ses méditations sur la thoracocentèse et sur l'opération de l'empyème appliquées au traitement des épanchements pleurétiques chez les enfants.

M. Roger ne partage nullement l'opinion de M. Gosselin sur la bénignité relative et sur la guérison plus facile de la pleurésie purulente dans le jeune âge. On a bien observé quelques cas de résorption partielle de l'épanchement après une première ponction thoracique, mais on ne connaît pas d'exemple d'une disparition totale et spontanée du pus. Ces faits sont aussi exceptionnels chez les enfants que chez les adultes.

La pleurésie purulente est donc une maladie d'une gravité extrême et presque toujours mortelle pour les enfants. Quand elle ne se termine pas rapidement d'une manière fatale, le pus s'évacue, soit au dehors, soit au dedans, en produisant dans le premier cas une fistule pleuro-cutanée, et dans le second cas une vomique et une fistule pleuro-bronchique.

Ni l'une ni l'autre de ces terminaisons n'est favorable ni à désirer.

La fistule pleuro-cutanée expose l'enfant à tous les dangers des inflammations et des ulcérations locales, de l'érysipèle, du phlegmon, des suppurations prolongées et de l'épuisement organique qui en résulte.

L'évacuation de la collection purulente par les bronches, ou la vomique, a donné quelquefois des résultats satisfaisants; mais le plus souvent ce mode de terminaison aboutit à des conséquences funestes, comme le prouvent les observations de MM. Blache, Barthez et Roger; et il est plus prudent de le prévenir que de le rechercher ou de l'attendre.

Mais que faire une fois la vomique produite? M. Roger est d'avis de s'abstenir de toute intervention chirurgicale si l'évacuation du pus s'opère d'une manière abondante et régulière par les bronches, et si, en même temps, les phénomènes locaux et généraux de la pleurésie purulente diminuent et annoncent un amendement certain. Il pense qu'on doit au contraire pratiquer la thoracocentèse ou même la thoracotomie, afin de prévenir les redoutables effets de la stagnation du pus, lorsque la fistule pleuro-bronchique ne suffit pas à réduire ou à tarir le foyer purulent. M. Roger cite, à l'appui de cette opinion, une observation très-concluante de Trousseau.

Sans se montrer partisan d'une intervention trop hâtive et prématurée, l'orateur estime que le pyothorax chez les enfants souffre moins de temporisation que chez les adultes et doit être évacué plus tôt, en raison de la faiblesse plus grande des sujets et du défaut de résistance de l'organisme aux accidents et aux désordres produits par la présence et l'accumulation du pus dans une cavité viscérale.

M. Roger conseille donc d'opérer non-seulement avant que le pus se fasse jour au dehors, soit par les espaces intercostaux, soit par les bronches, mais dès que le pyothorax a été constaté par des signes certains. Suivant lui, la complication d'une tuberculose pulmonaire, loin d'être un motif d'abstention, est une indication d'agir; il ne partage pas, sur ce sujet, les craintes exprimées par plusieurs de ses collègues, et il regarde le pus comme un mauvais voisin pour un poumon tuberculeux.

D'après M. Roger, et contrairement encore à une des assertions de M. Gosselin, les opérations d'empyème ne réussiraient pas mieux chez les enfants que chez les adultes. Une des circonstances qui contribuent le plus à l'insuccès du traitement chirurgical de la pleurésie purulente dans l'enfance, c'est la complication fréquente d'une inflammation secondaire des bronches ou des poumons. L'opération est particulièrement dangereuse dans la première enfance, et l'on peut considérer comme d'heureuses exceptions les guérisons obtenues sur les sujets au-dessous de deux ans.

Une autre opinion émise par M. Gosselin, et que les observations et les recherches de M. Roger ne confirment pas, c'est qu'une seule ponction suffise le plus souvent pour guérir le pyothorax chez les enfants. Dans tous les faits à la connaissance de M. Roger, il a fallu pratiquer plusieurs ponctions ou laisser une canule ou une sonde à demeure.

L'orateur entre ici dans quelques détails sur le choix du procédé opératoire qui convient le mieux au traitement de l'empyème des enfants. Le drainage thoracique lui paraît dangereux et même impraticable à cet âge. L'emploi des trocarts capillaires et de l'aspiration au moyen de l'instrument de M. Jules Guérin ou de l'appareil pneumatique de M. Dieulafoy, peut être utile lorsque l'épanchement purulent est clair, limpide et comme séreux; mais ces procédés sont insuffisants lorsque le pus, comme il arrive généralement, est épais, crémeux et mélangé de fausses membranes. D'ailleurs, l'aspiration thoracique a un autre inconvénient aux yeux de M. Roger, c'est d'exiger de nombreuses ponctions, auxquelles les enfants se prêtent difficilement.

La ponction avec un trocart suffisamment volumineux, suivie de l'introduction d'une sonde à demeure ou mieux encore d'une petite canule d'argent, est le procédé que M. Roger préfère pour les jeunes sujets. Il conseille de pratiquer la ponction au centre même du foyer pleurétique, dans le lieu où la percussion indique que l'épanchement est le plus abondant. Cependant, lorsque l'opérateur aura le choix, il portera de préférence le trocart dans la région antéro-latérale du thorax; s'il s'agit du côté droit, il fera pénétrer l'instrument dans un espace intercostal plus élevé que celui qui est indiqué pour les adultes, afin d'éviter la lésion du foie, qui est relativement plus volumineux et situé plus haut chez les enfants.

L'heure a obligé M. Roger d'interrompre son intéressante communication et d'en remettre la suite à la prochaine séance.

Présentation. — M. le docteur *Maurice Reynaud* présente un homme de vingt-deux ans chez lequel une première opération de thoracocentèse pour un épanchement pleurétique fut suivie d'une pleurésie purulente. Après cinq ponctions infructueuses, M. Reynaud eut recours à l'opération de l'empyème par une large incision intercostale, suivie de lavages quotidiens. La thoracotomie, pratiquée le 7 mai dernier, donna issue à une grande quantité de pus et à d'énormes paquets pseudo-membraneux. Aujourd'hui la plaie est cicatrisée, sauf une très-petite fistule centrale par laquelle s'écoulent journellement quelques gouttes de sérosité, et le malade peut être considéré comme guéri.

M. *Chassaignac* fait un signe de dénégation, en murmurant : « Et la petite fistule ! »

A. Linas.

Société de chirurgie

SÉANCE DU 12 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DE L'ODEUR ACIDE DE L'HALEINE COMME SIGNE DU DIABÈTE. — FISTULE VÉSICO-VAGINALE ; OPÉRATION PAR LE PROCÉDÉ A LAMBEAUX ; GUÉRISON. — REPRODUCTION DE LA FISTULE APRÈS UN NOUVEL ACCOUCHEMENT ; OPÉRATION RÉCENTE PAR LE MÊME PROCÉDÉ ; RÉSULTAT ENCORE INCERTAIN. — DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE.

— M. *Duboué*, membre correspondant, lit un travail sur l'odeur acide de l'haleine comme signe du diabète.

— M. *Duboué* lit une observation de fistule vésico-vaginale. Une femme de trente-sept ans accoucha le 1er novembre 1867 ; trois semaines plus tard il se forme une fistule vésico-vaginale. Celle-ci, qui n'avait que 1 ou 2 millimètres de diamètre, siégeait à 1 centimètre du col de l'utérus. Opération le 12 novembre 1869. Deux lambeaux latéraux sont disséqués et fixés, après affrontement des surfaces saignantes, par deux fils d'argent et deux boutons de buis, un bouton de chaque côté. (Pour la description du procédé et du manuel opératoire, voyez la communication de M. Duboué, dans le tome VI des Mémoires de la Société de chirurgie.) La malade est complétement guérie le 10 décembre.

Devenue enceinte quelques mois après l'opération, la malade accoucha le 22 janvier 1871, à sept mois de grossesse ; l'accouchement se fait spontanément en douze heures, tandis que l'accouchement précédent s'était terminé par une application de forceps. La fistule ne s'est pas reproduite. Trois mois après, nouvelle grossesse; accouchement à terme le 28 janvier 1872, après un travail des plus pénibles, terminé par une version. Quinze ou vingt jours après, la malade ne pouvait plus retenir ses urines ; la fistule s'était reproduite.

Au point occupé par l'ancienne fistule, on voit très-nettement une petite cicatrice blanche. C'est à 1 centimètre plus haut, au point de jonction du vagin et du col utérin, que l'on découvre l'orifice qui livre passage à l'urine; cet orifice a 3 ou 4 millimètres de diamètre. Le col utérin est en partie détruit; la lèvre antérieure a perdu sa moitié droite. On ne pouvait appliquer dans ce cas que le seul procédé à lambeaux; l'un ne pou-

vait être pris que sur la moitié gauche de la lèvre antérieure, et l'autre en regard du premier sur la paroi vaginale avoisinant la fistule. Opération le 21 mai. Le 5 juin, ablation des fils; issue d'un flot d'urine par le vagin. L'opération n'a amené aucune amélioration. Cette observation montre la solidité de la suture dans le procédé à lambeaux. Avec une suture peu résistante, en effet, la fistule devrait se reproduire à son siége primitif.

— M. *Verneuil*, dans sa communication sur l'érysipèle précoce, avait voulu établir simplement une variété étiologique de la maladie; incidemment il avait dit qu'il ne voyait pas grande différence à faire entre la lymphangite et l'érysipèle, les caractères différentiels lui paraissant insuffisants dans beaucoup de cas. Aujourd'hui il maintient absolument l'impossibilité du diagnostic différentiel dans beaucoup de cas; car, cliniquement, on voit des lésions qu'on diagnostique érysipèle un jour, et angioleucite le lendemain, et réciproquement.

L'érysipèle est une inflammation du système lymphatique; c'est une quatrième forme, qui ne diffère guère de la troisième forme, lymphangite des réseaux. La localisation de la lésion de l'érysipèle dans le système lymphatique n'est pas encore démontrée; cependant il y a des preuves indirectes En effet, ce n'est point une inflammation des capillaires sanguins. Autre preuve indirecte : il n'y a pas d'érysipèle sans adénite, pas d'adénite sans lymphangite des troncs. On a dit que la rougeur ne peut pas exister dans les réseaux dépourvus de *vasa vasorum*; mais cette rougeur est produite par la congestion de la peau autour du point malade.

On a dit que l'érysipèle avait des caractères spéciaux : bourrelet périphérique, teinte jaune, éruption phlycténoïde; mais ces trois caractères ne sont pas constants. Il y a des cas où il est impossible de dire s'il y a érysipèle ou lymphangite. Les causes ne nous donnent pas de caractères distinctifs. Les phénomènes généraux sont les mêmes. Dans la marche locale de la maladie, il n'y a pas de notable différence. M. Verneuil ne trouve point de distinction radicale entre les deux affections.

Quelle est la nature de l'érysipèle. La nature d'une maladie ne se tire jamais de sa localisation anatomique. L'érysipèle peut être une toxémie; d'autres fois une inflammation avec toxémie. Aucun rapprochement à faire entre l'érysipèle et les fièvres éruptives. Comme causes : mauvais pansements, influence du froid, écarts de régime, milieu toxique. L'épidémicité et la contagion ne se démontrent pas, elles se voient.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la côlotomie lombaire dans le traitement de l'obstruction rectale, par le docteur Thomas BRYANT.

Nous empruntons aux intéressantes leçons que nous avons déjà signalées (*Gazette hebdomadaire*, n° 24, p. 397, 1872) quelques indications utiles à connaître, à propos de la statistique de la côlotomie. M. Bryant a pratiqué cette opération seize fois, dans quatre cas pour des fistules vésico-intestinales, dans deux cas pour des tumeurs pelviennes, et dans dix cas de rétrécissement du rectum. Dans l'un des cas de fistule vésico-intestinale, le malade a vécu quatre mois après l'opération, et est mort de néphrite suppurée, mais entièrement soulagé de tous les symptômes d'affection vésicale ou rectale; deux autres opérés sont encore vivants et éprouvent fort peu d'inconvénients de l'anus artificiel. L'un des malades atteints de tumeur pelvienne est mort le troisième jour d'une rupture de la tumeur, le second est en bonne santé. Des onze autres malades, l'un a vécu dix-huit mois après l'opération, et est mort d'un cancer du foie supposé, après une maladie d'un mois; quatre opérés sont morts en l'espace de quatre mois, et cinq opérés sont vivants, chez ces derniers la côlotomie a été pratiquée en mai 1870, en novembre 1871, et pour trois d'entre eux cette année même.

Curling, pour sa part, a exécuté ou recommandé l'opération dans dix-sept cas, et dans dix cas les malades ont survécu un espace de temps variant de deux à dix-huit mois. Allingham compte douze opérés; l'un a survécu quatre ans et demi, un autre dix-neuf mois, cinq ont vécu quelques mois, un seul est mort quelques jours après la côlotomie. Ces résultats, dit M. Bryant, peuvent être considérés avec satisfaction, car il faut se rappeler que dans tous ces cas l'opération a été entreprise alors que la vie était menacée, et que les accidents étaient des plus graves et semblaient irrémédiables.

En résumé, l'opération est indiquée dans tous les cas de fistule vésico-intestinale, lorsque les matières solides se mélangent à l'urine, dans tous les cas de rétrécissement du rectum aussitôt que l'obstruction devient sérieusement inquiétante et compromet l'existence, dans tous les autres cas d'obstruction mécanique du rectum résultant de tumeurs pelviennes, quand on ne peut trouver d'autre moyen de soulagement moins grave; enfin dans l'ulcération étendue du rectum, cancéreuse, syphilitique ou simple, lorsque le traitement local ne donne aucune amélioration, et que les accidents locaux sont graves, lorsque la vie est compromise par l'affection locale, et que les souffrances sont excessives. Dans tous les cas, on ne doit proposer l'opération lorsque les forces sont épuisées; car les chances de réussite sont alors fort diminuées, et la convalescence est rendue impossible.

Les faits cités par l'auteur, les considérations qui les accompagnent, auront une influence certaine sur la vulgarisation de la côlotomie, en montrant que cette opération est moins redoutable qu'on ne l'admet généralement. (*Medical Times and Gazette*, 15 juin 1872.)

Taille vésico-vaginale ou kolpo-cystotomie, par le docteur PLUM.

La taille par le vagin n'est pas une opération nouvelle; elle remonte à Rousset et à Fabrice de Hilden, et a été pratiquée en France par Clémot, Flaubert, Rigal et d'autres chirurgiens, mais elle n'avait pas été accueillie avec faveur. La taille vésico-vaginale suivie de suture a, dès son origine, offert des succès plus remarquables. Paget en 1859, Fergusson en 1862, Lane et enfin M. Vallet (d'Orléans), ont rapporté des observations en faveur de ce procédé de taille. Les deux premières observations de succès complet sont dues à Vallet et à Marion Sims, mais depuis cette époque l'opération a été pratiquée avec succès par Lyon (de Glascow), Aveling et Baker Brown. Chez l'enfant même, on a pu exécuter la kolpo-cystotomie; Fergusson a opéré chez une petite fille de neuf ans, Paget chez une enfant de trois ans, et Simon a réussi dernièrement à oblitérer chez une enfant de huit ans une fistule vésico-vaginale, consécutive à l'ulcération d'un calcul qui avait spontanément traversé la cloison vésico-vaginale. Il paraît qu'en Danemark cette opération a été pratiquée plusieurs fois; deux chirurgiens danois viennent de publier deux observations de ce genre qui méritent d'attirer l'attention.

Dans le premier cas, le docteur Plum ayant diagnostiqué chez une femme de trente-cinq l'existence d'un calcul dur et volumineux, et après avoir échoué dans plusieurs tentatives de lithotritie, se détermina à pratiquer la taille vésico-vaginale avec suture immédiate. Le calcul, qui avait été divisé en deux parties dans les tentatives de lithotomie, pesait 42 grammes. Douze jours après l'opération, les dernières sutures étaient enlevées, et la malade sortait de l'hôpital parfaitement guérie.

Dans le second cas, le docteur Selchau fit l'extraction d'un calcul de 16gr,5 chez une femme de trente-deux ans, chez laquelle la lithotomie avait échoué. L'incision, pratiquée sur la ligne médiane de la cloison vésico-vaginale, mesurait un pouce et demi. On fit onze sutures dont les dernières

furent retirées le quatorzième jour après l'opération. La malade sortit complétement guérie une semaine plus tard.

Ces exemples prouvent que la perfection des procédés de suture vésico-vaginale a transformé la gravité du pronostic de la taille vésico-vaginale, et que cette opération offre des chances de succès dans les cas exceptionnels où la lithotritie ne peut être pratiquée. (*Hospitals-Tidende.* Traduit in *The Dublin Journal*, avril 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de thérapeutique et de pharmacologie, par le docteur A. Rabuteau. — 1er fascicule, 532 pages in-18. — Librairie H. Lauwereyns, 1872.

M. le docteur Rabuteau est un de nos collaborateurs. La Gazette hebdomadaire a publié à plusieurs reprises des articles de matière médicale où il a fait preuve de connaissances spéciales justement appréciées. L'Institut de France a consacré dernièrement, par un prix de thérapeutique, la valeur de ses recherches.

A ces divers titres, l'ouvrage que publie en ce moment M. le docteur Rabuteau nous intéressait tout spécialement. Il nous a paru, après une lecture consciencieuse, que ce travail, dont nous reconnaissons tout d'abord la valeur sérieuse, prêtait en différents points à des critiques que nous exposerons, sûrs de l'assentiment de l'auteur, avec toute liberté.

M. Rabuteau s'est proposé de nous donner un essai de thérapeutique scientifique appuyée sur les bases solides de l'expérience et de l'observation clinique. Un chapitre préliminaire est consacré aux principes généraux : divisions de la thérapeutique, définition des médicaments, généralités sur les diverses voies d'introduction,-sur les métamorphoses que subissent les médicaments, leur mode d'élimination, leur antagonisme, etc.

Après avoir exposé et critiqué les différentes classifications, l'auteur nous présente celle qu'il a adoptée.

Les agents thérapeutiques sont pondérables ou impondérables.

Les agents pondérables, ou médicaments, modifient la nutrition, l'innervation et la myotilité, et les sécrétions; ce qui détermine la formation des cinq premières classes. Dans les trois dernières nous trouvons les médicaments éliminateurs, les astringents, les révulsifs, les caustiques chimiques, les antiseptiques.

Quant aux agents impondérables, ils sont divisés en agents physiques (chaleur, électricité, magnétisme) et agents mécaniques (locomotion, moyens divers d'ordre mécanique).

Quoique décorée du titre de classification rationnelle, à l'effet, sans doute, de la distinguer de celles qui ont été présentées jusqu'à ce jour, cette classification n'échappe pas à toute critique. En principe d'abord, il nous paraît difficile de limiter aussi nettement qu'on le voudrait bien l'action de certains médicaments. Ainsi nous voyons l'alcool et le café rangés dans les médicaments qui ralentissent la nutrition et l'hématose. Que ces deux agents soient, comme on le dit aujourd'hui, des antidéperditeurs, c'est ce que nous reconnaissons volontiers; mais il est non moins évident qu'ils sont des incitateurs puissants de l'innervation, et qu'ils ont à ce titre droit de figurer dans une classe différente de celle où on les a cantonnés, à côté de l'iode, du mercure et des alcalins.

Plus loin nous voyons, sous le titre VI, rangés à titre de médicaments *éliminateurs*, l'eau et l'iodure de potassium (toxifuges?), le kousso, le soufre, etc. Il nous semble que l'émétique et les divers purgatifs ne figureraient pas mal dans cette classe de médicaments éliminateurs, et que dans les parasiticides on aurait pu placer avec avantage, à côté du soufre et des huiles essentielles, le mercure et les sels mercuriels, dont l'action a une tout autre énergie.

D'une manière plus générale, la nutrition étant un acte éminemment complexe, et dans lequel l'innervation, les sécrétions, les contractions musculaires jouent un rôle considérable, il paraît difficile d'isoler, comme on l'a fait, l'action de certains médicaments sous le titre de modificateurs de la nutrition, ou tout au moins de ranger sous ce titre tous ceux que nous voyons ainsi réunis. Beaucoup de ces médicaments agissent surtout sur d'autres fonctions et n'influencent qu'indirectement la nutrition (alcool, café, iodiques, azotates, alcalins).

On ne voit pas pourquoi le mercure et divers métaux figurent parmi les modérateurs de la nutrition ou de l'hématose. On ne s'explique en aucune façon, à ce point de vue, l'action du mercure lui-même, celle du zinc, du plomb, des sels d'argent, etc.

Dans cette classification rationnelle, nous trouvons encore bien d'autres lacunes, et nous ne voyons pas de raison bien plausible de la préférer à ses devancières. Les médicaments y sont artificiellement rangés d'après certaines propriétés établies d'une façon plus ou moins contestable, à l'exclusion d'autres caractères plus généralement reconnus.

Quoi qu'il en soit, la presque totalité du premier fascicule est consacrée à l'étude de ces médicaments, dits modificateurs de la nutrition.

Le plan suivi pour chacune de ces études est très-simple. Le médicament est envisagé à son état naturel, au point de vue de son absorption et de son élimination, de son action sur les différentes fonctions. Toute la partie qui a trait à l'étude chimique et pharmacologique du médicament est généralement traitée avec soin. Quant à son action physiologique, elle s'établit, autant que possible, sur des expériences personnelles beaucoup trop restreintes, selon nous, pour qu'on puisse y attacher grande autorité. Il est à remarquer que l'auteur se dispense à peu près constamment de citer les expériences et les opinions contradictoires, et que certains noms qui font autorité en thérapeutique figurent à peine dans le texte de l'ouvrage. Cette omission ne saurait être attribuée à une simple négligence. Il y a des opinions qu'on peut combattre, mais qui s'imposent à la critique.

Une partie absolument insuffisante et qui révèle une grande inexpérience, est celle qui se rapporte à la pathologie. A chaque instant l'ouvrage nous réserve à cet égard de véritables surprises. C'est ainsi que nous voyons, à propos des chlorures, une division de la glycosurie en passagère et en permanente : la première provoquée par l'ingestion exagérée des matières féculentes ou par certains troubles de l'hématose ; la seconde, la permanente, est celle que l'on observe après certaines lésions du cerveau et de la moelle épinière. Il est probable que cette seconde variété constitue le diabète. Mais on se demande où l'auteur a puisé cette singulière division de laboratoire, et dès lors quelle importance attribuer à ce qu'il nous dit, sur la foi de trois observations de Martin-Solon, de l'influence du chlorure de sodium sur la maladie?

Il en est de même de l'action de ce dernier médicament sur la phthisie, et surtout sur la fièvre intermittente. Sur 52 malades atteints de fièvre palustre, 25 sont guéris sans autre médication que le sel marin. C'est à peu près la proportion que donne dans les fièvres récentes le seul fait du changement des conditions hygiéniques. 6 malades traités sans succès par le sulfate de quinine furent guéris par le sel marin. Il faut autre chose que des affirmations pour accréditer de pareilles singularités.

Que dire maintenant de l'action *souveraine* du chlorure de sodium dans la diarrhée lientérique, de son influence heureuse sur le choléra, sinon que ce sont là de pures théories, nées dans le fond d'un laboratoire, entre un verre à expérience et un cobaye, et contre lesquelles les cliniciens ne sauraient trop s'élever quand elles conduisent à des conclusions telles que celle-ci : « Le chlorure de sodium et l'opium seraient donc les moyens les plus efficaces contre les diarrhées cholériques » ; ou à conseiller le pain préparé à l'eau de mer comme pouvant « non-seulement rendre de grands services, mais

amener des guérisons dans la scrofule, la phthisie et le goître ».

Ne semble-t-il pas que le chlorure de sodium aurait été jusqu'ici méconnu et qu'on n'ait pas depuis longtemps apprécié sa valeur à titre d'aliment nécessaire? Mais on a vu que le sel marin retarde, comme d'autres chlorures, la coagulation du sang et le rend rutilant, qu'il augmente le nombre des globules rouges, les conserve, en retarde la destruction. Ce sont là des faits d'expérimentation; avec un verre, une baguette et une cuillerée de sang chacun peut les constater. De là des indications nouvelles, des explications inattendues sur l'activité de la machine animale ainsi surchauffée. Dans la pneumonie, l'élévation de la température est considérable. Quoi de plus simple à expliquer? Le chlorure de sodium n'est-il pas éliminé en moindre quantité et retenu dans le sang? Il est vrai que dans la scarlatine, dans l'érysipèle, dans la fièvre typhoïde, dans le rhumatisme, dans la méningite, il n'est pas question de la rétention du chlorure de sodium, bien que la température atteigne dans ces maladies une élévation considérable. Mais quoi? Dans la pneumonie c'est tout autre chose.

En partant de considérations analogues, nous allons voir, dans le chapitre suivant, l'alcool et le café rangés parmi les médicaments qui ralentissent la nutrition et l'hématose avec les chlorates, les azotates et les alcalins. On avait cru jusqu'ici que l'alcool et le café, à doses hygiéniques, augmentaient la calorification, accéléraient le pouls, excitaient, en un mot. Ce sont là autant d'erreurs. L'alcool ralentit la circulation et abaisse la température. Or, nul ne conteste qu'à certaines doses l'alcool ne détermine ces effets. Mais cette question de quantité est ici capitale, et les effets sont complétement différents suivant la dose. Il n'est pas logique de conclure des effets toxiques de l'alcool à l'action qu'il exerce lorsqu'on l'ingère à doses hygiéniques.

Il n'est pas plus exact de dire que la méthode de Todd consiste à « administrer l'alcool dans les maladies éminemment fébriles, la pneumonie par exemple ». Todd considère l'alcool comme le meilleur moyen à employer dans les maladies où il y a tendance à la dépression (*Clinical lectures*, London, 1860); il lui trouve le triple avantage de constituer un aliment facilement assimilable, de relever les forces du système nerveux et de maintenir la chaleur animale. Or, d'après M. Rabuteau, l'alcool n'est pas un aliment; il diminue la température. Il est donc assez singulier qu'il préconise l'alcool dans les cas où Todd l'employait en vertu d'idées complétement opposées. C'est qu'ici encore il faut distinguer. L'alcool n'a véritablement son indication dans les maladies inflammatoires qu'à l'époque où celles-ci se compliquent d'un état adynamique. Jamais l'alcool ne se trouve indiqué dans la fièvre inflammatoire franche et légitime de l'angine tonsillaire, du rhumatisme aigu, de la scarlatine, de l'embarras gastrique, de la pneumonie. Mais quand les réactions commencent à s'affaiblir et l'organisme à s'épuiser, c'est alors qu'on en obtient les meilleurs effets. De là son utilité dans les pneumonies typhoïdes, dans les bronchites avec asphyxie, dans les phlegmasies pulmonaires des vieillards. C'est son action stimulante, régulatrice sur le système nerveux épuisé que Todd invoque particulièrement. Encore une fois, quel rapport peut-il exister entre un pareil médicament et les chlorates, les azotates ou les alcalins avec lesquels on l'associe dans la classification que nous critiquons?

Nous signalerons encore dans les différents chapitres qui suivent bien des lacunes, qui relèvent également du même défaut d'observation et d'expérience clinique. C'est ainsi qu'à l'occasion du mercure il n'est fait aucune mention de l'éruption cutanée (hydrargyrie) consécutive à l'emploi des mercuriaux, surtout quand ils sont appliqués sur la peau. S'agit-il des indications de la diète lactée? Pas un mot de son emploi dans les hydropisies, et particulièrement dans l'hydropisie brightique, où elle fournit des résultats si remarquables.

Mais en revanche, au chapitre des substances hydrocarbonées, nous rencontrons un luxe particulier de recherches sur des substances fort intéressantes, sans doute, au point de vue chimique, mais qui nous semblent en thérapeutique absolument dénuées d'importance. A quoi bon tous ces détails sur la levulose, la sorbine, la phaséomannite que Vohl a extrait des haricots verts, la tréhalose, l'aleurone, etc.? La dextrine est d'un bon usage pour certains appareils. M. Rabuteau lui trouve une indication nouvelle dans les maladies du pancréas. Soit : il ne s'agit que de les reconnaître.

Les modificateurs de l'innervation sont étudiés dans la dernière partie du fascicule. Ils sont divisés en trois ordres, suivant qu'ils excitent ou diminuent le pouvoir réflexe ou qu'ils abolissent les fonctions des nerfs moteurs. Nous aurons sans doute occasion de revenir sur cette dernière partie, où l'auteur a exposé le résultat de nombreuses expériences et de recherches fort variées.

Après avoir parcouru l'ouvrage de M. Rabuteau, on se demande, en somme, s'il a satisfait à son programme et s'il nous a donné un véritable essai de thérapeutique scientifique. L'essai a été tenté, c'est ce qu'il y a de moins contestable, et une pareille tentative, quel qu'en soit le résultat, représente une certaine somme de travail digne, à coup sûr, d'encouragement. Mais pour mener à bien un pareil projet, il faut réunir à la fois les connaissances physico-chimiques et physiologiques à une expérience bien reconnue de thérapeutiste. Nous rendons volontiers hommage à l'auteur au premier point de vue, et il a fait preuve sans doute d'une remarquable érudition; mais pour tout ce qui concerne la thérapeutique nous demandons à faire des réserves. Nous demandons surtout que le thérapeutiste ne sorte pas ainsi tout armé de son laboratoire, confiant dans des résultats où la clinique n'a rien à voir, faisant sans grande façon litière de faits acquis par une longue pratique pour peu qu'ils contredisent à des principes établis sur deux ou trois expériences. On arrive de la sorte à proclamer sans preuve réelle l'efficacité souveraine de certains médicaments qui, *à priori*, et par suite d'inductions d'ordre purement théorique, paraissent appelés à une haute destinée. On multiplie sans nécessité les composés médicamenteux et l'on ajoute de bonne foi quelques noms nouveaux à cette interminable liste de drogues qui ne profitent, quand il y a profit, qu'au journal ou à l'officine. C'est affaire de pharmacie plutôt que de médecine.

« C'est toujours avec une riche profusion de remèdes et avec la plus grande confiance dans leur efficacité que la jeunesse médicale entre dans l'exercice pratique de sa profession. Cependant l'expérience ne tarde pas à démontrer l'inanité de cette prétendue richesse; le cercle des médicaments ordonnés se rétrécit d'année en année, et le médecin dont l'âge a mûri le talent se voit enfin obligé d'avouer que la surface de l'ongle suffirait presque pour y inscrire les remèdes de sa pratique. » Cette réflexion un peu humouristique du docteur Karell, contenue dans un mémoire lu il y a quelques années à la Société de médecine de Saint-Pétersbourg, nous a singulièrement frappé par son cachet particulier de haut bon sens et d'incontestable vérité.

VARIÉTÉS.

Glanes.

DE LA MANOMÉTRIE DES POUMONS OU PNEUMATOMÉTRIE COMME MÉTHODE DE DIAGNOSTIC. — Sous ce titre pompeux le docteur Waldenburg appelle l'attention sur l'observation de la force d'inspiration et d'expiration chez l'homme sain et chez l'homme malade. En attendant qu'il réussisse à faire passer dans la pratique son instrument et son procédé de spirométrie, espoir qui sans doute n'est pas près de se réaliser, l'auteur communique des observations qui sont intéressantes au point de vue de la physiologie pathologique. Chez l'homme sain, la pression de l'expiration est plus forte ou au moins égale à celle de l'inspiration. Ainsi, la hauteur de l'inspiration est chez l'homme adulte égale à une

colonne de 70 à 100 millimètres de mercure; l'expiration est au contraire de 80 à 120 millimètres. Chez la femme, l'inspiration mesure 30 à 80 millimètres; l'expiration, 40 à 90 millimètres.

Dans certaines affections pulmonaires, l'emphysème en particulier, la pneumatométrie donne des résultats curieux; en effet, l'inspiration conserve sa force normale, mais l'expiration devient beaucoup plus faible : ainsi, l'inspiration étant égale à 86 à 100 millimètres, l'expiration descend à 30 à 70 millimètres. La manométrie permettrait de reconnaître en l'absence de tous signes d'auscultation, l'insuffisance de l'expiration, c'est-à-dire le début de l'emphysème. Dans la phthisie, c'est au contraire l'expiration qui est plus forte, elle est égale à 50 à 60 millimètres, tandis que l'inspiration descend à 16 ou 30 millimètres. Dans l'emphysème, c'est le défaut d'élasticité du parenchyme qui diminue la force d'expiration ; dans la phthisie pulmonaire, c'est principalement l'amaigrissement des muscles inspirateurs qui abaisse la force d'inspiration. Nous ne mettons pas en question l'intérêt scientifique de ces expériences, mais nous pensons que le médecin praticien préférera étudier l'affaiblissement du murmure respiratoire dans l'emphysème, l'expiration prolongée dans la phthisie pulmonaire, plutôt que d'augmenter son bagage instrumental d'un baromètre ou spiromètre. Que celui-ci serve dans un hôpital à faire une étude exacte de ces symptômes et à en démontrer l'importance, c'est, à notre avis, la meilleure application que promette la pneumatométrie.

CONSERVATION DES CADAVRES. — L'Académie de Belgique, dans sa séance du 24 février, a entendu un rapport sur les résultats obtenus par le procédé du docteur Guillery. Il s'agit non pas d'obtenir un embaumement, mais de conserver des corps morts assez longtemps pour que, en temps de guerre ou d'épidémie, ou dans les voyages maritimes, ou dans un but de médecine légale, on puisse les conserver assez longtemps sans danger pour la santé publique. Le procédé du docteur Guillery consiste à entourer le corps d'une couverture de coton imbibée d'acide phénique. L'exemple mis sous les yeux de la commission académique a montré un cadavre en état de conservation suffisante pour ce but, quatre mois après la mort. Le procédé de M. Guillery est fort simple : il entoure le cadavre avec une couverture de coton imbibée de 5 litres d'eau contenant 100 grammes d'acide en dissolution. Puis dans les 7 à 10 jours, il rafraîchit la couverture avec un litre de la solution. Le cadavre s'est desséché, sans répandre d'odeur de putréfaction.

PROPAGANDE EN FAVEUR DE LA VACCINE. — Le *Medical Times* rapporte deux exemples très-différents par l'autorité des propagateurs de la vaccine et par les chances de succès que présente l'appel fait au public par ceux-ci. L'un, très-pratique, est une lettre adressée par l'évêque de Cork au clergé de son diocèse, lui recommandant d'engager les fidèles à se soumettre de bonne grâce à la vaccination, pour arrêter, autant que possible, l'extension de l'épidémie qui existe parmi eux. Le second est une innovation singulière : un éditeur californien offre de vacciner gratuitement tous les nouveaux abonnés de son journal.

MORT ET OBSÈQUES DE M. DENONVILLIERS.

M. Denonvilliers a succombé aux suites d'une affection du cœur qui avait, depuis quelque temps, porté une grave atteinte à sa santé. Il est mort subitement. Ses obsèques ont eu lieu mardi.

M. Denonvilliers, qui n'a jamais tenu une grande place dans la pratique chirurgicale de Paris, était pourtant un opérateur habile, un clinicien exercé et sagace, comme le prouvent ses travaux sur l'autoplastie. C'était, en outre, un écrivain distingué, un vulgarisateur élégant et sensé, comme il l'a montré dans le COMPENDIUM DE CHIRURGIE et dans quelques articles originaux, parmi lesquels nous pourrions citer l'article ABCÈS du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE; c'était enfin un professeur remarquable par la méthode et la diction. Il lui manquait peut-être de n'être pas assez accessible aux progrès légitimes de la science, et de ne pas tenir en assez haute valeur, dans ses fonctions d'inspecteur général de l'enseignement médical, les besoins de l'époque moderne.

Voici le discours prononcé sur sa tombe par M. le professeur Dolbeau :

La Faculté de médecine vient de perdre un des plus anciens de ses membres, un de ceux dont le talent a contribué à illustrer l'École de Paris.

En cette triste circonstance j'ai reçu la pieuse mission de rendre hommage à la mémoire du professeur Denonvilliers et d'exprimer sur sa tombe les regrets que nous inspira à tous la pensée de celui qui n'est plus.

Je suis un peu troublé, messieurs, de l'honneur qui m'incombe, et je ne puis me défendre de la crainte que l'orateur soit ici bien peu à la hauteur de l'illustre défunt. M. Denonvilliers eût certainement gagné à être loué par l'un de ses contemporains; les liens d'amitié qui nous unissaient l'un à l'autre peuvent seuls vous faire comprendre pourquoi le choix de la Faculté s'est fixé sur le plus jeune de la corporation, sur celui qui fut bien longtemps l'élève de M. Denonvilliers avant d'être appelé à l'insigne honneur de devenir son collègue.

C'est vers 1842 que M. Denonvilliers conquit par son talent, après un concours demeuré célèbre, la place de professeur d'anatomie; il succédait à Breschet.

D'abord prosecteur, puis chef des travaux anatomiques de la Faculté, notre collègue était absolument préparé pour l'enseignement de l'anatomie. On peut bien le dire, jamais chaire ne fut mieux occupée, jamais cours ne fut l'occasion d'un succès aussi soutenu, aussi légitime. Méthode parfaite, talent d'exposition, style sobre et correct, toujours une grande simplicité, parfois même une véritable éloquence, telles étaient les réelles qualités qui assuraient au jeune professeur le succès que je viens de rappeler.

Qui d'entre vous, messieurs, n'a conservé le souvenir de ces leçons vraiment magistrales! Vous n'avez pas oublié cette belle introduction à l'étude des sciences biologiques qui servait d'ouverture au cours de M. Denonvilliers. Jamais personne mieux que notre illustre maître n'a plus complètement démontré que l'anatomie est la base, le fondement de l'édifice de notre science médicale.

M. Denonvilliers enseigna successivement, et pendant de longues années, l'anatomie descriptive et l'anatomie topographique; non seulement il sut vulgariser les notions d'anatomie, mais encore il enrichit cette branche de nos connaissances de réelles découvertes qui sont dues à son initiative personnelle. Les aponévroses du cou, celles du périnée, les différentes régions du corps humain reçurent une description classique et presque définitive à dater de l'enseignement de M. Denonvilliers.

Des notions spéciales le professeur s'élevait parfois à des généralisations importantes. Je rappellerai à ce sujet une leçon demeurée célèbre dans les annales du concours, une leçon qui avait pour sujet : *Les organes des sens*. Ces organes, dont l'importance est si capitale, présentaient, à l'époque dont je vous parle, une réelle difficulté dans leur étude; ces difficultés tenaient surtout à l'insuffisance des descriptions. M. Denonvilliers sut éclairer ces ténèbres, et dans les dernières années de son exercice, en utilisant toutefois les recherches inédites de son ami Sappey, le professeur avait constitué l'anatomie des sens. Il avait su, par ses efforts, vulgariser la connaissance d'organes dont la pathologie devint moins obscure à mesure que l'anatomie de leurs parties constituantes en fut mieux connue.

Grâce à ses succès dans l'enseignement, M. Denonvilliers grandissait non-seulement dans la Faculté, mais encore dans l'Université. Son bon sens, sa connaissance approfondie des affaires le désignèrent bientôt pour faire partie de commissions importantes, tant pour régler certaines difficultés intérieures que pour délibérer sur les questions du haut enseignement. Ces diverses circonstances détournèrent forcément M. Denonvilliers de l'étude absolue de l'anatomie ; il sentit un jour que la science marchait sans lui, que l'anatomie générale se transformait, et que nécessairement son enseignement ne serait bientôt plus au niveau de la grande réputation du maître.

Entraîné dans une autre direction, débordé par les affaires et soucieux cependant de ses devoirs, M. Denonvilliers abandonna l'enseignement de l'anatomie pour occuper la chaire de pathologie externe, où il obtint un réel succès.

Plus tard, lorsque de la chaire de pathologie M. Denonvilliers passa à la chaire de médecine opératoire, laissée vacante par la mort de Malgaigne, notre collègue sut, aux nombreuses qualités qu'on lui connaissait déjà comme professeur, en ajouter de réellement nouvelles. A la clarté, à la méthode, qui sont si utiles dans la description des opérations, il joignit la discussion raisonnée touchant la valeur comparative des méthodes et des procédés. Le jugement si sûr, le bon sens si connu du maître eurent largement matière à s'exercer sur ce terrain nouveau.

Le cours de médecine opératoire professé par M. Denonvilliers appartenait à bon droit à l'enseignement de l'ordre supérieur. Ses leçons étaient de véritables modèles d'érudition et de critique judicieuse. La tradition tenait une large part dans cet enseignement, néanmoins tous les faits particuliers étaient exposés, commentés et utilisés au profit de la pratique chirurgicale. A la critique constante et parfois acerbe de Malgaigne, M. Denonvilliers substitua le jugement sévère et motivé du chirurgien d'hôpital ; au récit anecdotique et séduisant de son prédécesseur, préféra l'exposé dogmatique. La chaire y perdit de son brillant, le

cours fut certainement moins suivi, mais je crois être équitable en affirmant cependant que l'enseignement était supérieur.

Ce qu'il a fallu de travail à M. Denonvilliers pour constituer ce nouvel enseignement de la médecine opératoire, je ne saurais le dire, mais on peut supposer que l'effort a dû être considérable, et je me plais à insister sur cette circonstance que le cours de médecine opératoire était un cours très-travaillé par le titulaire. Il ne manquait à cet enseignement que le zèle ardent qui accentuait jadis le talent du professeur d'anatomie.

Il faut être jeune et bien portant, il faut surtout aimer l'enseignement pour faire un bon professeur. M. Denonvilliers possédait toutes ces qualités lorsqu'il débuta à la Faculté de médecine, mais plus tard, quand il succéda à Malgaigne, sa santé laissait déjà à désirer. Certes il lui restait l'habitude du travail, sa grande facilité d'assimilation, et par-dessus tout le sentiment du devoir à remplir; mais il n'avait plus l'ardeur des temps passés; pauvre ami, il avait la pensée sombre et le cœur brisé.

Comment, messieurs, ne pas tenir compte, dans les changements que nous avons tous constatés de l'horrible malheur qui vint un jour frapper notre pauvre collègue. Il perdit, vous vous le rappelez, il y a quelques années seulement, un fils beau, intelligent, capable de lui faire honneur dans l'avenir. Dès cette époque, toute l'activité du savant fut troublée par la douleur du père de famille.

Le professeur Denonvilliers était parvenu jeune à une position éminente; ceux qui l'ont connu savent combien il a travaillé pour conquérir cette situation brillante; pendant plus de vingt ans notre collègue a été l'un des professeurs les plus aimés, les plus suivis. Cette longue période de succès et de services rendus à l'enseignement comporte, vous en conviendrez, une somme énorme de travail et de force dépensée. Pour terminer une si belle carrière, en vue de l'avenir, il eût été désirable que ce maître renommé laissât une de ces œuvres qui se transmettent aux générations. M. Denonvilliers avait rêvé de terminer le Compendium de chirurgie en collaboration avec son fils. Plus tard, il songea un instant à publier un Traité de thérapeutique chirurgicale, mais il ne mit jamais ce projet à exécution.

Pour travailler, il faut poursuivre un but, c'est la nécessité qui pousse en avant la plupart des hommes. Celui qui a conquis sa position et qui persiste dans le travail a pour mobile la noble ambition de la postérité, ou bien encore la douce perspective d'un établissement pour ses enfants. M. Denonvilliers était simple et modeste ; il avait été frappé dans ses affections les plus chères ; il avait largement payé sa part dans le passé, pourquoi aurait-il travaillé davantage, lui qui n'avait plus ni ambition, ni espérance d'avenir ?

Le professeur Denonvilliers appartenait depuis plus de trente ans à la Faculté de médecine de Paris; on peut dire qu'il aimait la Faculté. Il l'avait connue grande et prospère, il protestait volontiers lorsqu'il entrevoyait pour elle la perspective d'un amoindrissement. Le zèle affectueux qu'il avait pour notre École était tel, qu'il s'opposait toujours à ce qu'on modifiât en quoi que ce fût la constitution de notre Faculté. Ce n'était pas croyez-le bien, messieurs, l'esprit de routine qui inspirait notre cher collègue ; comme je vous le disais, il avait connu la Faculté grande et puissante, il voulait qu'elle restât grande et respectée.

La mort de M. Denonvilliers est un véritable malheur pour ses amis, mais, je n'hésite pas à le dire, c'est la Faculté qui est le plus cruellement éprouvée. Elle perd aujourd'hui un de ses admirateurs les plus dévoués ; elle perd son défenseur le plus courageux et le plus convaincu.

M. Brown-Séquard a donné sa démission de professeur à la Faculté de médecine de Paris, et M. Vulpian a adressé déjà une demande de permutation de sa chaire en celle qui était occupée par le démissionnaire.

Nous avons des raisons de présumer que la mort de M. Denonvilliers et la retraite de M. Brown-Séquard deviendront l'occasion de nouvelles tentatives en faveur du rétablissement du concours.

—L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques vient d'arrêter les sujets des prix qu'elle se propose de décerner en 1873-74; en voici le programme :

1re Question — Un prix de 500 francs sera décerné à l'auteur du travail qui, sous la forme d'une *nouvelle*, d'un *conte*, de *sentences* ou de *publications illustrées* pouvant être mis entre les mains de personnes de tout âge et de tout sexe, présentera le tableau le plus saisissant des dangers de l'ivrognerie.

2e Question.—Rechercher les moyens pratiques de substituer, dans les habitudes des populations, en France, l'usage de boissons, non-seulement inoffensives, mais encore salutaires, telles que le thé et le café, celui des liqueurs alcooliques.

Le prix sera également de 500 francs.

3e Question.—Déterminer à l'aide de l'analyse chimique, de l'observation clinique et de l'expérimentation les analogies et les différences qui, sous le double rapport de la composition et des effets sur l'organisme, existent entre l'esprit-de-vin et les alcools de toute autre provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs.

Le prix sera de 1500 francs.

Les deux ordres de faits très-distincts qu'embrasse cette troisième question pourront être traités isolément.

Les mémoires devront être adressés pour les deux premières questions, au plus tard, le 31 mars 1873, et pour la dernière, le 31 décembre de la même année, au secrétaire général de l'Œuvre, rue Jacob, 52, à Paris, où sont également reçues les adhésions des personnes qui veulent s'associer à nos efforts dans la lutte que nous avons entreprise contre l'ivrognerie.

Le Secrétaire général, Dr L. Lunier. *Le Président,* Hippolyte Passy.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 29 juin au 5 juillet 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0.— Rougeole, 27.— Scarlatine, 2.— Fièvre typhoïde, 8. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 23. — Pneumonie, 36. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 8.— Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0 — Angine couenneuse, 6. — Croup, 6. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 199. — Affections chroniques, 277 (1). — Affections chirurgicales, 40. — Causes accidentelles, 13. — Total, 660.

Londres : Décès du 25 au 29 juin 1872, 1070. — Variole, 43; rougeole, 33; scarlatine, 11 ; coqueluche, 44 ; fièvre typhoïde, 16; diarrhée, 37 ; bronchite, 60 ; pneumonie, 41.

Bruxelles : Décès du 16 au 22 juin 1872, 75. — Variole, 0 ; rougeole, 0; fièvre typhoïde, 3 ; croup et angine, 0 ; bronchite et pneumonie, 3; entérite et diarrhée, 7.

Rome : Décès du 17 au 23 juin 1872, 159.— Fièvre typhoïde, 7; variole, 9 ; croup et diphthérie, 9; pneumonie, 7 ; bronchite, 7.

(1) Sur ce chiffre de 277 décès, 143 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Lehrbuch der Geburtshülfe, mit Einschluss der Pathologie, der Schwangerschaft und des Wochenbettes, par le docteur Karl Schroeder. 3e édition, avec 25 figures dans le texte. Bonn, chez Max Cohen et Sohn.

Des eaux minérales sulfureuses de Cauterets (Hautes-Pyrénées), par MM. les docteurs Moinet et Gouët. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson.

De la maladie expérimentale comparée à la maladie spontanée, par le docteur Lancereaux. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Des caractères généraux des affections catarrhales aiguës, par le docteur G. Borgeron. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 18 juillet 1872.

LE CANCER COMME SOUCHE TUBERCULEUSE : M. BURDEL.

La publication (1) que M. le docteur Burdel a récemment présentée à l'Académie est le complément d'un travail sur lequel Vigla avait fait en 1870 un rapport qui montrait l'importance des documents recueillis par l'auteur.

La méthode adoptée par M. Burdel et l'originalité des conclusions qu'il a déduites de ses recherches persévérantes, nous imposent le devoir de consacrer à ce petit livre une analyse dont nous ne regretterons pas l'étendue, si elle contribue à provoquer des recherches analogues à celles dont l'auteur offre un modèle.

Le docteur Burdel, étudiant à Vierzon l'étiologie de la phthisie chez ses malades, a été frappé de la fréquence de l'existence du cancer chez les parents non tuberculeux ayant donné naissance à des enfants tuberculeux. Poursuivant ses études pendant vingt-sept années de pratique dans un pays où il succédait à son père, et pouvant établir rigoureusement les antécédents des familles, il est arrivé à des résultats remarquables, autant par la précision des observations que par les conclusions qu'il en a déduites. — Nous examinerons d'abord les faits tels qu'ils ont été présentés par le docteur Burdel.

Sur plus de 100 familles cancéreuses, 75 ont fait souche de phthisiques, 79 cancéreux ont produit 237 tuberculeux.

32 observations citées comme exemple montrent avec quel soin l'auteur a suivi l'histoire de ces familles. Nous les avons toutes lues, étudiées, résumées, classées de diverses façons, et comparées entre elles, ce qui nous permet d'en présenter les résultats sous une forme très-succincte.

(1) *Le cancer considéré comme souche tuberculeuse*, par le docteur E. Burdel. — G. Masson. Paris, 1872.

32 cancéreux, constituant 32 familles, donnent naissance à 18 cancéreux, 61 tuberculeux et 31 individus exempts de l'une ou l'autre de ces diathèses; sur les 18 cancéreux nés de la première génération, 15 reproduisent 36 tuberculeux, 2 cancéreux et 14 individus indemnes. En réunissant les deux générations, on arrive à ce résultat que 32 cancéreux produisent 20 cancéreux et 97 tuberculeux et 45 individus indemnes, ou en d'autres termes à la première et à la seconde génération, les descendants en ligne directe des cancéreux comprennent : cancéreux, 12 pour 100; tuberculeux, 59 pour 100; indemmes, 29 pour 100. A la troisième génération on trouve seulement 4 cancéreux, dont deux sont nés de mère ou père cancéreux, un troisième de père tuberculeux, celui-ci ayant eu un frère et son père cancéreux, le quatrième né d'un père tuberculeux, mais ayant eu une grand'mère tuberculeuse [et cancéreuse. Ces chiffres sont fort remarquables, mais ils prennent une valeur plus considérable lorsqu'on les compare aux chiffres approximatifs de la fréquence du cancer et du tubercule. Il est sans doute regrettable que nous ne connaissions pas pour Vierzon, ou au moins pour le Berry, la proportion habituelle des décès par cancer et par tubercule, parce qu'il semble, à considérer les résultats précédents, que ces diathèses sont plus développées dans le Berry qu'en d'autres parties de la France. Nous devons nous contenter des chiffres approximatifs admis pour la France en général, ou au moins pour les parties de la France où le cancer et le tubercule sont fréquents.

M. Broca a montré que, dans des calculs de ce genre, on peut considérer que sur 26 individus il existe, suivant les probabilités, 1 cancéreux; appliquant cette proportion aux 132 enfants issus des 32 cancéreux, la probabilité serait de 6 cancéreux au lieu de 20 cancéreux, d'une part; en admettant, d'autre part, la moyenne de 10 pour 100 de décès de tuberculeux par rapport à la totalité des morts, le nombre des tuberculeux ne devrait être que de 16 environ, au lieu de

FEUILLETON.

Étude sur la prostitution en Chine.

(Suite et fin. — Voyez le numéro 25.)

On sait que la plupart des nations européennes se préoccupent chaque jour davantage de cette grave question. Il faut pourtant excepter l'Angleterre qui, jusqu'en 1864, a vécu sous le régime de l'*Uncontrolled prostitution* qu'elle a fini par abandonner en face des progrès alarmants du fléau syphilitique? Encore cet abandon n'est-il que restreint, car le contrôle ne se fait que pour l'armée de terre et de mer ; la prostitution dans ses rapports avec la partie civile de la population conserve toujours ses libres allures (1).

Des meetings se sont même formés pour le maintien de cette liberté, prétextant que la syphilis est un châtiment dont il ne faut pas priver ceux qui s'y exposent.

En Chine, l'état actuel, c'est-à-dire l'absence totale de toute police sanitaire, ne nous semble pas destiné à changer.

(1) Voici, à cet égard, quel est l'état des choses en Angleterre. En 1864, une première loi, applicable à quelques ports et places de guerre, fut remplacée en 1866, par la loi actuellement en vigueur, intitulée : *Act for the better prevention of Contagious Diseases at certain naval and military stations.* Elle s'appliquait seulement aux villes de Portsmouth, Plymouth, Woolwich, Chatham, Sherness, Aldershot, Windsor, Colchester, Shorncliffe, The Curragh, Cork et Queenstown. Un amendement du 11 août 1869 ajoute : Canterbury (Cantorbery), Dover (Douvres), Gravesend, Maidstone, Southampton et Winchester (dix-huit villes de garnison ou ports de guerre).

Voici, pour chaque cas délictueux, les principales formalités qui doivent être observées : Après serment de l'inspecteur de police, le juge de paix somme la femme à comparaître. Après jugement contradictoire, la femme est condamnée à une année d'inscription et de visites. Si elle est malade, elle peut être envoyée de force à l'hôpital. Elle ne peut être gardée plus de trois mois à l'hôpital sans un certificat signé du médecin et dont un double est remis à la malade. Enfin, à sa sortie de l'hôpital, la femme peut être, si elle le désire, transférée gratis dans le pays où elle résidait avant de se livrer à la prostitution.

(LA RÉDACTION.)

97. Il faut donc conclure, pour les deux cas, à l'existence d'une cause particulière.

Pour le cancer, l'hérédité semble ici démontrée dans la première génération, et cette influence héréditaire explique fort bien le chiffre obtenu. Mais pour la tuberculose, quelle est la cause de cette proportion si remarquable? En faisant la part de l'analogie de conditions dans lesquelles ont vécu ces diverses familles, en supposant même l'action de la contagion entre les enfants de la même famille, on est encore loin de s'expliquer ce nombre considérable de phthisiques issus de cancéreux, nombre qui est porté à 75 pour 100 de tuberculeux nés de cancéreux par les autres observations de M. Burdel. Doit-on admettre ici une de ces coïncidences que peut présenter toute statistique qui ne comprend pas une population étendue? M. Burdel ne le croit pas; il conclut que le cancer peut être considéré comme *une souche de tuberculose;* il établit une loi de transmission héréditaire et expose une théorie complète. Cette théorie s'appuie sur les faits précédents, sur des expériences et sur des arguments tirés de l'étude générale des diathèses. Nous examinerons successivement ces diverses parties.

Les chiffres présentés par M. Burdel sont tout à fait exceptionnels; ils ne tendent à rien moins qu'à prouver que la proportion de phthisiques nés de cancéreux est supérieure à celle des phthisiques nés de phthisiques telle que l'indiquent les statistiques les plus étendues (celles de Walshe, de Cotton et de Smith n'offrent qu'une moyenne de la moitié des phthisies ayant une origine héréditaire).

Pour juger de la valeur de ces proportions, il faudrait pouvoir les comparer avec d'autres statistiques; or, l'étude des rapports de la tuberculose avec le cancer ne nous donne malheureusement pas de renseignements pouvant par leur précision être opposés aux résultats de M. Burdel. Cette étude, comme nous l'avons montré ailleurs (article *Carcinome* du *Dictionnaire encyclopédique*), a subi des phases intéressantes à suivre; on a commencé par croire à l'antagonisme du cancer et de la tuberculose, mais on a trouvé dans quelques cas la coïncidence des deux produits diathésiques, tubercules et cancer, et l'on en est arrivé à montrer que les rapports des deux diathèses étaient assez intimes pour que, suivant Cooke et Sibley, on trouve des antécédents de phthisie chez le tiers des cancéreux environ. Enfin, des statistiques plus étendues de Holden, portant sur plus de 7000 individus, nous donnent la proportion des cancéreux chez les individus à antécédents tuberculeux, un peu inférieure à celle qu'on observe chez les individus sans antécédents tuberculeux reconnus.

Tous ces travaux aboutissent donc à ce résultat, que la tuberculose n'influe pas sur le développement du cancer. Malheureusement jusqu'à présent personne n'a dirigé les recherches dans le même sens que M. Burdel, de sorte que pour le sujet qui nous occupe ces statistiques démontrent simplement qu'il y a souvent coïncidence de cancer et de tuberculose dans les mêmes familles, et que les auteurs de ces recherches n'ont pas été frappés des rapports que M. Burdel a découverts. Ses chiffres restent comme un appel forcé à des statistiques recueillies avec le même soin, et tant qu'elles ne seront pas établies, il ne peut y avoir vis-à-vis de M. Burdel qu'une argumentation prenant ses moyens dans l'étude des diathèses.

Admettant théoriquement l'influence héréditaire du cancer par rapport au tubercule, on est obligé pour en expliquer la cause de pénétrer au fond des problèmes les plus complexes de la pathogénie des diathèses. En effet, il faut admettre que la diathèse cancéreuse peut se transformer par hérédité en diathèse tuberculeuse, ou bien que la diathèse cancéreuse est une des causes qui prédisposent à la diathèse tuberculeuse.

Sur le premier point, nous aurions longuement à discuter si nous voulions passer en revue les doctrines qui ont été soutenues, en particulier par MM. Bazin, Gigot-Suart, Pidoux, Luys, Morel, Moreau, la multiplicité seule des théories qui ont été proposées, nous conduirait à cette conclusion que dans l'état actuel de la science la mutabilité des diathèses est un problème qui n'a pas encore été résolu par des démonstrations rigoureuses. La possibilité de la transformation des produits diathésiques les uns dans les autres serait une démonstration péremptoire, mais les données de l'anatomie pathologique, quant à présent, sont en opposition complète avec la probabilité d'existence d'un pareil phénomène; M. Burdel cite bien quelques expériences où le cancer inoculé à des lapins aurait produit des tubercules, ou des abcès caséeux, mais nous savons avec quelle sévérité on doit éviter de conclure d'expériences de ce genre, surtout lorsqu'elles sont à l'état de faits isolés.

Dans les faits présentés par M. Burdel, nous trouvons pour presque tous les cas la manifestation de la diathèse tuberculeuse apparaissant chez l'enfant avant que le père ne présente la manifestation du cancer sous forme de tumeur ou de lésion organique des viscères; et, dans tous les cas, la manifestation cancéreuse chez les parents est postérieure à la naissance

---

Heureusement, comme nous l'avons fait ressortir au début de ce travail, les progrès du mal ne sont pas en raison de ce défaut de surveillance. Les plus récentes statistiques ont mis hors de doute qu'en France, l'affection contagieuse éclôt surtout parmi les filles qui appartiennent à la prostitution libre, tandis qu'elle ne se rencontre qu'à un moindre degré chez celles qui vivent de la prostitution privée. En Chine, il est vrai, les maisons ne sont soumises à aucune police sanitaire. Mais comme ceux qui tiennent ces maisons ont intérêt à ce que leur réputation reste intacte, ils exercent eux-mêmes une certaine surveillance. Quand ils s'aperçoivent qu'une femme est contaminée, ils la séquestrent, ce qui chez nous est impossible à faire; car ils ont toute action sur elle: ils l'ont achetée lorsqu'elle était enfant, ils l'ont élevée pour cette destination; elle leur appartient en toute propriété. La vie matérielle lui est d'ailleurs assurée; elle ne songe pas à une existence autre: quand les charmes de la jeunesse ont disparu et que la débauche en a flétrit le teint, elle est alors devenue sans valeur et exposée à se voir chassée de la maison qu'elle quittera pour entrer dans une autre d'un rang inférieur, jusqu'à ce qu'elle soit tombée dans la misère et obligée de recourir à la mendicité.

C'est à Tientsin qu'il faut voir ces pauvres créatures se tenant sur le seuil des maisons: elles sont horribles; car outre qu'elles apparaissent flétries par la débauche, elles portent encore les stigmates des excès de l'opium.

A Pékin, elles ne sont pas autant adonnées à l'abrutissante drogue, qui cependant fait chaque jour des progrès. Elles sont aussi plus confinées chez elles, on ne les aperçoit guère; aussi dirons-nous, comme trait distinctif de la prostitution dans la métropole chinoise, qu'elle est loin d'être aussi provocatrice que dans les grandes capitales de l'Europe, où elle est également le théâtre et l'occasion de scandales et de crimes; car la police chinoise semble ne se soucier que d'une chose, la tranquillité publique, qu'elle a soin d'assurer par la surveillance active exercée sur ces établissements.

des tuberculeux. C'est donc la diathèse cancéreuse en tant que prédisposition, et non la diathèse confirmée par le produit pathologique qui se transformerait en diathèse tuberculeuse. M. Burdel répondrait sans doute que cette même prédisposition diathésique produit chez un certain nombre d'enfants la diathèse cancéreuse, chez d'autres la diathèse tuberculeuse. La discussion porterait ainsi sur deux états également inconnus, sur deux diathèses qui ne se sont pas manifestées : quelles seraient alors les bases d'un raisonnement pouvant produire des conclusions précises? M. Marchal (de Calvi), en admettant la période amorphe pendant laquelle la germination cancéreuse resterait latente et comme endormie, constate plutôt qu'il n'explique ce fait que dans le cancer la manifestation se produit ordinairement à un âge avancé, ou que la transmission héréditaire peut laisser une génération indemne et se propager du grand-père au petit-fils ; M. Burdel ajoute à la *période amorphe*, la *période larvée diathésique*, celle qui précède la manifestation de la diathèse dans laquelle l'organisme est troublé plus ou moins profondément dans son état général, cette période correspondrait à la fermentation des troubles organiques dans laquelle « on sent que sous cette perturbation un orage organique se prépare en grondant sourdement, sans qu'on sache ni comment ni quand il doit se manifester ». Eh bien, nous l'avouons franchement, quand la méditation doit s'élever dans des régions où les comparaisons sont les bases du jugement, nous sommes conduits à conclure qu'il faut attendre pour se prononcer que la science ait dégagé des phénomènes plus saisissables, en d'autres termes, avant d'admettre la mutabilité de deux prédispositions qui ne se sont pas manifestées, nous voudrions être mieux renseignés sur les caractères même de ces prédispositions.

S'il était démontré, comme l'ont avancé MM. Bazin et Gigot-Suard, que le cancer est précédé de manifestations herpétiques et que le cancer est lui-même l'expression la plus dégénérée, la plus avancée de l'herpétisme, on pourrait alors concevoir les moyens de mieux définir les périodes de la diathèse dans lesquelles se prépare la manifestation ultime, mais M. Burdel lui-même, ne nous donne pas de renseignements précis à cet égard. En somme, avant d'admettre la transformation des diathèses par hérédité, nous croyons prudent d'attendre que nous connaissions mieux les conditions de l'hérédité pure et simple des diathèses.

Ces termes n'expriment pas un découragement qui rejetterait bien loin toute discussion, car il est permis d'espérer qu'on arrivera à connaître ces prodromes de la manifestation diathésique, puisqu'on est bien obligé de les admettre à titre d'hypothèse. Ainsi que l'a dit M. Reynaud, il est évident qu'on ne peut donner que ce que l'on a, et si la fille d'une cancéreuse engendrée avant l'existence du cancer chez la mère, devient cancéreuse elle-même, c'est qu'il y a eu transmission de quelque chose de plus qu'une simple prédisposition.

Il nous reste à examiner la seconde hypothèse, à savoir que le cancer est une des causes qui prédisposent à la tuberculose.

Cette hypothèse peut être émise sous des termes très-variables; ainsi, on dira avec Vigla, « qu'il ne répugne pas d'admettre que la résistance organique, comme l'entendait Bichat, une fois attaquée dans une famille, des dégénérescences diverses, suivant les aptitudes individuelles, viendront à se produire, ici le cancer, là le tubercule. On admettra, en appliquant les doctrines de M. Pidoux, que le cancer est une des origines multiples de cette maladie commune, sorte de *caput mortuum*, qui, sous le nom de *phthisie*, termine la série des maladies chroniques. Mais encore, si l'on veut trouver des bases solides à cette théorie, il faudra découvrir et montrer ce qu'est cette prédisposition spéciale, diathèse protéique ou indifférente, sans manifestations apparentes jusqu'au moment où elle se convertit, par l'hérédité, soit en tubercule, soit en cancer.

Dans cet ordre d'idées, on a plusieurs fois cité la remarque faite par M. Béhier, que le cancer de l'œsophage prédispose à la phthisie, nous comprenons que l'affaiblissement, les troubles nutritifs chez ces cancéreux soient favorables au développement de la phthisie, et d'ailleurs C. Moore a rencontré chez des cadavres de cancéreux la phthisie dans la proportion de 34 pour 100 ; mais ici on trouve anatomiquement des produits diathésiques superposés, distincts; la tuberculose est, suivant nous, dans ces cas, une coïncidence ou une complication en quelque sorte cachectique. Or, pour l'hérédité il en est autrement, et nous ne voyons pas comment un homme de vingt ans, qui deviendra cancéreux à cinquante ans, est déjà assez profondément troublé dans sa nutrition pour transmettre le tubercule qu'il n'a pas et n'aura pas.

De sorte que la seconde hypothèse n'est, au fond, qu'une expression particulière de la première hypothèse, nous dirions

---

Nous ne parlerons pas de la prostitution dans d'autres villes de la Chine, telles que Tientsin, Nankin, etc., etc.

On a aussi parlé très-souvent des bâteaux fleurs de Canton. C'est une spécialité dont l'aspect est infiniment moins poétique que le nom. Il n'y a pas que dans cet endroit qu'on la rencontre ; mais sa célébrité vient de ce que Canton est une des premières villes qui ait été connues et habitées par les Européens. Dans maints endroits on peut aussi remarquer sur les rivières de petites barques dont les patrons portent une sorte de tablier indiquant que chez lui l'étranger pourra trouver ce qu'il cherche quelquefois.

J'arrive maintenant à une question qui ne saurait être mieux placée qu'à côté de celle que nous venons de traiter.

Cependant le milieu où cette institution fleurit est sacré; mais n'importe : nous franchirons par la pensée l'enceinte impériale et nous verrons que dans ce même palais où trône un puissant souverain, il y a, à l'instar des cours asiatiques, toute une légion d'eunuques. C'est certainement là une des faces de l'hygiène morale de la Chine qu'il convient d'envisager, bien qu'elle comporte certains détails que nous nous efforcerons de voiler de notre mieux. Et puis ne s'agit-il pas d'une nation à propos de laquelle Grosier a dit :

« Les livres chinois doivent une grande partie de leur obscurité à ce que la chasteté de la langue ne permet pas de dénommer certaines parties du corps. » Nous ne chercherons pas à contester cette opinion.

Mais la sensualité de ce peuple, si elle ne se manifeste pas dans sa littérature, ainsi que le prétend notre savant auteur, s'affirme de bien d'autres manières. Il est difficile sans doute de ramener à une même unité la morale des peuples. Si l'on veut tenter des rapprochements et des comparaisons légitimes, il convient d'envisager les circonstances multiples de la vie sociale. Un fait peut avoir une haute signification si on le considère isolément, mais il s'amoindrira par la constatation d'un autre fait similaire et rentrant dans l'ordre d'idées d'où l'on cherche à dégager une formule destinée à asseoir un ju-

presque un pléonasme, puisqu'on y admet que la prédisposition à une diathèse peut se transmettre héréditairement.

Pour terminer cet examen des faits et de la théorie présentés par M. Burdel, nous constatons que la théorie comporte comme arguments réellement importants les faits de transmission observés par notre confrère. Nous reconnaissons qu'ils ont une grande valeur, qu'ils sont de nature à provoquer la méditation et la discussion, mais nous ne les considérons pas comme concluants, parce que, malgré leur nombre, ils ne comprennent pas des données assez étendues au point de vue d'une statistique générale. Dans tous les cas, M. Burdel peut à bon droit demander qu'on lui en oppose de contradictoires, et l'exemple qu'il donne est de tous points un modèle à suivre. S'il est démontré ainsi que M. Burdel a été égaré par une coïncidence très-singulière, il lui restera comme consolation le mérite d'avoir provoqué des recherches qui seront certainement fécondes en documents, sur la question si importante de la transmission du cancer et du tubercule, question à laquelle est lié le problème de la prophylaxie des deux diathèses les plus meurtrières entre toutes. Il s'agit ici d'un sujet de recherches qui appartient surtout aux praticiens, et plus encore à nos confrères qui, exerçant dans des centres restreints, peuvent seuls poursuivre des investigations complètes, prolongées, persévérantes, minutieuses et exactes dans l'histoire des familles.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Des effets du pneumothorax et de l'épanchement consécutif chez les phthisiques, par le docteur A. Czernicki.

Lorsque, il y a deux mois, M. Béhier vint apporter à la tribune de l'Académie la question, encore débattue, de la thoracocentèse, plusieurs orateurs firent ressortir l'influence que cette opération pouvait, selon eux, exercer sur la tuberculisation pulmonaire. M. Pidoux, entre autres, rappela cette opinion de Laennec que dans les *phthisies irrégulières*, tant qu'il y a épanchement, la diathèse reste stationnaire, mais qu'elle devient violente après sa disparition. M. Hérard, de son côté, appuya cette opinion en déclarant *que dans quelques cas la compression de l'épanchement peut enrayer le développement tuberculeux.* Des faits nombreux démontrent que cette proposition est entièrement vraie : j'apporte ici deux observations qui lui donnent une complète confirmation. Il s'agit de deux tuberculeux qui, arrivés à la troisième période de leur mal, furent, *in extremis*, frappés de pneumothorax suivi d'épanchement. Cet accident, si formidable et si redouté en général, enraya manifestement la diathèse et prolongea d'une façon inespérée la vie des deux malades. Ces deux faits se déroulant sous mes yeux presque en même temps (il y a trois ans) ne manquèrent pas de frapper mon attention ; je les recueillis fidèlement, comptant les faire servir un jour à une réhabilitation partielle du pneumothorax, que je considérais dès lors comme un calomnié. Je les livre aujourd'hui à la publicité, convaincu qu'ils sont de quelque valeur dans la question de la thoracocentèse appliquée aux tuberculeux.

Obs. I. — Le nommé Mallet, trente-deux ans, soldat au troisième grenadiers, entre à l'hôpital du Gros-Caillou le 5 mai 1869. Sa maladie remonte à dix-huit mois ; il a fait plusieurs séjours dans les hôpitaux et passé l'hiver à Amélie.

A son entrée au Gros-Caillou (service de M. Gerrier), on constata tous les signes d'une *tuberculose au troisième degré :* gargouillement, souffle caverneux énorme, bruits métalliques au sommet gauche; — râles sous-crépitants peu abondants à droite. Expectoration *très-abondante* de crachats *purulents;* émaciation considérable, sueurs profuses, fièvre hectique, dyspepsie invincible.

En cet état, le malade fut pris le 20 mai d'une suffocation subite avec douleur à gauche : on constata la formation d'un pneumothorax. Dès le lendemain les signes d'un épanchement liquide vinrent se joindre à ceux de l'épanchement gazeux. Pendant quatre jours, le malade resta entre la vie et la mort ; puis, lentement et contre toute attente, on le vit se relever. La dyspnée s'apaisa, la fièvre disparut, l'appétit revint.

Le 30 mai, on notait tous les signes de l'hydro-pneumothorax ; le malade produisait lui-même le bruit de flot en agitant sa poitrine. Le cœur était refoulé, sa pointe frappait à droite du sternum. Dans tout le côté gauche silence respiratoire complet ; à droite, respiration suractivée, quelques râles au sommet.

Pour abréger, nous ne suivrons pas le malade jour par jour. Son état général ne fit que s'améliorer : l'appétit devint excellent, la fièvre et les sueurs cessèrent, et, chose remarquable, l'expectoration changea complétement de caractère ; elle devint *parcimonieuse* et purement *glaireuse*. Cet état satisfaisant ne se démentit pas : le malade renaissait à l'espérance ; sa maigreur disparaissant de jour en jour, il déclarait qu'il n'était plus poitrinaire.

Un autre mal vint briser cette espérance : dans les premiers jours d'août, Mallet se plaignit de dyspnée : on trouva un léger épanchement à droite. L'étendue du danger fut reconnue ; l'épanchement fut attaqué par tous les moyens médicaux sans résultats. Il augmenta graduellement et enleva le malade le 29 août.

Autopsie.—Double épanchement pleural, plus abondant à gauche. De ce côté la séreuse est épaissie, dure, lardacée ; à droite, elle présente les signes d'une inflammation récente. — Le poumon gauche est aplati en haut et en arrière, fortement bridé, il ne descend que jusqu'à la quatrième côte. A son sommet on trouve les traces d'une large caverne dont les parois amenées au contact sont agglutinées, cicatrisées ; à la coupe, elle n'est représentée que par une ligne grisâtre, anfractueuse,

---

gement sérieux. La littérature chinoise peut être chaste, mais nul ne contestera que le fait que nous allons étudier ne soit pas une des monstruosités qui déshonorent le plus l'humanité, c'est-à-dire les peuples qui le pratiquent.

Les mœurs romaines n'échappent pas à cette réprobation ; les Chinois ne sauraient y échapper non plus. Ils ont du reste payé cher cette mutilation barbare et cette profanation de l'enfance ; car leur histoire montre à chaque instant de quel poids les eunuques ont pesé dans les bouleversements qui ont agité et souvent même entraîné la ruine de l'empire.

L'institution de l'eunuquariat a sans doute éprouvé bien des vicissitudes : préciser la date de son apparition est chose difficile; selon toute probabilité, elle remonte très-haut. Mais ce n'est que peu à peu qu'elle acquit une véritable importance. D'après M. Pauthier, ce fut l'empereur Ho-ti (deux siècles av. J. C.) qui le premier conféra des emplois publics aux eunuques.

Un peu plus tard, Ling-ti leur accorda toutes ses faveurs et ils devinrent tout-puissants à la cour.

Au IXe siècle, Hiouan-Tsoung, de la dynastie des Thang, un des principaux eunuques, fut nommé général d'armée, ce dont il profita pour élever à la faveur plusieurs de ses intimes.

Plus tard, Wen-tsoung, malgré ses velléités de réformer les abus, appela au ministère un nommé Wang-po, homme très-riche et qui, connaissant le crédit dont jouissaient les eunuques, leur avait donné mille pièces d'argent et cent mille pièces de soie.

Le même empereur vit bien qu'il fallait s'opposer aux empiétements de ce pouvoir sans cesse croissant. Mais les eunuques découvrirent le complot et massacrèrent 1600 mandarins, ce qui assura pour quelque temps leur omnipotence.

Le successeur de Won-tsung eut comme lui la volonté d'en finir avec eux, mais le projet n'eut pas de suite.

En 900, sentant leur crédit s'affaiblir, ils conspirèrent contre l'empereur Tchao-tsoung qu'ils firent enfermer. Mais celui-ci

de la largeur du petit doigt. — Deux autres petites traînées grisâtres témoignent de l'existence de deux autres cavernes de plus petit volume. A l'entour on rencontre des amas tuberculeux durcis et crétacés. — Le poumon droit présente à son sommet quelques petits îlots de tubercules non ramollis.

Obs. II. — Le nommé Daudeville, caporal au premier grenadiers, était atteint de pneumophymie depuis un an, lorsqu'il entra au Gros-Caillou le 1er juillet 1869. — A son entrée on constata un amaigrissement considérable, de la fièvre hectique, des sueurs, de la diarrhée. *Au sommet droit :* submatité, rudesse du murmure vésiculaire, craquements. *A gauche :* gargouillement et souffle caverneux indiquant une désorganisation étendue de l'organe. — *Expectoration purulente et abondante.*

Ces divers symptômes s'exagérèrent rapidement : la mort paraissait rapprochée. Le 29 juillet, le malade fut frappé de pneumothorax. Comme dans l'observation précédente, il s'y joignit un épanchement; il y eut une agonie de plusieurs jours et l'on vit encore les symptômes graves se dissiper. Tout le côté gauche devint le siége d'un épanchement liquide; la dyspnée se modéra; l'*expectoration purulente se tarit;* la fièvre et la diarrhée s'arrêtèrent; l'appétit revint. L'amélioration dans l'état général fut si notable, que le 22 septembre le malade demandait en grâce de quitter l'hôpital. On y consentit. La conviction générale était qu'il ne tarderait pas à succomber; mais quel ne fut pas l'étonnement de tous, lorsque le 15 février 1870, on vit D... revenir au Gros-Caillou! Il venait de passer une saison à Amélie, et, à son retour dans un climat moins doux, il avait hâte de chercher un refuge à l'hôpital.

Son examen révéla l'état suivant : côté gauche du thorax très-dilaté, matité absolue, silence complet. — Cœur porté à droite.

A droite : sonorité parfaite; respiration suractivée; quelques craquements au sommet.

Expectoration parcimonieuse sans crachats tuberculeux. Pas de fièvre; appétit excellent; accès fréquents d'oppression.

Le 2 mars D... se plaignit d'une dyspnée plus vive : un léger épanchement s'était formé à droite. En vue du danger, on proposa la ponction pour le lendemain; au moment de la pratiquer, le malade se trouvait mieux; le nouvel épanchement s'était en grande partie résorbé. Depuis ce jour D... ne traversa plus de pareil orage; il vécut tranquillement à l'hôpital et nous le suivîmes jusqu'au jour où la guerre vint nous séparer de lui, un an après la formation de son pneumothorax.

Réflexions. — Dans l'un comme dans l'autre cas, nous nous sommes donc trouvé en présence d'une mort imminente, que le pneumothorax et l'épanchement sont venus écarter.

L'analyse la plus simple fournit l'explication de ce phénomène. A quoi succombe un phthisique arrivé au troisième degré de son mal? A la fièvre hectique, aux sueurs, à la diarrhée, à la dyspepsie, ensemble d'accidents qui ont pour point de départ la fonte purulente du poumon. — Qu'est-il advenu au moment de la formation du pneumothorax et de l'épanchement? Le poumon malade a été subitement refoulé, comprimé; les parois des cavernes se sont rapprochées; *la compression a entraîné une anémie locale défavorable à la suppuration pulmonaire et à l'hypersécrétion bronchique.*

A partir de ce jour les symptômes sont en rapport avec cet état anatomique nouveau : l'*expectoration purulente se supprime* (fait capital indiquant clairement l'arrêt de la suppuration), la fièvre, les sueurs, la diarrhée, la dyspepsie, disparaissent, car leur générateur, l'ulcération pulmonaire, se cicatrise, l'autopsie vient nous le démontrer. En un mot, comme l'a dit M. Béhier dans ses Leçons cliniques, à une pneumophymie a succédé une pleurésie chronique : affection, disons-le, moins grave, moins ruineuse. D'autant moins grave que nos malades avaient un poumon presque sain. C'est là la seule et nécessaire condition qui puisse faire supporter la formation d'un pneumothorax; si les deux poumons sont également désorganisés, l'accident est évidemment mortel par insuffisance de la respiration.

Dans cet état nouveau, la vie est subordonnée au poumon resté seul; il devient organe noble par excellence, sa moindre atteinte mettra l'existence en péril. La pleurésie du côté sain a tué notre pauvre malade et menacé le second; il faut la redouter à chaque instant. La pleurésie chronique qui a succédé au pneumothorax est, en effet, incurable, et la plèvre saine peut s'enflammer par surcroît d'activité, par sympathie ou par contiguïté.

Quoi qu'il en soit, malgré ce pronostic nécessairement fatal, le pneumothorax peut, chez les phthisiques, écarter la mort pendant un temps assez long. Le terme le plus long paraît avoir été de trois ans et demi; le cas a été rapporté par Barlow.

La guérison n'a pas été observée si l'on en juge par les observations de pneumothorax recueillies dans la thèse de Saunier et les leçons de M. Béhier. Une analyse statistique des faits répandus dans les auteurs serait intéressante, car, en lisant les travaux précédents, nous avons rencontré plusieurs observations semblables aux nôtres et qui appuient les *conclusions* que nous en tirons.

1° Le pneumothorax est par trop considéré comme un accident funeste; dans certains cas il peut être avantageux, et sa formation est à souhaiter chez les malades analogues à ceux que j'ai observés.

2° Évacuer par la thoracocentèse l'épanchement qui en est la conséquence serait évidemment, chez les tuberculeux, une pratique funeste ayant pour résultat de rallumer un processus rapidement mortel.

---

fut délivré bientôt, et après quelques alternatives de revers et de succès ils furent tous massacrés non-seulement à la cour, mais dans toutes les provinces de l'empire où ils monopolisaient les plus hauts emplois civils et militaires.

Cependant cette vaste immolation ne devait pas les empêcher de reparaître.

Ils ne furent pas heureux, il est vrai, sous la dynastie mongole où ils n'eurent qu'un rôle très-effacé; mais ils n'en continuèrent pas moins leurs intrigues jusqu'à ce que le moment leur parût propice à ressaisir leur influence.

Les commencements de la dynastie des Mings ne leur furent guère favorables. Les souverains éclairés qui gouvernaient alors, savaient qu'il leur était difficile de les supprimer d'emblée; mais ils déployèrent une grande énergie à les tenir à l'écart et à les maintenir dans des fonctions purement domestiques; l'édit de 1371 les exclut de tous les emplois publics.

En 1468, les choses changèrent en leur faveur, et Hiantsoung décréta l'établissement d'un tribunal d'eunuques chargés d'instruire le procès de tous les mandarins soupçonnés de conspiration. Ils profitèrent de cette arme terrible pour perdre les hauts personnages qui leur étaient hostiles. En 1625 ils avaient reconquis les grands emplois, et l'on en comptait plus de douze mille à la cour. La dynastie mandchoue semblait aussi devoir leur être plus favorable que la première dynastie tartare.

Mais leur fièvre de ressaisir le pouvoir devait encore leur être fatale.

Après la mort de Chunchi et sous la régence qui vint après, quatre mille d'entre eux furent expulsés, et leur principal chef fut décapité. Sur une table d'airain on grava une sentence mandant qu'à l'avenir les souverains seraient privés du droit de conférer aucune dignité aux eunuques. Les successeurs du grand Cang-hi semblent, en effet, avoir à cœur de maintenir cette subordination.

Cependant, toute amoindrie qu'elle fût, leur influence se fit toujours sentir, et les historiens peuvent en toute conscience

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

OBSERVATION DE KYSTE HYDATIQUE DU FOIE, par le docteur Louis MONOD.

OBSERVATION. — *Kyste hydatique volumineux du foie. Trois ponctions avec aspiration du liquide au moyen de l'instrument de M. Dieulafoy. Guérison.* — Le nommé L..., concierge dans l'avenue de la Grande-Armée, âgé de quarante-neuf ans, marié et père de famille, a joui jusqu'à la fin de l'année 1866, d'une constitution robuste, et n'a jamais fait de maladies graves avant cette époque. Le 21 octobre 1866, étant employé à la gare de Lyon, il fut violemment tamponné par un wagon de marchandises en mouvement. Le coup porta vers la partie postérieure et inférieure de la poitrine à droite, à la hauteur du foie. L..., près cet accident, garda le lit, puis la chambre pendant trois mois. Des vomissements et des crachements de sang joints à une toux fréquente, avaient fait redouter d'abord une déchirure du poumon, mais rien ne vint justifier cette crainte. Lorsqu'au bout de trois mois L... put reprendre son travail, il toussait encore un peu, et éprouvait souvent d'assez vives douleurs au côté droit. De plus, il n'avait pas retrouvé ses forces d'autrefois. Au commencement de l'année 1867, il remarqua que son « estomac » commençait à grossir et que ses digestions étaient souvent languissantes ou troublées. Dès lors il maigrit et s'affaiblit, mais lentement, puisqu'il ne se vit contraint que vers la fin de 1868 d'échanger son travail habituel contre une occupation sédentaire.

J'ai eu l'occasion de voir L... une première fois et passagèrement en janvier 1870. Depuis six mois environ il était atteint d'un ictère très-intense; en même temps les troubles digestifs étaient devenus chez lui plus fréquents et plus sérieux. Outre l'aspect que lui donnait la coloration caractéristique de l'ictère, je lui trouvai un air souffrant, des traits tirés qui contrastaient avec son embonpoint apparent, dû à la distension considérable de toute la région abdominale supérieure. L'examen du ventre me fit alors constater les particularités suivantes : le foie remplissait tout l'hypochondre droit et débordait les fausses côtes de plusieurs centimètres, et sur sa face antérieure, faisant corps avec lui, on remarquait une tuméfaction arrondie assez régulière, grosse à peu près comme le poing, mate, sans fluctuation sensible, assez dure au doigt et présentant cependant un certain degré d'élasticité vers son centre. Mon impression fut que j'avais à faire à une collection liquide enkystée dont l'origine devait remonter à l'accident survenu en 1866. Deux ou trois jours après, M. le docteur Potain, examinant à sa consultation ce malade que je désirais faire entrer dans son service, diagnostiquait un kyste et proposait à L... une ponction que celui-ci accepta d'abord, mais dont après réflexion la perspective l'effraya sans doute, car non-seulement il n'entra pas à l'hôpital, mais encore il partit pour la campagne sans m'avoir revu, et je n'entendis plus parler de lui pendant dix-huit mois.

C'est à dater du 23 juin 1871 que mon intervention ayant été de nouveau réclamée par L..., j'ai pu le voir et l'étudier plus complétement que je ne l'avais fait jusque-là. Voici, d'après mes notes, le résultat de ce deuxième examen.

Je suis tout d'abord frappé du changement qui s'est produit chez mon malade. Je le retrouve plus jaune, plus souffrant, plus fatigué que jamais. Il ne peut se livrer à aucun travail exigeant quelque dépense de forces.

Son *état général* est celui d'une cachexie grave, lente mais progressivement croissante ; l'amaigrissement a beaucoup augmenté ; l'ictère a persisté et s'est même accentué davantage. Ce n'est plus la teinte soufrée du début, mais une teinte plus foncée rappelant la couleur gomme-gutte et répandue sur tout le corps avec une égale intensité. Les troubles digestifs ont été fréquents et le sont encore. Il y a des alternatives de constipation et de diarrhée, mais la constipation domine. Les matières sont grisâtres ; l'urine, souvent chargée et rare, offre la coloration brune caractéristique. Les vomissements ont été fréquents ; ils étaient le plus souvent aqueux, rarement alimentaires, et survenaient presque toujours le matin au lever. L'appétit est capricieux ; vite apaisé, il se réveille vite ; la soif est continuelle et vive, la langue peu chargée, mais collante et rouge sur les bords. Du côté de l'appareil circulatoire il y a eu à deux reprises des désordres graves. En novembre 1870 et en février 1871, L... a été pris d'hémorrhagies nasales qui ont nécessité l'intervention de médecins. On a dû recourir au perchlorure de fer, à la glace, et en dernier lieu au tamponnement antérieur et postérieur. La première fois les épistaxis se sont répétées pendant douze heures environ ; la seconde fois pendant sept heures, et leur intensité paraît avoir mis la vie du malade en danger. Depuis lors il n'y a plus eu d'hémorrhagies, même légères.. D'autres troubles circulatoires ont eu un caractère purement local ; ainsi il y aurait eu du gonflement des jambes ; mais je n'en trouve pas trace actuellement. Le pouls est un peu mou et lent, mais régulier ; le cœur est sain ; il existe seulement un bruit de souffle doux à la base des gros vaisseaux.

Rien à noter du côté de la poitrine, sauf l'essoufflement dû à la distension de la partie sous-diaphragmatique du thorax. Il n'y a eu à aucune époque de troubles nerveux proprement dits. On me signale cependant des insomnies, des maux de tête très-fréquents et très-intenses. L... n'accuse pas une grande sensibilité au niveau du foie ; cependant il dit y ressentir quelquefois des douleurs fugaces. Ce dont il se plaint surtout, c'est d'un point douloureux fixe, siégeant à l'épaule droite.

La peau est sèche à l'ordinaire, mais l'exercice, la chaleur du lit, provoquent des transpirations abondantes. De plus, il y a souvent, sous l'influence des mêmes causes, des démangeaisons vives. Notons enfin au nombre des troubles sensoriels cette perversion assez commune du goût qui fait trouver aux aliments une saveur terreuse, et, chose plus remarquable, une véritable *héméralopie*. Au grand jour le malade distingue nettement les objets, qui lui paraissent seulement jaunâtres ; mais dès que le jour baisse, sa vue commence à se troubler, et, quand la nuit est venue, il dit qu'il se sent « presque aveugle » (1).

Le traitement, depuis un an et demi, a été purement palliatif. Il a consisté extérieurement dans cinq ou six applications de vésicatoires volants, des onctions avec une pommade fondante, quelques bains de Baréges. A l'intérieur, le malade a pris de l'eau de Vichy, des pilules purgatives et diverses boissons rafraîchissantes, le tout sans grand résultat.

(1) L... voit la lumière qui éclaire sa chambre, le feu qui brûle dans sa cheminée, mais au dehors il n'aperçoit pas même à quelques mètres de distance le feu des becs de gaz. Il fait remonter à quatre ou cinq mois l'époque de l'apparition de ce symptôme. J'ai cru devoir noter ce phénomène intéressant, qui a été signalé déjà dans quelques cas de l'ictère chronique, et qui a été attribué par les ophthalmologistes à la présence de la matière colorante de la bile dans la couche des bâtonnets. L'examen ophthalmoscopique n'a fait découvrir en pareille circonstance aucune lésion appréciable.

---

les considérer comme une des causes qui ont entraîné la ruine progressive de l'empire chinois.

A l'heure présente, il est difficile de définir exactement le rôle qu'ils jouent à la cour ; sans qu'il soit exactement possible d'en fixer le chiffre, il est probable qu'ils sont en assez grand nombre.

Comme parti politique, leur influence est peu considérable et, en tout cas, fort indirecte.

Le régent de l'empire, le prince de Kong, les déteste ; ce qui ne l'empêche pas cependant d'avoir une domesticité très-richement émaillée d'eunuques.

Ce prince rencontrait un jour dans les jardins du palais l'eunuque nommé Han, très-cher à l'impératrice mère ; ce Han lui fit remarquer la haute distinction dont il venait d'être honoré : la veille, en effet, il avait reçu la plume de paon. « Je vous en félicite, lui dit le prince, cette plume orne votre cou mais ne le protége guère. » C'était une prophétie. A quelque temps de là, vers le mois de mai 1869, Han voyageant dans le Shan-Tong se rencontra avec San-kouo-fan, généralissime des troupes tartares, et qui, comme le prince, détestait Han. Celui-ci s'était servi du sceau impérial, crime capital. San-kouo-fan fit sur-le-champ appréhender l'eunuque Han, qui eut la tête tranchée. L'impératrice en conçut une amère tristesse ; elle fut longtemps inconsolable ; le bruit de sa mort se répandit même, puis elle finit par surmonter sa douleur.

Il faut bien le reconnaître, l'institution des eunuques dure toujours, mais sans donner les exemples de scandale des temps passés.

Ils sont à la cour, chez les grands, chez les riches. Cependant la loi ne les autorise que pour les princes du sang. Ainsi à la section 379 du code pénal il est dit :

« La prérogative de posséder des eunuques est réservée aux princes de la famille impériale. »

Nous devons ajouter que ce n'est plus qu'à Pékin qu'ils existent. Ils sont un objet de luxe et de divertissement. On ne

État local. — Toute la partie sus-ombilicale du ventre est, ainsi que je l'ai dit, considérablement distendue. On peut évaluer à 1m,10 au moins la circonférence de ce segment de l'abdomen ; le foie est énorme, il déborde les fausses côtes de 11 à 12 centimètres, et sa hauteur atteint 20 centimètres. La percussion le limite supérieurement à 2 centimètres environ au-dessous du mamelon, tandis qu'en bas on sent nettement son bord inférieur à droite et à la hauteur de l'ombilic. A gauche, le foie occupe toute la région épigastrique et sa matité dépasse de 4 à 5 centimètres la ligne verticale médiane ou xiphoïdo-ombilicale. L'hypochondre gauche est rempli par l'estomac habituellement tympanisé ; le son est clair dans toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen ; il n'y a pas trace d'ascite.

La saillie formée par la tumeur du foie est beaucoup plus accusée qu'elle ne l'était lors de mon premier examen. Elle forme une convexité non plus arrondie, mais oblongue dans le sens horizontal. Cette convexité est d'ailleurs assez régulière, sans sillons ni dépressions, et ne paraît pas constituée par plusieurs bosselures juxtaposées. Son point culminant se trouve à peu près à l'extrémité d'une ligne verticale de 14 à 15 centimètres, qui serait abaissée du mamelon droit. La tumeur se prolonge d'ailleurs moins à droite de ce point que vers la gauche, où elle atteint la ligne médiane. Ses limites sont difficiles à fixer et son volume impossible à évaluer, parce qu'elle se perd dans l'épaisseur de la substance même du foie. Elle fait corps avec celui-ci, et la peau, parfaitement saine, glisse librement à sa surface. Indolente à la pression, cette tumeur offre, dans une petite étendue il est vrai, une élasticité assez marquée. La percussion donne partout un son mat, sans frémissement vibratoire ; mais si, plaçant la main à plat à droite du point le plus saillant, on fait percuter légèrement sur la gauche et à quelque distance de ce point, on éprouve une sensation assez obscure de fluctuation que je n'avais pas constatée jusqu'ici. L'auscultation combinée avec la percussion ne donne qu'un résultat négatif.

Telles étaient les conditions dans lesquelles je trouvai le malade en juin 1871. Mon excellent ami et collègue, le docteur L. Leroy, voulut bien l'examiner avec moi ; il me confirma dans la pensée que nous étions en présence d'une vaste tumeur kystique, et me décida à tenter la ponction. Celle-ci nous parut en effet indiquée, autant comme point de départ d'un traitement actif, que comme moyen d'assurer le diagnostic. Nous convînmes de la pratiquer avec l'instrument de M. Dieulafoy, qui nous offrait toutes les chances possibles de succès, et à l'aide duquel nous comptions obtenir en plusieurs fois l'évacuation complète du kyste, si la première tentative réussissait.

En conséquence, le 1er juillet 1871, nous pratiquons une *première ponction* (1) au point culminant de la tumeur hépatique, c'est-à-dire à 4 centimètres et demi au-dessous du rebord des fausses-côtes, et à 7 centimètres environ au-dessus du bord inférieur du foie. Cette ponction donne issue en un quart d'heure à 2 litres d'une eau parfaitement limpide et incolore ; c'est le liquide des collections hydatiques. La piqûre a été faite avec le trocart explorateur n° 3 (ancien système, le dard indépendant de la canule). L'aspiration s'est effectuée facilement, sans aucun temps d'arrêt. Le kyste est loin d'avoir été vidé dans cette première séance, mais nous avons cru devoir arrêter l'écoulement, parce que le malade éprouvait une sensation de faiblesse et de vide dans la région épigastrique et que nous redoutions une syncope.

Après l'opération, repos au lit. Deux bouillons le jour même, alimentation légère le lendemain. Dès le surlendemain, L... se lève et mange à sa faim ; à part cette sensation de vide dont il a été question, nous n'avons pas eu le plus léger trouble à noter. Au bout de trois ou quatre jours les urines se sont éclaircies, les gardérobes sont colorées par la bile ; le huitième jour, je constate une diminution notable de l'ictère ; l'appétit a reparu. De plus, le ventre a diminué : sa circonférence au niveau de la tumeur mesure 1 mètre. La tumeur elle-même, dont le volume est visiblement réduit, contient cependant encore du liquide, et comme elle n'est plus aussi tendue, la fluctuation s'y perçoit d'une manière très-nette.

Le 11 juillet, encouragés par ce premier résultat, nous pratiquons une *deuxième ponction* à 3 centimètres en dehors de la première, et sur la même ligne horizontale. Nous nous servons de la canule aiguillée n° 2 de l'instrument de M. le docteur Dieulafoy. Elle donne issue à un liquide un peu plus dense, mélangé de bile et contenant en suspension des débris membraniformes blanchâtres. L'écoulement, assez promptement ralenti, s'arrête spontanément après l'évacuation de 300 grammes de liquide. Nous en concluons que nous avons pénétré cette fois dans une cavité distincte de celle que nous avions vidée en partie lors de la première ponction. L... n'éprouve ni douleur ni faiblesse aussitôt après l'opération. Nous recommandons le repos et nous comprimons la région hépatique au moyen d'un bandage de corps.

Le soir, des douleurs d'estomac accompagnées de vertige et de nausées m'obligent à desserrer le bandage.

Le 12, au matin, le malade va bien, mais par prudence je lui fais garder le lit.

Le 13, il passe la journée dans son fauteuil et mange un peu de viande. Il a l'estomac distendu par des gaz et se plaint d'éructations fréquentes (magnésie et charbon associés). Du 13 au 14, cinq à six gardes-robes liquides le soulagent beaucoup.

Le 14, l'état général est excellent.

Du 14 au 24, L... va et vient et vaque à ses occupations, bien qu'il reste un peu faible et que l'appétit soit médiocre. Les digestions se font néanmoins beaucoup mieux : les selles, au nombre de deux à trois par jour, sont molles et bilieuses ; l'ictère a presque entièrement disparu, cependant les sclérotiques conservent une teinte jaunâtre.

L'amélioration dans l'état local est sensible : *circonférence du corps au niveau du foie*, 96 *centimètres ; hauteur du foie*, 16 à 17 *centimètres ; distance du rebord des fausses côtes à son bord inférieur*, 8 *centimètres ; de son bord inférieur à la ligne horizontale passant par l'ombilic*, 35 *millimètres*. Supérieurement, la percussion assigne au foie les mêmes limites qu'au début du traitement (2 centimètres au-dessous du mamelon). A gauche, l'organe ne remplit plus la région épigastrique. La percussion donne un son mat jusqu'à la ligne médiane ; au delà on trouve la sonorité de l'estomac, qui n'est pas refoulé dans l'hypochondre gauche ; enfin la tumeur paraît s'être aussi rétrécie ; elle n'est plus oblongée, mais redevient plutôt globuleuse avec une saillie assez accusée à son centre.

Le 24 juillet, *troisième ponction*, pratiquée à 3 centimètres en dedans de la seconde, avec la même canule (n° 2). Nous obtenons 1 litre et demi environ d'un liquide coloré par la bile, mais moins dense que celui de la dernière évacuation (1). Cette opération, comme la précédente, est très-bien supportée. La nuit suivante cependant L... éprouve quelques frissons légers, suivis d'une transpiration abondante. La journée

(1) Le docteur L. Leroy a bien voulu pratiquer cette première ponction et me prêter son utile concours pour les suivantes.

(1) Ce liquide a été recueilli et examiné au microscope par le docteur L. Leroy. Il contenait des débris d'acéphalocystes et des crochets en petit nombre, mais très-distincts.

---

peut plus les rendre responsables de l'état de chose politique qui périclite sans eux.

L'eunuquariat chinois n'est plus guère qu'un fait moral.

L'origine de la castration n'a pas ici la couleur mythologique dont la Grèce a revêtu cette pratique : le Saturne chinois n'a pas exercé cette terrible vengeance envers le dieu Cœlus.

Cette origine est beaucoup plus vulgaire. C'est un supplice qu'on infligeait pour certains crimes ; peu à peu il a disparu de la législation pour tomber dans le domaine de la fantaisie et du caprice ; mais comme c'était une mode coûteuse, on prit soin de régler l'opération de manière à en assurer le succès.

On fabriqua les eunuques. Cette industrie fit naturellement des progrès et arriva à une véritable perfection. En effet, les échecs sont très-rares.

Voici le procédé qui, bien entendu, n'est décrit dans aucun ouvrage comme pour prouver le renom de chasteté que le P. Grosier a fait à la langue sinique.

Un eunuque riche achète un enfant à une famille pauvre. Cet enfant doit avoir de sept à dix ans. Il reste enfermé quinze jours et soumis à un régime alimentaire très-sévère ; il mange peu.

C'est là le premier temps de l'opération et les préliminaires indispensables à sa réussite. Quand on juge qu'il est suffisamment débilité et que la fièvre inflammatoire ne sera que faiblement à craindre, on procède au deuxième temps de l'opération. On prend une mixture composée généralement de dix plantes considérées comme spécifiques, c'est-à-dire ayant des propriétés altérantes et stupéfiantes. Nous nous dispenserons de les décrire.

Trois fois par jour, on verse sur les parties ladite mixture, et on les tient enveloppées d'un linge imbibé de ce liquide.

Vers le quatrième ou cinquième jour, l'insensibilité locale commence : le régime alimentaire diminue de rigueur.

Le troisième temps de l'opération est alors arrivé.

Il consiste en torsions graduées exercées sur tout l'appareil génital. Bientôt de petites eschares apparaissent disséminées

du 25 se passe bien, mais le 26 je trouve le malade assez souffrant. Il se plaint depuis le matin de douleurs spontanées, comparables à des pincements et à des tiraillements, et siégeant au niveau du bord inférieur du foie au-dessous et un peu en dehors des points ponctionnés. La pression provoque ces douleurs ; elles augmentent ou se réveillent quand le malade se couche sur le côté gauche ; dans ce cas il sent, dit il, le foie se déplacer, et alors les tiraillements deviennent très-forts, pas de sensibilité générale du ventre, pas d'envies de vomir. Il y a eu trois garderobes depuis la veille, l'appétit est conservé. Pouls à 84. Il y a encore des sueurs pendant la nuit, mais sans frisson initial. J'attribue cette douleur à la formation d'adhérences péritonéales au voisinage des piqûres (badigeonnage avec du laudanum et cataplasmes).

Le 27, les douleurs ont persisté ; je trouve même la sensibilité à la pression plus étendue. L'état général continue à être satisfaisant (badigeonnages de teinture d'iode *loco dolenti*).

Le 29, les douleurs ont beaucoup diminué, mais le malade est condamné au décubitus dorsal sous peine de les voir se réveiller. Les sueurs nocturnes sont toujours abondantes ; peu de sommeil (prescription : pilules d'extrait thébaïque et d'agaric).

Le 31, les douleurs n'existent plus que dans le décubitus sur le côté gauche. L'état général est excellent. La circonférence du tronc au niveau du foie n'est plus que de 94 centimètres.

Rien à noter du 1er au 6 août ; du 7 au 11, le malade est très-éprouvé par une diarrhée abondante, glaireuse, avec quelques épreintes. Il y a de dix à douze garderobes par jour (purgatifs salins et opium). Le 12 la diarrhée est arrêtée et le malade va bien.

Vers le 20 août apparaît une éruption d'*herpès zona* embrassant toute la demi-circonférence droite du tronc à la hauteur du foie. Deux ou trois petits groupes d'herpès existent au niveau des points ponctionnés. Des douleurs superficielles assez vives parfois, et comparables à des coups de lancette, accompagnent cette éruption qui disparaît complétement à la fin d'août.

A partir de cette époque aucune complication n'est venue entraver les progrès généraux et locaux de notre malade. Dès les derniers jours d'août, la circonférence du tronc au niveau de la région hépatique était descendue à 92 centimètres ; la hauteur du foie à 13 centimètres environ. L'organe ne dépassait les côtes que de 5 centimètres au plus ; enfin, à gauche, la matité, loin de dépasser la ligne médiane allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic, ne l'atteignait même pas, et tout l'épigastre était sonore à la percussion.

Le 7 septembre, je note les détails suivants : le ventre de L... a diminué depuis la fin de juillet, de manière à surprendre toutes les personnes qui le connaissent. *Circonférence*, 91 centimètres ; *hauteur du foie*, 12 centimètres ; *distance du bord inférieur aux fausses côtes*, 4 centimètres ; du bord inférieur à la ligne horizontale passant par l'ombilic, 7 à 8 centimètres (1). L'aspect de l'organe a bien changé ; la saillie, naguère formée par la tumeur kystique a disparu, et la palpation ne rencontre aucun point élastique ou rénitent. La surface de la glande hépatique, toujours un peu convexe, offre une dureté et une résistance uniformes. En même temps l'état de L... est des plus satisfaisants, et lui-même se considère comme guéri. Il commence à engraisser, ses joues se remplissent à vue d'œil ; l'ictère n'a laissé aucune trace ; les joues se colorent, l'appétit est excellent. L... ne se sent pas encore capable de gros travaux, mais il est toute la journée sur pied. Il dit que les tiraillements se produisent parfois encore dans le décubitus sur le côté gauche, mais ils ne constituent plus à proprement parler une douleur.

Après un mois et demi environ, vers le mois de novembre, j'ai revu L... une dernière fois, et ce nouvel examen m'a montré qu'il était toujours dans le même état. Il avait encore engraissé, et j'attribuai à cette cause un léger accroissement de la circonférence du tronc qui mesurait 93 centimètres au lieu de 91, car le foie avait plutôt diminué qu'augmenté. La hauteur, mesurée par la percussion, ne dépassait guère 11 centimètres. Ainsi, l'amélioration persistait encore quatre mois après le début du traitement actif (1).

(1) Toutes ces mesures, aussi approximatives que possible, ont été prises vers la partie moyenne de l'organe hépatique, à peu près verticalement au-dessous du mamelon.

Je n'ajouterai que peu de réflexions à cette observation déjà fort longue. Je ne rechercherai pas si chez mon malade la diminution progressive de cet énorme kyste a été simplement le fait de l'évacuation du liquide, ou si l'élément inflammatoire y a contribué dans une certaine mesure, ou enfin si le mélange de la bile avec le liquide hydatique a pu y opérer un changement favorable. Ce que je veux surtout, c'est insister d'une part sur la simplicité du moyen employé, d'autre part sur l'importance du résultat obtenu. Je ne puis sans doute certifier que L... est radicalement guéri. Ainsi le foie n'a pas encore repris ses dimensions normales, et il ne les reprendra peut-être jamais, le retrait des parois du kyste ne pouvant dépasser certaines limites, et les parois elles-mêmes ne pouvant disparaître complétement après s'être rapprochées. Mais ce qu'on peut affirmer, c'est que, sous l'influence du traitement adopté, un mal dont rien n'avait pu jusqu'ici arrêter la marche lentement envahissante, a rétrogradé d'une manière continue pendant quatre mois, et paraît devoir décroître encore. Ce qu'on peut dire aussi, c'est que, la question de cure radicale mise à part, le service rendu au malade a été considérable. Non-seulement L... s'est trouvé très-promptement soulagé par le fait de l'opération, mais encore celle-ci a prolongé sa vie en mettant fin aux troubles digestifs qui l'empêchaient de se nourrir et en s'opposant au retour de certains symptômes alarmants, comme les hémorrhagies, qui lui avaient déjà fait courir de sérieux dangers. Or, c'est à trois ponctions successives pratiquées avec des instruments très-fins, à huit ou dix jours d'intervalle, que nous devons un pareil résultat. Je n'ajouterais rien sur ce procédé, dont M. Moissenet a démontré l'utilité dès 1859 (2) [dans son mémoire sur le traitement des hydatides du foie, si l'instrument imaginé par mon collègue le docteur Dieulafoy ne le rendait accessible à tous, en supprimant le danger de la pénétration de l'air et en

(1) J'ai la satisfaction d'ajouter aux réflexions qui précèdent, que depuis l'époque où j'ai rédigé cette observation jusqu'au moment où elle va être publiée, c'est-à-dire depuis cinq mois, la santé de L... s'est constamment améliorée et que sa guérison peut être aujourd'hui considérée comme définitive. L. M.
Mai 1872.

(2) *Mémoire sur la ponction avec le trocart capillaire appliquée aux kystes hydatiques du foie.* (*Archives de méd.*, février 1859.)

çà et là, puis se rapprochant peu à peu. La coloration brune se généralise : la teinte se fonce de plus en plus ; les parties sont prêtes à se détacher. Une dernière torsion accélère leur chute, qui se produit du quinzième au vingtième jour.

Veut-on obtenir des résultats plus rapides? Voici ce qu'on fait : Aussitôt que la couleur brunâtre apparaît, on pose sur la racine des parties génitales plusieurs fils de soie en forme de ligature ; celle-ci hâte la gangrène des parties, qui se détachent alors du quatorzième au seizième jour.

Pendant le temps que dure l'opération, on a soin de faire prendre à l'enfant des breuvages aphrodisiaques les moins dilués possible, car les boissons et l'eau sont presque complétement supprimés, afin que la miction devenant plus rare, ne vienne pas entraver la marche du travail éliminateur et produire des infiltrations qui donneraient lieu à des accidents graves. Ainsi, on le voit, tout est prévu, sagement conduit, et le plus souvent couronné d'un plein succès. La séparation une fois achevée, il ne s'agit plus que d'une plaie simple à panser. Une poudre hémostatique accélère le travail de cicatrisation.

Peu à peu la détersion s'opère, et, vers le deuxième mois, il ne reste plus, à la place des parties, qu'une cicatrice d'autant plus régulière que les précautions auront été mieux observées et que la main de l'opérateur aura mieux conduit les divers temps du travail. Cette régularité de la plaie est un point important qui entre pour beaucoup dans l'appréciation de la valeur du produit avec les autres qualités physiques. Quant aux qualités intellectuelles, on les développe par l'éducation, les arts d'agrément, les bonnes manières, etc.

Les eunuques, en Chine, répondent à la catégorie des castrats des Romains, c'est-à-dire qu'ils sont privés de la totalité des organes. A Rome, les spadones et les thlibiæ constituaient deux classes : chez eux l'organe viril était conservé ; les glandes testiculaires seules étaient détruites, tantôt par l'instrument tranchant, c'étaient les spadones, tantôt par le broiement, c'étaient les thlibiæ.

atténuant singulièrement celui de la péritonite. En effet, avec la ponction évacuatrice sans l'aspiration on pouvait redouter, soit les périls résultant du calibre de l'instrument, si l'on voulait vider promptement le kyste, soit les lenteurs de chaque opération ou la multiplicité des ponctions s'il s'agissait d'évacuer une vaste poche kystique avec un trocart capillaire. Or, grâce à l'instrument de M. Dieulafoy, nous avons eu le double avantage de procéder rapidement, puisque 4 litres de liquide ont été aspirés en trois séances, et avec des instruments d'une ténuité suffisante, puisque la canule aiguillée numéro 2 n'est guère plus volumineuse que l'ancien trocart explorateur. Enfin, il suffit de lire l'observation qui précède pour voir comment nos ponctions ont été supportées. La troisième seulement a été suivie de douleurs et de malaise, mais malaise et douleurs ont eu un caractère très-passager.

Je ne veux pas donner au fait que je viens d'exposer plus d'importance qu'il n'en a, et je sais qu'il ne faut pas tirer d'un cas particulier des conclusions trop générales; mais j'espère que des faits analogues viendront bientôt s'ajouter à celui-là et achèvcront de démontrer l'efficacité de la méthode des ponctions combinées avec l'aspiration pneumatique dans le traitement des hydatides du foie (1).

L. Monod.

(1) Mes espérances se trouvent aujourd'hui pleinement justifiées par l'intéressant Mémoire que M. Dieulafoy vient de publier dans la *Gazette des hôpitaux*, sous ce titre : *Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration.* (N° du 27 juin et suivants.)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur l'odeur spéciale de l'haleine chez les diabétiques.

Je vois dans le dernier numéro de la Gazette que notre éminent confrère, M. le docteur Dubouée, a présenté une note à la Société de chirurgie sur l'acidité de l'haleine dans le diabète. Voilà plus de dix ans que les caractères de l'haleine chez les diabétiques ont frappé mon attention et que je les signale à mes élèves.

La première fois que j'ai observé cette odeur spéciale de l'haleine, c'était chez un député, fils d'un ancien médecin de l'Hôtel-Dieu; il était diabétique depuis vingt ans quand il vint me consulter. Je fus frappé de cette odeur extrêmement accentuée, non-seulement acide, comme le dit M. Dubouée, mais un peu alcoolique, rappelant un peu l'haleine de certains buveurs. Ce malade sécrétait des quantités énormes de glycose; il a succombé il y a sept ou huit ans.

Peu de temps après, je retrouvais cette même odeur chez notre vénéré maître M. Rostan, et pendant que cette analogie se présentait à mon esprit, M. Rostan m'apprenait que depuis longtemps déjà il était diabétique.

Depuis lors, j'ai cherché et trouvé cette odeur chez plusieurs diabétiques; elle m'a conduit plusieurs fois à diagnostiquer le diabète. Ainsi, il y a trois ou quatre ans, je l'avais remarquée chez un chirurgien de l'Hôtel-Dieu dont nous regrettons la perte récente, et j'avais confié à un de mes confrères ma conviction sur l'existence du diabète chez ce chirurgien. Quelque temps après, me trouvant avec M. Chatain, il me montra une urine qu'il analysait, me disant qu'elle lui avait été remise par un de mes collègues qui était diabétique et qui en faisait mystère; je lui répondis immédiatement que ce mystère n'en était pas un pour moi, et je lui dis sur quel signe j'avais fondé mon diagnostic. Si j'entre dans ces détails, c'est pour prouver que ce signe a une certaine valeur, qu'il n'est pas de ceux qu'on découvre *a posteriori* et qui exigent la complaisance de l'observateur. Je dois ajouter cependant que chez ce même chirurgien j'avais remarqué la disparition de cette odeur, si accentuée la première fois qu'elle m'avait frappé, et j'appris de M. Chatain que la production glycosurique était tombée à un chiffre très-peu élevé : 1 à 2 grammes par litre.

En réunissant toutes mes observations sur ce sujet, je crois pouvoir établir que chez les diabétiques l'haleine présente souvent une odeur spéciale, qui n'est pas seulement acide, mais qui a quelque chose de vineux, d'alcoolique, indépendamment, bien entendu, des boissons dont ils font usage; que cette odeur est d'autant plus prononcée que la glycosurie est plus intense; qu'elle peut n'être pas appréciable quand la quantité de sucre est peu considérable.

Je suis heureux de voir mes observations sur ce point confirmées par celles de M. Dubouée.

Resterait à faire quelques recherches sur la composition de l'air expiré chez les diabétiques, sur les réactions qu'il peut présenter. J'ignore si M. Dubouée s'est livré à cette étude. On peut se demander si cette odeur, qui semble proportionnelle à la quantité de glycose contenue dans le sang, ne résulte pas de la combustion ou de la fermentation de cette substance ou d'une modification qu'elle apporterait aux sécrétions pulmonaires et buccale.

Agréez, etc.

Noël Gueneau de Mussy.

Chez les castrats chinois, tout est enlevé, seulement l'ablation n'atteint jamais la racine du membre viril et l'incontinence n'a pas lieu.

Un eunuque atteint un prix assez élevé, qui varie de 100 à 00 taels, suivant la beauté locale et les autres qualités phy2ques et intellectuelles.

Les détails que nous venons de donner sur l'opération montrent qu'elle diffère du procédé employé chez les anciens. Hippocrate dit qu'on employait les bains, ce qui ne se fait pas en Chine. Le médecin grec ne mentionne pas non plus le très-humain et très-judicieux soin, consistant dans la séquestration et la diminution graduelle des aliments dans le but d'atténuer la sensibilité générale et locale.

La ciguë donnée en breuvage aux castrats d'Athènes pour produire le sphacèle des parties, est remplacée par les dix plantes chinoises qui remplissent admirablement cet objet.

Désormais affranchis des travaux de Vénus, les eunuques du Céleste-Empire n'ont pas pour cela renoncé aux charmes du mariage. Leur position sociale leur assure le bien-être et quelquefois la richesse. Ils recherchent donc la compagnie d'une ou de plusieurs femmes qu'ils ont soin de choisir bonnes musiciennes, jouant de la guitare et chantant agréablement.

Nous pourrions rapprocher de la castration une opération très en honneur chez les anciens; nous voulons parler de l'infibulation dont on se servait pour protéger la santé et la voix des adolescents. Il n'y a aucune trace de cette pratique chez les Chinois. Il est cependant avéré que certaines troupes de comédiens entretiennent de jeunes enfants auxquels il est nécessaire de conserver intacte la voix pour jouer avantageusement les rôles de femmes, car on sait que depuis longtemps celles-ci ne peuvent paraître sur la scène. Ces jeunes enfants sont gardés avec soin, de manière qu'aucune relation sexuelle ne puisse avoir lieu, au moins jusqu'à l'âge de puberté bien confirmée.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 8 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DE QUATREFAGES.

M. *le Ministre de l'instruction publique* adresse une ampliation du décret par lequel M. le Président de la République approuve l'élection que l'Académie a faite de M. *Sédillot*, pour remplir, dans la section de médecine et de chirurgie, la place laissée vacante par le décès de M. *Stan. Laugier*.

ÉVOLUTION DU GLYCOGÈNE DANS L'ŒUF DES OISEAUX. — M. Claude Bernard démontre que la matière glycogène qui existe normalement dans le foie des animaux élevés, matière qu'il considère comme absolument nécessaire au développement et à la nutrition des tissus, se trouve dans l'œuf de poule avant et après la fécondation. Elle y existe dans la cicatricule ou germe avant la fécondation, mélangée à des substances albuminoïdes qui rendent souvent sa constatation difficile.

Après la fécondation, la matière glycogène se multiplie en se produisant dans toutes les cellules qui entrent dans la formation du blastoderme, et les cellules glycogéniques existent en grande abondance dans la vésicule ombilicale du jeune poulet.

Il est probable que la matière glycogène sert au développement des tissus en se transformant en sucre.

Cette matière se retrouve encore dans les œufs d'insectes et de mollusques, de telle sorte qu'il semblerait qu'elle est une portion constituante essentielle du germe.

Ces observations ont été consignées dans un pli cacheté déposé par M. Claude Bernard, en 1864, « sur la formation de la matière glycogène chez les animaux ».

SUR LES CHANGEMENTS DE POIDS QUE LE CORPS HUMAIN ÉPROUVE DANS LES BAINS. (Note de MM. *Jamin* et *de Laurès*.) — Des expériences faites aux thermes de Néris, ces deux observateurs concluent, conformément aux résultats antérieurement établis par M. Durrieu, que le corps des individus plongés dans un bain absorbe, ou perd, suivant la température du bain. La peau absorbe dans un bain à température peu élevée; elle perd beaucoup au-dessus de 36 degrés.

Pendant l'heure qui suit immédiatement un bain chaud, le corps humain ne fait plus de pertes de poids sensibles, malgré l'évaporation et la respiration. Ce phénomène tient probablement à ce que pendant le bain le corps a perdu une quantité d'acide carbonique supérieure à celle qui est exhalée à l'air libre. Une fois hors de l'eau, le corps refait sa provision habituelle d'acide carbonique, ce qui tend à augmenter son poids; mais il continue à exhaler de la vapeur d'eau, ce qui tend à le diminuer. La perte ou le gain observé n'est que la différence entre ces deux effets contraires.

Désirant continuer ces expériences, M. Jamin a fait installer, au laboratoire de la Sorbonne, des appareils à l'aide desquels de nouvelles recherches plus précises serait instituées.

INFLUENCE DES CHANGEMENTS DE PRESSION BAROMÉTRIQUE SUR L'ORGANISME. — M. *P. Bert* présente une cinquième note qui traite de l'influence de la diminution de pression sur les gaz du sang artériel. La quantité des gaz contenus dans le sang diminue avec l'abaissement de la pression, l'oxygène diminue en proportion plus forte que l'acide carbonique. Il en résulte que, sur les hauts plateaux, les habitants sont placés dans des conditions d'oxygénation insuffisante, d'où résulte un état d'anémie ou mieux d'anoxhémie, que le docteur Jourdanet a très-bien étudié.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DEPAUL.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements du Cher, de Seine-et-Oise et de la Charente. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Charmasson de Puylaval*, et des eaux minérales d'Ax (Ariége), par M. le docteur *Auphan*. (*Commission des eaux minérales*.) — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Blanc* (d'Uzès) sur le traitement de la goutte. (*Commission des remèdes nouveaux*.)

L'Académie reçoit : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Cazenave* (de Bordeaux), membre correspondant, sur des opérations de fistules uréthro-péniennes et de tailles périnéales, démontrant l'épaisseur anormale du périnée. — *b*. Une note de M. le docteur *Cauvet*, sur le tænia de l'Algérie. (*Comm.* : MM. Hardy et Davaine.) — *c*. Un travail de M. le docteur *Desneux* (de Saint-Calais) sur les procédés propres à reconnaître la présence et la nature des corps vulnérants métalliques engagés dans les plaies d'armes de guerre. (*Comm.* : MM. Gosselin, Richet, Legouest.) — *d*. Une Étude sur une épidémie de variole, par M. le docteur *Mouret* (d'Yssangeaux). (*Commission de vaccine*.) — *e*. Une lettre de M. le docteur *Reguera* (de Bujslance), qui sollicite le titre de membre correspondant. — *f*. Un pli cacheté, déposé par M. le docteur *Stanski*, et renfermant une note sur le traitement de l'albuminurie. (*Accepté*.)

M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie deux nouveaux appareils électriques, inventés par M. *Gaiffe* et destinés à fournir des courants constants.

M. *Larrey* présente : 1° Une brochure de M. le docteur *Brigham*, intitulée : QUELQUES OBSERVATIONS CHIRURGICALES; 2° un mémoire imprimé sur les pansements à l'ouate, par M. *Raoul Hervey*, interne des hôpitaux.

M. *Cubler* présente : 1° un volume sur la thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire, par M. le docteur *Mallez* ; 2° un Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie, publié par la GAZETTE DES EAUX.

M. *Vulpian* met sous les yeux de l'Académie un appareil à injection pour des préparations anatomiques, inventé par M. *Defois*, interne des hôpitaux.

ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE. — Sous ce simple titre : DU LIQUIDE RENFERMÉ DANS LE GENOU PENDANT L'ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE, M. le docteur *Laboulbène* lit une note qui présente un grand intérêt sous le triple rapport du diagnostic, de la thérapeu-

---

Quant au vice des plaisirs solitaires, il est excessivement répandu parmi les enfants en général, et nous ne nous arrêterons pas sur cette question.

Nous laisserons de côté l'état de la prostitution dans les divers points occupés par les Européens. Il est certain que partout où les étrangers sont établis, il finit par se former autour d'eux un groupe de femmes attirées par l'appât d'un gain inaccoutumé.

Jusqu'ici, les autorités consulaires n'ont pu encore arriver à se concerter avec les autorités indigènes dans le but de réglementer ces relations, qui sont malheureusement un spectacle peu propre à donner à ces peuples une haute idée de la moralité des nations occidentales, et en outre elles sont une source d'affections graves. Le milieu nouveau, les conditions spéciales physiques et morales semblent donner à ces affections un caractère de gravité plus sérieux encore; nous avons mille preuves de cette intensité plus considérable de la syphilis contractée par les Européens dans l'extrême Orient, et principalement au Japon.

E. MARTIN,
Médecin de la légation de France à Pékin.

ASSISTANCE MÉDICALE. — M. Roussel a déposé en son nom et en celui de M. Morvan, sur le bureau de l'Assemblée nationale, une proposition de loi sur l'assistance médicale dans les campagnes et dans les localités dépourvues d'un service public de secours médicaux pour les indigents (séance du 9 juillet). — L'urgence a été déclarée.

tique et de l'anatomie pathologique des inflammations articulaires.

Ayant traité dans son service d'hôpital un jeune homme atteint d'une arthrite blennorrhagique du genou droit, il eut recours, pour obtenir une guérison plus rapide, à l'évacuation de l'épanchement interarticulaire au moyen de l'aspirateur à aiguille de M. Potain. Une première opération fut pratiquée le 28 juin, une seconde le 6 juillet. Quatre jours après, le 10 juillet, le malade était guéri de son arthrite.

Le liquide ainsi obtenu par l'aspiration fut injecté dans l'œil d'un lapin; il n'en résulta point d'ophthalmie purulente, ce qui prouve que le produit de l'arthrite blennorrhagique ne possède pas de propriétés contagieuses.

Ce liquide était jaune clair, visqueux, purulent et très-chargé de matière fibrineuse. L'examen microscopique y décela une très-notable proportion de globules de pus et d'hématies, mais nulle trace de mucine, tandis que le liquide de l'épanchement synovial simple et celui de l'arthrite rhumatismale ordinaire renferment une quantité abondante de cette substance. L'absence de mucine peut donc être considérée comme un des traits distinctifs de l'épanchement dans l'arthrite blennorrhagique. Et cette notion, qui est à la fois un nouvel élément de diagnostic et un nouveau renseignement anatomo-pathologique, on la doit à la méthode de la ponction capillaire et de l'aspiration, qui permet d'étudier les liquides arthritiques pendant la vie des malades.

M. Laboulbène a trouvé aussi les éléments du pus en grande quantité dans deux cas d'arthrite traumatique, d'abord chez une malade de la clinique de M. Gosselin, opérée le 1er janvier 1870 avec l'aspirateur pneumatique de M. Dieulafoy; puis chez un blessé du service de M. Desormeaux, à l'hôpital Necker.

Les conclusions à tirer des recherches de M. Laboulbène sont : que le liquide renfermé dans l'articulation du genou pendant la période d'état du rhumatisme blennorrhagique est constitué par de la sérosité visqueuse, alcaline, louche et purulente; qu'il ne renferme pas de mucine; qu'il contient des globules de pus et des matières fibrino-albumineuses; qu'il diffère de la synovie articulaire; qu'il ressemble au liquide des arthrites; enfin, que la ponction aspiratrice peut être pratiquée avec avantage pour retirer ce liquide, et qu'elle mérite d'entrer dans la pratique ordinaire.

Les lecteurs de la GAZETTE HEBDOMADAIRE savent que les premières applications de la ponction capillaire aspiratrice au diagnostic et au traitement des épanchements arthritiques appartiennent à M. Dieulafoy, qui, depuis, a généralisé cette méthode et l'a appliquée efficacement à la diagnose et à la curation des kystes et des abcès hépatiques.

EMPYÈME ET THORACOCENTÈSE. — On se rappelle que, dans la dernière séance, M. *Roger* a traité longuement, et à un point de vue tout clinique, la grave question de l'empyème chez les enfants.

Aujourd'hui, dans la seconde partie de son discours, M. Roger étudie les indications de la thoracocentèse dans les épanchements séreux de la plèvre, et il prouve, par des faits, que la ponction de la poitrine n'est, pour ainsi dire, jamais nécessitée chez les enfants ni dans les hydrothorax des affections organiques du cœur, et de l'albuminurie scarlatineuse, ni dans les pleurésies secondaires du rhumatisme. Elle n'est indiquée, pour les pleurésies primitives, franchement inflammatoires, que dans des conditions excessivement rares d'asphyxie imminente par suite du développement rapide d'un épanchement très-abondant. D'après de nombreuses observations personnelles et aussi d'après les chiffres de M. Barthez (au total près de 500 cas de pleurésie), M. Roger croit pouvoir, ainsi que l'a fait M. Louis pour les adultes, donner comme une règle presque absolue la *guérison constante de la pleurésie simple, non purulente, des enfants*. En effet, on n'observe point, chez les jeunes pleurétiques, la mort subite par syncope. La pleurésie chronique simple ne se rencontre pas non plus dans le premier âge, les liquides séreux se résorbant avec facilité; de là l'explication de la guérison rapide et complète même des grands épanchements.

M. Roger ne croit pas que la thoracocentèse soit toujours aussi parfaitement innocente, qu'on l'a prétendu, des accidents immédiats ou consécutifs de l'opération, tels que la transformation en empyème de la pleurésie séreuse, les blessures du foie, du péritoine et surtout du poumon; il a de la peine à admettre que ces piqûres du poumon, même par des trois-quarts capillaires, soient aussi insignifiantes que l'ont affirmé certains opérateurs, partisans exagérés de la thoracocentèse; il pense qu'en raison de la bénignité démontrée de la pleurésie simple chez les enfants, on ne doit intervenir chirurgicalement que dans des cas exceptionnels et urgents : dans ces cas bien précisés, l'opération peut être pratiquée, et elle l'a été par lui-même, avec des avantages incontestables.

Quant à l'application de la thoracocentèse aux épanchements moyens ou même aux petits, comme le propose M. Béhier, elle doit être proscrite du traitement de cette forme toujours bénigne de la pleurésie infantile.

Préconiser à tout propos l'emploi du trois-quarts et recommander la ponction de la poitrine pour toute espèce d'épanchement, et quel qu'en soit le volume, c'est mettre une arme dangereuse dans n'importe quelles mains, guidées par n'importe quelle intelligence.

M. Roger résume par cette conclusion dernière, les préceptes relatifs à la thoracocentèse dans la pleurésie de l'enfance : « Dans l'empyème, il faut opérer *toujours*; dans la pleurésie séreuse, *rarement* pour les grands épanchements, *jamais* pour les épanchements médiocres. »

Le discours de M. Roger, dont nous n'avons pu donner qu'un court résumé, est un de ceux qui méritent d'être lus *in extenso* dans le BULLETIN.

TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DE LA SURDITÉ. — M. *Bonnafont*, membre correspondant, expose un nouveau procédé qu'il a inventé pour diriger sûrement l'électricité à travers la cavité de l'oreille, dans le traitement de certaines maladies de l'ouïe.

THORACOTOMIE. — M. le docteur *Moutard Martin*, dont le témoignage en faveur de la thoracotomie avait été invoqué par M. Béhier, présente à l'Académie deux malades auxquels il a été obligé de pratiquer l'opération primitive de l'empyème, l'incision intercostale, pour des épanchements purulents de la plèvre, que la thoracocentèse par aspiration avait été impuissante à guérir.

Le premier de ces malades est un homme de cinquante-quatre ans, dont la cavité pleurale était remplie d'une grande quantité de pus et obstruée par d'énormes paquets pseudo-membraneux, qui ne purent être retirés qu'avec une pince. Ce malade, opéré et guéri depuis deux ans, a eu, il y a quelque temps, un léger écoulement de pus par une petite fistule qui s'est faite à travers la cicatrice de l'incision.

Le second malade a vingt-deux ans. Sa pleurésie purulente s'est développée à la suite d'une pleurésie séreuse. Il a été opéré *in extremis* le 18 juillet, et il est sorti guéri de l'hôpital le 21 septembre suivant. Depuis lors, quand il se livre à des travaux manuels trop pénibles, la cicatrice s'irrite, s'enflamme, et les bords de l'incision suppurent. Aujourd'hui même on peut constater, sur ce point, un certain suintement séro-purulent.

M. *Jules Guérin* et M. *Chassaignac* n'ont pas l'air d'être très-satisfaits de ces résultats, et ne paraissent pas plus disposés que par le passé à se ranger du côté des thoracotomistes.

A. LINAS.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 19 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

SUR L'INAMOVIBILITÉ DANS LES PANSEMENTS. — DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE.

M. *Burgraeve* (de Gand) fait une communication sur l'inamovibilité dans les pansements ; le bandage ouaté ainsi que le plombage des plaies lui ont paru bons pour réaliser ce principe, l'immobilisation des plaies. Réveillé-Parise est le premier qui ait employé les lames de plomb dans les pansements des plaies. M. Burgraeve enveloppe complétement la plaie avec une lame de plomb qu'il fixe avec un bande plâtrée. Avec la lame de plomb on n'obtient pas de compression, tandis qu'avec le bandage ouaté on peut obtenir une compression énergique.

— M. *Marjolin* n'admet pas que l'angioleucite et l'érysipèle soient une seule et même maladie; entre la lymphangite franche et l'érysipèle il y a une différence considérable. L'érysipèle avec sa malignité est une maladie spéciale ; il est épidémique et contagieux. Tous les recueils renferment des faits de contagion, et l'on ne voit rien de semblable pour la lymphangite. Lorsqu'un érysipèle existe dans une salle, il ne faut faire que la chirurgie d'urgence.

M. *Panas* croit, comme M. Verneuil, que l'altération des lymphatiques est fatale dans l'érysipèle ; il y a mélange de la lymphangite avec l'érysipèle; mais dans cette dernière maladie, il y a quelque chose de plus que l'angioleucite. Les vaisseaux lymphatiques sont sous l'épiderme et à la superficie du derme ; au-dessus des lymphatiques il y a les capillaires sanguins. Si l'inflammation est sous l'épiderme, il y a lymphangite pure ; si l'inflammation gagne au-dessous, nous avons l'érysipèle. L'érysipèle envahit le derme dans le premier degré ; il y a de la sérosité épanchée, de l'œdème, et le bourrelet périphérique constitué par l'inflammation du derme; puis, il peut se former du pus dans la peau et sous la peau. Il faut distinguer l'érysipèle de la lymphangite comme on distingue la pleuro-pneumonie de la pleurésie. M. Panas croit à l'épidémicité et à la contagion de l'érysipèle.

M. *Sée* voudrait objecter à la théorie de M. Després sur la propagation de l'érysipèle un fait incontestable. Le bourrelet de l'érysipèle indique le point d'activité de la maladie ; il doit correspondre à ce que M. Després croit être l'oblitération des lymphatiques par de la lymphe coagulée. Comment se fait-il que ce soit juste de ce bourrelet que partent de nouvelles plaques érysipélateuses? La marche de l'érysipèle semble se faire du côté où devrait être l'oblitération.

SÉANCE DU 26 JUIN 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CORREPONDANCE. — HÔPITAL FLOTTANT SUR LA SEINE. — DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE.

M. *Verneuil* présente, au nom de M. Farabeuf, le premier fascicule d'un PRÉCIS DE MANUEL OPÉRATOIRE ; ce fascicule comprend les *Ligatures des artères*. Il existe beaucoup de traités de médecine opératoire, mais ce petit livre peut dispenser à coup sûr d'avoir des maîtres. M. Farabeuf indique les précautions les plus minutieuses et les plus exactes pour lier les artères ; son livre résume tout ce que l'expérience peut apprendre dans les amphithéâtres ; c'est une œuvre tout à fait remarquable.

— M. *Panas* présente, au nom de M. Castro (d'Alexandrie), une observation d'hématocèle supposée parenchymateuse du testicule, avec pièce à l'appui. Cette communication est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Sée et Panas, rapporteur.

— M. *Rochard* lit une nouvelle note et communique des plans relatifs à la construction d'un hôpital flottant sur la Seine.

— M. *Giraldès* se demande si l'anatomie et la clinique permettent d'affirmer le siége de l'érysipèle. En supposant même que les parois des capillaires lymphatiques soient exclusivement composées d'épithélium, on ne saurait refuser que l'inflammation puisse y exister, puisqu'elle existe dans la cornée. L'inflammation érysipélateuse est acceptable au point de vue anatomique dans les réseaux lymphatiques.

Cliniquement, il est difficile de distinguer certains érysipèles des angioleucites, mais, dans les cas simples, la différence est très-tranchée. Les épidémies sont réelles ; il y a des faits probants. On apporte dans une salle un enfant atteint de rougeole ; quelques jours après on voit se succéder les rougeoles dans les salles. Si l'érysipèle se propage de la même façon, on est bien obligé de reconnaître qu'il est contagieux. Des hommes des plus recommandables croient à cette contagion : Ericksen, Campbell de Morgan, Good-Fellow. L'érysipèle est-il infectieux? Il n'y a pas de preuves absolues ; cependant on est d'accord sur ce point, qu'il ne faut pas transporter les linges à pansement d'un malade atteint d'érysipèle sur un blessé.

L. LEROY.

REVUE DES JOURNAUX.

Febris variolosa sine variolis, par le docteur BIERWIRTH.

Ce n'est pas sans un certain étonnement qu'on lit dans ce travail que l'auteur a observé à Leipzig, dans le STADT KRANKENHAUS, une série de ces faits, si difficiles à apprécier, de fièvre variolique sans éruption variolique. Cependant le docteur Bierwirth en rapporte une première série de dix-huit cas qu'il considère comme très-probants, et une autre de douze cas qui, pour lui, doivent être considérés comme appartenant à la même cause. Les arguments principaux qu'il fait valoir sont plus particulièrement empruntés à l'étude de la marche et de la température des accidents fébriles qu'il a observés. L'histoire des trente malades est résumée dans des tableaux, par conséquent cette forme trop succincte de narration rend difficile la discussion, qui devrait porter sur chacun des cas. Heureusement l'auteur a pris soin de résumer les caractères principaux de la fièvre éruptive fruste et de montrer en quoi ils diffèrent de la fièvre éphémère ou gastrique. Nous analyserons cette partie du travail.

Les accidents fébriles ont été observés pendant les mois d'avril, mai, juin, correspondant à la période de l'extension la plus considérable de l'épidémie de variole. A l'exception d'un homme, tous les malades avaient été vaccinés, mais une seule fois. Les caractères symptomatologiques ont été, en premier lieu la fièvre, celle-ci survenant brusquement avec un fort frisson ou des petits frissons, atteignant en deux ou trois jours le maximum, et redescendant d'un trait à la température normale, elle s'accompagnait souvent de sueurs avec soif vive et prostration très-prononcée. Du côté des centres nerveux, on observe presque constamment de la céphalalgie et quelquefois du vertige ou des bourdonnements d'oreille. Les douleurs lombaires sont très-souvent observées. Des troubles locaux, du côté des organes digestifs et respiratoires, existent dans presque tous les cas, et les accidents pharyngiens ainsi que les constipations sont tout à fait remarquables par leur fréquence. Les manifestations cutanées ne présentent aucun critérium pour diagnostiquer la maladie. Le retour à l'état de santé se fait très-rapidement.

Tels sont les symptômes observés ; ils se rapprochent des états fébriles désignés sous le nom de fièvre éphémère, fièvre

gastrique simple subaiguë et de la fièvre catarrhale gastro-intestinale plus intense. C'est avec ces deux dernières formes que l'auteur compare la fièvre variolique au point de vue du diagnostic différentiel.

Au point de vue étiologique, chez aucun des malades observés on n'a trouvé de troubles prodromiques du tube digestif pouvant être rapportés à une inflammation catarrhale gastro-intestinale ; de plus, il est facile de reconnaître des causes nombreuses d'infection chez la plupart de ces malades, beaucoup d'entre eux étaient en rapport avec des varioleux ou habitaient dans des maisons où étaient des varioleux. Le début de la fièvre était brusque et rapide, et tandis que dans la fièvre gastrique et la fièvre éphémère on observe des rémissions de la fièvre, que celle-ci, dans les cas les plus intenses, s'apaise progressivement du troisième ou quatrième jour, on est, au contraire, frappé de l'ascension brusque et de la descente rapide dans la fièvre variolique, du frisson et de la céphalalgie du début. Les troubles dus au catarrhe du pharynx seraient, suivant l'auteur, plus prononcés dans ses observations que dans la fièvre gastrique.

Dans les fièvres gastriques la langue est chargée, il y a sensation de douleur épigastrique, les vomissements, les coliques sont fréquents. Dans la fièvre variolique, les vomissements sont exceptionnels, la langue est faiblement chargée, il n'y a pas ordinairement de douleurs épigastriques ; la constipation est de règle. Les douleurs lombaires, qui sont si remarquables dans les observations, manquent ordinairement dans la fièvre gastrique,

Les différences consistent donc dans des nuances qui, au point de vue de la marche ou des symptômes, sont difficiles à apprécier, mais dont l'ensemble forme un type un peu plus défini. En résumé, les circonstances étiologiques spéciales, la marche de la fièvre sont les arguments principaux de l'auteur, et s'ils ne suffisent pas pour amener la conviction, ils appellent l'attention des cliniciens. (*Archiv der Heilkunde*, 11 juin 1872, XIIIe Band, 2 u. 3 Heft.)

Travaux à consulter.

DU CANCER DES AMYGDALES, par M. le docteur A. POLAND. — La localisation du cancer aux amygdales est relativement rare, et les observations publiées sont peu communes ; l'auteur a recueilli dans son mémoire les faits connus, ou consignés à titre de souvenirs dans divers auteurs. Les cancers primitifs sont plus fréquents que les cancers secondaires, dont l'auteur cite seulement quatre cas. A ces observations on peut ajouter un fait publié dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1855, p. 786, qui peut être discuté, mais qui a été rapporté comme un exemple de l'action thérapeutique de la liqueur de Fowler. La monographie de M. Poland renferme des documents intéressants sur la question. (*The British and foreign medico-chirurg. Review*, avril 1872.)

CANCROÏDE DU LARYNX. TRACHÉOTOMIE, par M. le docteur B. LAMY. — On avait diagnostiqué chez une malade, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, une laryngite tuberculeuse ; la malade était grosse, et fut prise d'un accès de suffocation qui nécessita la trachéotomie. L'hémorrhagie fut tellement abondante que la malade tomba dans le coma. On fit l'opération césarienne aussitôt après la mort, mais le fœtus était mort depuis plusieurs heures. On suppose qu'il y a eu entrée de l'air dans les veines. A l'autopsie on trouva dans le larynx des végétations épithéliales. (*Journal de médecine de l'Ouest*, t. VI, 1872.)

GUÉRISON D'UN ANÉVRYSME POPLITÉ PAR LA FLEXION, par M. le docteur HOLMES. — Il s'agissait d'un anévrysme de la grandeur d'une noix pour lequel on fit faire le traitement par le malade lui-même ; il maintint la flexion pendant trente-six heures, mais de temps en temps il étendait la jambe. Au bout de vingt-quatre heures le bruit de souffle disparaissait, et, au bout de trente-six heures, il n'y avait plus de pulsations dans la tumeur, qui était devenue solide ; le malade est sorti de l'hôpital quatorze jours après l'entrée, la guérison paraissant complète. (*British Medical Journal*, 6 avril 1872.)

NÉCROSE DU TIBIA, PYOHÉMIE AVANT L'OUVERTURE DE L'ABCÈS, par M. le docteur ERICHSEN. — Ce fait, qui, à proprement parler, est un exemple d'ostéo-périostite, est intéressant parce qu'il démontre que la pyohémie a pris naissance avant toute action de l'air sur le pus; l'infection directe par des produits inflammatoires a produit l'infection purulente. Il y avait, à l'autopsie, des abcès métastatiques dans les poumons et une péricardite purulente. (*Medical Times and Gazette*, 20 janvier 1872.)

INCUBATION DE LA VARIOLE DANS L'UTÉRUS, par le docteur T. SUTTON TOWNSEND. — L'auteur rapporte un fait qu'il considère comme démontrant la possibilité de l'infection variolique du fœtus sans infection de la mère.

Dans ce cas, il s'agit d'un enfant de dix-huit jours, atteint de variole, et qui à cette époque présentait une éruption analogue aux éruptions du neuvième au dixième jour. M. Townsend, se basant sur les renseignements donnés par la mère et sur l'éruption, conclut que, en admettant l'incubation de quatorze jours, et, à la rigueur, une incubation de plus de quatre jours, l'enfant a dû contracter la variole alors qu'il était encore dans l'utérus. Il rapproche ce cas des faits analogues rapportés par Jenner, Pearson et Mortimer. Chez cet enfant, l'éruption était apparue cinq jours après la naissance. La mère avait été vaccinée, avait eu une varioloïde, mais aucune éruption de ce genre pendant la grossesse. Ce fait par lui-même pourrait prouver aussi bien que l'incubation peut être très-courte chez le nouveau-né, plutôt qu'il ne prouve réellement la variole contractée à la fin de la vie intra-utérine. (*Medical Times and Gazette*, 1er juin 1872.)

DU TRAITEMENT DES MALADIES AIGUES PAR LE FROID, par le docteur C. LASÈGUE. — Revue critique des travaux de Liebermeister et Hagenbach, de Ziomsen et Immermann, d'Ottu Gœlz et de Wilson Fox, démontrant que la médication à l'eau froide est une heureuse et puissante addition à la thérapeutique. (*Archives générales de médecine*, mai 1872.)

TÆNIA SOLIUM COMPLÈTEMENT DÉVELOPPÉ CHEZ UN ENFANT DE CINQ JOURS, par le docteur C. ARMOR. — Cette observation est remarquable au point de vue du développement du tænia. L'entozoaire n'a pu être entièrement expulsé. La mère était également atteinte de tænia. Davaine rapporte des observations d'entozoaires chez des enfants à la mamelle, mais jusqu'à présent nous croyons le fait du docteur Armor unique en son genre, et d'ailleurs il a eu pour témoins les collègues de ce médecin à Long Island hospital. Comment s'est introduit le tænia qui certainement s'est développé pendant la vie utérine? C'est ce que l'on expliquera difficilement. (*New-York Medical Journal*, décembre 1871.)

NOUVELLE MÉTHODE DE DESTRUCTION DES CILS DANS LE CAS DE TRICHIASIS OU DE DISTRICHIASIS LIMITÉ, par le docteur P. J. HAYES. — L'auteur, aux nombreux procédés connus, mais trop souvent impuissants, ajoute le suivant : à l'aide d'une seringue à injections hypodermiques il injecte immédiatement au-dessus des culs-de-sac ciliaires quelques gouttes de perchlorure de fer. L'inflammation localisée et modérée par l'application de cataplasmes détermine l'élimination des cils et des follicules. Ce procédé a été tenté deux fois, mais ces observations ne sont pas assez nombreuses pour nous assurer complètement la localisation des phénomènes inflammatoires produits par le perchlorure. (*The Dublin Journal of medical Science*, mars 1872.)

RÉSECTION DU COUDE ET DE L'ÉPAULE SUR LE MÊME BRAS, POUR DES PLAIES PAR ARME A FEU, par le docteur MAC-CORMAC — Ce fait, très-probablement unique, de la résection des deux articulations principales d'un membre, a été présenté à la Société médicale et chirurgicale de Londres, et l'auteur a pu y soutenir, sans soulever de vives discussions, que le membre du blessé était, malgré la double opération, devenu réellement utilisable pour divers mouvements. (*The Lancet*, 23 mars 1872.)

TROIS CAS DE GOÎTRES EXTIRPÉS AVEC SUCCÈS, par le docteur WARREN GREEN. — L'ablation de la glande tyroïdienne hypertrophiée est en général considérée comme une de ces opérations qui ont pour conséquence immédiate de prouver la hardiesse du chirurgien plutôt que la préoccupation de pratiquer une opération dont l'utilité puisse compenser les dangers. Cependant en Amérique et en Allemagne, quelques chirurgiens ont cherché à la remettre en honneur. Lucke, sur 9 cas, a compté 8 succès ; cette fois le docteur Green rapporte 3 cas heureux. Le docteur Brière d'Yverdon, dans sa thèse (Lausanne, 1871), réunit la statistique de 73 cas : 50 guérisons, 23 morts. L'ablation du goître peut donc être considérée comme une opération moins extraordinaire qu'on ne le suppose généralement, et elle peut désormais être accueillie par les chi-

rurgiens entreprenants, sans qu'on soit en droit de les considérer comme les plus audacieux. (*American Journal of medical Science*, avril 1871.)

SYSTÈME MUSCULAIRE DES RAMIFICATIONS BRONCHIQUES, par le docteur RINDFLEISCH. — L'auteur décrit avec détails une couche de fibres musculaires lisses dans les dernières ramifications bronchiques; ces fibres musculaires forment une sorte de sphincter à l'entrée de l'infundibulum, et s'étendent en forme d'anses autour et sur le fond de l'infundibulum. Dans la carnification ou induration brune du poumon, ces éléments musculaires sont hypertrophiés et très-facilement reconnus. (*Centralblatt*, 3 février 1872.)

HYPERTROPHIES CONGÉNITALES DE LA LANGUE, par les docteurs ARNOST et CLARKE.—Deux cas de cette affection peu commune, communiqués à la Société de pathologie de Londres; dans l'un, opération suivie de mort; dans l'autre, guérison. (*The Lancet*, 3 mars 1872.)

ANÉVRYSME DU TRONC CŒLIAQUE TRAITÉ PAR LA COMPRESSION, par le docteur T. BRYANT. — La compression a été faite au moyen du tourniquet abdominal de Lister. Elle fut maintenue douze heures, supprimée pendant douze heures, réappliquée pendant quatre heures. Le malade est mort de péritonite. Le docteur Bloxam a rappelé à ce propos un cas d'anévrysme de l'aorte abdominale traité par la compression et qui a été suivi de mort par embolie. (*The Lancet*, 20 avril 1872.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE. AMMONIAQUE DANS LE SANG, par le docteur OTTO SPIEGELBERG. — L'auteur adopte la théorie de Frerichs, qui considère l'éclampsie comme liée à la présence dans le sang de carbonate d'ammoniaque; il s'appuie sur l'analyse du sang d'une malade atteinte d'éclampsie puerpérale dans laquelle la quantité d'urée contenue dans le sang était environ cinq fois plus considérable qu'à l'état normal; en outre, l'auteur, injectant chez des animaux du carbonate d'ammoniaque, a reproduit les symptômes de l'éclampsie. (*Archiv für Gynækologie*, 1er Bd, 3e Heft.)

LA PELLAGRE DES PETITS ENFANTS, par le docteur ANT. MARIA GEMMA. — La pellagre des enfants à la mamelle et dans la première enfance n'est pas rare en Espagne et en Italie, l'auteur en fait une étude complète, historique et clinique. (*Gazetta medica italiana Lombardia*, n° 44, 1871.)

BIBLIOGRAPHIE.

Le délire des persécutions, par le docteur LEGRAND DU SAULLE, médecin de l'hospice de Bicêtre. — 1 vol. in-8 de 524 pages. — H. Plon, 1871.

Le délire des persécutions n'avait pas été décrit jusqu'ici comme formant une espèce à part. Il rentrait dans la mélancolie de Pinel, dans la lypémanie d'Esquirol. M. Baillager le classait dans la monomanie à idées tristes.

M. Legrand du Saulle en fait donc une nouvelle espèce morbide. Les médecins qui ont suivi ses cours à l'École pratique l'ont entendu plusieurs fois, depuis 1864, exposer l'histoire clinique et médico-légale du délire des persécutions. Les éléments de cette histoire ont été puisés au dépôt municipal des aliénés, au bureau de la préfecture de police, au secrétariat de l'hospice de Bicêtre, où l'auteur a consacré un temps considérable à l'examen des persécutés, à l'étude de leurs dossiers. Il a eu, en outre, la bonne fortune de profiter des observations inédites accumulées depuis plus de vingt ans par M. le professeur Lasègue. La mine, comme on le voit, était riche. Elle a été habilement exploitée.

M. Legrand du Saulle nous donne d'abord, sous forme d'introduction, un aperçu général du délire des persécutions. C'est le portrait du persécuté pris sur le vif, tracé à grands traits avec beaucoup de fermeté et de précision.

« Qui a vu un véritable persécuté en a vu cent. Ces malades, à part les nuances spéciales qui ont été esquissées, semblent sortir du même moule, et un phénomène psychologique leur est commun à tous : c'est l'absence des hallucinations de la vue toutes les fois qu'il n'y a pas d'habitudes invétérées d'ivrognerie. »

Après cet aperçu, nous entrons dans le détail des faits. Le délire des persécutions est envisagé sous toutes ses faces, dans toutes ses variétés. Les formes du délire, son origine, sa fréquence, sa marche, les rémissions qu'il présente, sa durée, sont étudiées successivement dans une série de chapitres qui empruntent un vif intérêt à des observations nombreuses et choisies de manière à mettre en relief les différents points que l'on considère. Rien de plus saisissant que la lecture de ces observations, véritables photographies où l'on voit l'aliéné agir, parler et mettre en quelque sorte sous les yeux du médecin le tableau vivant de sa maladie.

Les questions de diagnostic différentiel, de traitement, sont soigneusement étudiées. Au point de vue de la médecine légale, d'autres questions d'une importance capitale sont également abordées et traitées avec une grande clarté; ce sont celles qui se rapportent aux écrits des persécutés, à la valeur de leurs testaments, au degré de responsabilité qui leur incombe.

L'ouvrage se termine par un appendice qui emprunte aux événements de 1871 un intérêt tout particulier. C'est une étude sur l'état mental des habitants de Paris pendant le siége et la Commune. A ce propos, l'auteur combat l'opinion généralement admise et qui attribue aux événements politiques une influence très-marquée sur le développement de la folie. Il montre que les révolutions et les émeutes ne frappent que les intelligences prédisposées, jouant ainsi le rôle de causes occasionnelles, déterminantes; précipitant l'échéance d'une infortune que l'aliéniste doit prévoir. Si les cas d'aliénation mentale se sont accrus en France, depuis trente ans, dans une proportion inquiétante, il convient d'en chercher la cause dans des influences plus générales : l'éducation faussée, l'absence des croyances solides, les spéculations, la fièvre du jeu, les modifications subites de fortune, l'alcoolisme, etc.

Après avoir étudié l'influence des différentes péripéties du siége sur l'état mental de la population parisienne, l'auteur nous entraîne avec lui dans le drame bien autrement sombre de la Commune. Le service du dépôt de la préfecture le met en rapport avec d'illustres victimes auxquelles son dévouement ne fera pas défaut. On trouvera sur la fin tragique et si noble du président Bonjean des pages qui font honneur à leur auteur.

L'intérêt, comme on le voit, ne manque pas à ce livre. Écrit pour le médecin, il offre à tout homme sérieux une étude attachante. De pareils ouvrages, pleins de faits précis, simplement exposés, répondent mieux que les protestations les plus autorisées aux récriminations suscitées par la législation aujourd'hui en vigueur à l'égard des aliénés. Les esprits impartiaux verront combien on se laisse égarer en pareille matière par des opinions préconçues, dont l'injustice se déguise sous un faux air de philanthropie. Ils apprécieront en même temps toutes les difficultés attachées au rôle du médecin chargé de sauvegarder à la fois les intérêts de l'aliéné et ceux d'une famille, d'une société ignorante et insoucieuse des dangers auxquels elle s'expose.

B.

Index bibliographique.

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES ET PLUS SPÉCIALEMENT DE LEUR TRAITEMENT PAR LA GASTROTOMIE, par le docteur TH. KELLER. — J.-B. Baillière et Fils, Paris, 1872.

Ce travail a pour point de départ deux observations de gastrotomie pratiquées avec succès par M. Kœberlé, pour extraire deux fœtus extra-utérins. L'auteur, ancien aide d'anatomie de la Faculté de Strasbourg, après avoir publié ces deux observations remarquables, fait une étude générale des grossesses extra-utérines, il admet les quatre formes de grossesses ovarique, tubaire, interstitielle, abdo-

minale. Il conclut, au point de vue thérapeutique, à la nécessité de pratiquer l'avortement interne dans la première moitié de la grossesse, et recommande surtout l'injection capillaire de substances toxiques, après la première moitié de l'évolution de la grossesse, il faut attendre, et le terme arrivé, pratiquer la gastrotomie pour extraire l'enfant vivant, et quand le terme est passé, l'enfant étant mort, il fout encore pratiquer la gastrotomie. L'auteur a réuni neuf observations de gastrotomie au terme pour extraire un enfant vivant ou mort récemment. La mère a été sauvée quatre fois. Dans cinq cas l'enfant a survécu, et dans l'un de ces faits la grossesse étant double, on sauva la mère et les deux enfants.

VARIÉTÉS.

Glanes.

SYPHILIS CHEZ LES CHIENS. — Jusqu'à présent on n'admet pas que la syphilis constitutionnelle puisse se produire chez les animaux, et l'on n'a obtenu par les inoculations que des ulcérations localisées, analogues peut-être au chancre mou. Le docteur Andrens, de Chicago, rapporte qu'un vétérinaire de cette ville aurait observé, chez trois chiens Bull-dog, des ulcérations du prépuce et du gland suivies d'éruptions cutanées spécifiques, et dans l'un de ces cas il y avait eu des ulcérations dans la muqueuse buccale. La choudepisse serait également fréquente chez les Bull-dogs. S'il est réellement démontré qu'il y a eu, dans ces cas, ulcère spécifique et manifestations cutanées secondaires, il y aurait une nouvelle source de contagion bien inattendue. Il serait étrange qu'on n'y eût pas pensé plus tôt, et, sans être un sceptique, on peut rester dans le doute. Il y a, du reste, bon nombre de chiens Bulls de toutes variétés, c'est à la Société protectrice des animaux qu'il appartient de proposer des recherches; en attendant, confrères, surveillons nos chiens !

TÉTANOS A LA SUITE D'INJECTIONS HYPODERMIQUES DE QUININE. — Le docteur Odevaine rapporte, dans l'INDIAN MEDICAL GAZETTE, plusieurs cas de tétanos consécutifs à des injections hypodermiques de sulfate de quinine. Dejà, en avril 1871, ce chirurgien avait rapporté un cas de ce genre ; aujourd'hui il en relate deux nouveaux. Dans le premier cas, il avait employé le sulfate do quinine en solution dans l'acide citrique. Dans le second cas, la quinine neutre ou soluble avait été employée sans aucun acide. Un abcès s'était formé au niveau do la ponction quelques jours après l'injection, et les deux malades sunt morts vingt heures après l'apparition du tétanos. Le docteur Odevaine fait remarquer qu'il serait étrange qu'il n'y oit dans ces faits qu'une coïncidence, puisqu'il n'a jamois observé lo tétanos à la suite d'opérations analogues, telles que la vaccination, les vésicatoires, l'application des sangsues. Il conclut que la quinine a uno action spéciale sur les nerfs, ou bien que la cachexie paludéenne prédispose au tétanos. Il conseille très-justement de réserver les injections hypodermiques aux cas où l'on ne peut faire absorber autrement le sulfate de quinine.

EFFETS DU CHLORAL DANS LE TÉTANOS. — Le docteur Beck, analysant les observations de tétanos dans lesquelles le chloral a été administré, arrive à cette conclusion, que sur 36 cas on compte 15 morts et 21 guérisons. Pour bien juger de la valeur des médicaments, il faudrait ajouter à ces chiffres un grond nombre d'observations non publiées, parce que le chloral a complétement échoué. (*Saint-Louis medical Journal* et *Medical Press and Circular*, 3 juillet 1872.)

DES CALCULS DU REIN CHEZ LES ENFANTS. — Le docteur Jacobi, de New-York, ayant trouvé dans 46 autopsies d'enfants, âgés de moins do six mois, des calculs rénaux dans 6 cas, conclut que ces calculs, s'ils ne sont pas congénitaux, doivent remonter aux premières semaines de la vie. Il cite deux cas dans losquels le passage de calculs rénaux dans les uretères a produit des accès coractérisés par des cris violents. Ces coliques néphrétiques passeraient ordinairement inaperçues.

Alcools.

Projet de loi sur les alcools présenté à l'Assemblée nationale, le 24 juin 1872.

Art. 1er.—Tout détenteur d'appareils propres à la distillation d'eaux-de-vie ou d'esprits est tenu de faire au bureau de la régie une déclaration énonçant le nombre et la capacité do ses appareils.

Art. 2.—Les bouilleurs et distillateurs qui mettent en œuvre des matières premières provenant exclusivement de leur récolte demeurent exempts de la licence; ils sont affranchis du payement de l'impôt général sur les eaux-de-vie et esprits produits et consommés sur place dans la limite de 20 litres d'alcool par année, et ils cessent d'être soumis aux visites et vérifications des employés do la régie dés qu'ils n'ont plus en compte que de l'alcool exempt ou libéré de l'impôt.

Sous ces réserves, la législation relative aux distillateurs de profession est rendue applicable aux bouilleurs de cru.

Art. 3.—Les alcools versés sur les vins et destinés à être exportés demeurent affranchis de tous droits aux conditions déterminées par la législation ancienne.

Dans tous les autres cas, les alcools versés sur les vins jusqu'à concurrence d'une force alcoolique de 15 degrés, seront immédiatement soumis à une taxe de 25 francs par hectolitre en principal.

Au delà de 15 degrés et jusqu'à 25 degrés inclusivement, l'alcool reconnu ou introduit dans les vins sera frappé des doubles droits de consommation, d'entrée et d'octroi, indépendamment des taxes spéciales aux vins.

Les vins présentant une force alcoolique de plus de 25 degrés demeurent imposables comme alcool pur pour leur volume total, d'après le tarif applicable aux eaux-de-vie et esprits en cercles.

Lorsque la force alcoolique des vins est supérieure à 15 degrés, les déclarations d'enlèvement doivent indiquer la force alcoolique réelle de ces vins.

Art. 4. — Les alcools dénaturés, de manière à ne pouvoir être consommés comme boissons, seront soumis en tous lieux à une taxe spéciale dite de dénaturation, dont le taux est fixé en principal à 25 francs par hectolitre d'alcool pur.

Le droit d'octroi sur les alcools dénaturés ne pourra pas excéder le quart de la taxe d'octroi, sur les eaux-de-vie et esprits en cercles.

Art. 5. — Le comité des arts et manufactures déterminera pour chaque branche d'industrie les conditions dans lesquelles la dénaturation des alcools devra être opérée en présence des employés de la régie.

Art. 6. — La disposition de la loi du 21 avril 1832, qui oblige les distillateurs et les marchands en gros établis dans les villes à présenter une caution solvable qui s'engage solidairement avec eux à payer les droits constatés à leur charge, est rendue applicable, pour les taxes générales et locales, à tous les distillateurs de profession, et à tous les marchands en gros indistinctement.

La même obligation pourra être imposée par la régie aux personnes qui, faisant le commerce en détail des eaux-de-vie, esprits et liqueurs, auraient en leur possession plus de 10 hectolitres d'alcool.

Art. 7. — Les contraventions à la présente loi et toutes autres contraventions qui, se rapportant à la distillation ainsi qu'au commerce en gros ou en détail des spiritueux, donnent lieu maintenant à l'applicotion des articles 95, 96, 106 et 143 de la loi du 28 avril 1816, seront frappées des peines édictées par l'article 1er de la loi du 28 fevrier 1872.

EAUX MINÉRALES. — M. le docteur Buez, ex-médecin militaire, et confrère très-distingué, nous signale, au sujet de la question actuellement soulevée de l'inspectorat des eaux minérales, la situation que vient de lui faire l'administration de Martigny-les-Bains (Vosges). M. Buez est venu s'installer à Martigny sur la foi de conventions *verbales* faites avec l'administration, avec promesse par celle-ci de s'employer activement à le faire nommer inspecteur. Au lieu de cela, il vient d'être purement et simplement *remercié*, après trois ans consacrés à fonder le succès de l'établissement. Notre confrère fait remarquer à cette occasion que le titre *officiel* d'inspecteur met à l'abri de ces sortes de mésaventures, contre lesquelles le corps médical doit protester.

— La *Voix* publie les informations suivantes sur l'état sanitaire de Saint-Pétersbourg :

La variole continue à sévir avec la même intensité que lo première semaine de son apparition. Le nombre des cas nouveaux, la semaine dernière, a été de 109, celui des guérisons de 50, et celui des décès de 23. Le 21 juin, à midi, il restait 199 malades en traitement. Depuis l'explosion de l'épidémie, il y a eu en tout 515 cas, avec 242 guérisons et 102 décès.

Les cas de choléra continuent, mais leur chiffre est jusqu'à présent très-restreint. Du 15 au 21 juin, il n'y a eu dans les hôpitaux que 26 cholériques, dont 10 sont morts.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG. — Le nombre des étudiants inscrits à l'Université de Strasbourg est de 207. La plupart appartiennent aux provinces rhénanes et à l'Allemagne du Nord, 60 sont de l'Alsace-Lorraine, 7 de la Russie, et 12 de la Suisse, de l'Angleterre et de l'Amérique.

Clinique des maladies des yeux. — M. le docteur Adolphe Piéchaud a commencé ses consultations gratuites le lundi 15 juillet, à une heure, à son dispensaire, rue de Seine, 41, et les continuera tous les jours à la même heure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 6 au 12 juillet 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 7.— Rougeole, 15.— Scarlatine, 4.— Fièvre typhoïde, 18. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 48. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1.— Choléra nostras, 4. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 9. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 211. — Affections chroniques, 258 (1). — Affections chirurgicales, 41. — Causes accidentelles, 29. — Total, 689.

Londres : Décès du 30 juin au 6 juillet 1872, 1193. — Variole, 35; rougeole, 42; scarlatine, 17 ; croup, 14 ; coqueluche, 46; fièvre typhoïde, 13; diarrhée, 61; bronchite, 72 ; pneumonie, 36.

Rome : Décès du 24 au 30 juin 1872, 201.— Fièvre typhoïde, 9; variole, 8 ; croup et diphthérie, 10; pneumonie, 7 ; bronchite, 9.

Turin : Décès du 24 au 30 juin 1872, 102. — Diphthérie et croup, 4 ; variole, 1 ; Fièvre typhoïde, 4.

(1) Sur ce chiffre de 258 décès, 117 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Relevé statistique de la clinique ophthalmologique du docteur Wecker, par G. Martin, chef de clinique (opérations pratiquées pendant le second semestre de 1871). In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

Manuel de chirurgie anatomique, par W. Roser. 2e édition. Ouvrage traduit de l'allemand par les docteurs Culmann et Sengel (de Forbach), avec 90 figures intercalées dans le texte. La première édition française a paru sous le titre d'*Éléments de pathologie chirurgicale spéciale et de médecine opératoire.* 12 fr.

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur Xano. T. II, III, et dernière partie, avec figures intercalées dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 5 fr. 50
Ouvrage complet, 2 fort vol. in-8. 28 fr.

Des hémorrhagies intra-rachidiennes. Hémorrhagies méningées et hémorrhagies de la moelle, par le docteur G. Hayem. 1 vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. 4 fr.

De la contagion, par le docteur Dieulafoy. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

Clinique chirurgicale. Mémoires de chirurgie et d'obstétrique, par le professeur F. Rizzoli. Traduit de l'italien par le docteur Andreini. 1 fort vol., accompagné de 103 figures dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 12 fr.

Guide des baigneurs aux eaux minérales de Plombières, par les docteurs Hutin et Bottentuit. 6e édition, entièrement refondue, accompagnée de 41 gravures et d'une carte des environs de Plombières. 1 vol. in-32 cartonné en toile. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Arséniate d'antimoine; son emploi thérapeutique sous forme de granules, par le docteur Papillaud et E. Mousnier. — Marennes, chez A. Florentin aîné.

Observations et statistique pour servir à l'histoire des amputations, par le docteur L. Robuchon. In-4° de 76 pages. Paris. 2 fr. 50

Des grossesses extra-utérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie. Pratiquées avec succès par M. Kœberlé, pour extraire deux fœtus extra-utérins, par Théodore Keller. In-8 de 75 pages. Paris, 1872. 2 fr.

Parallèle des eaux minérales de la France et de l'Allemagne. Guide pratique du médecin et du malade, par Ernest Barrault. 1 vol. in-18 de près de 350 pages. 3 fr. 30

Les eaux minérales de la France, mises en regard des eaux minérales de l'Allemagne. Rapport présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris par M. le docteur Durand-Fardel. In-8 de 80 pages. 1 fr. 50

Météorologie et maladies régnantes, observées à Perpignan pendant l'année 1869, par M. le docteur J. Tines. In-8 de 148 pages. 2 fr. 50

De la lithotritie périnéale ou *Nouvelle manière d'opérer les calculeux*, par M. le professeur Dolbeau. 1 vol in-8 avec 23 figures dans le texte, et une planche lithographiée dessinée d'après nature. Paris, G. Masson. 4 fr.

Traité élémentaire de pathologie interne, par MM. Folin et Simon Duplay. Tome IV, fascicule 1er. Ce fascicule, qui renferme environ 200 pages avec 34 figures, toutes originales, comprend les maladies de l'appareil auditif, et commence les maladies de l'appareil de la vision. 1 vol. in-8. G. Masson. 4 fr.

Précis de manuel opératoire ; ligature des artères, par le docteur L. H. Farabeuf. 1 vol. in-18 avec 43 figures dans le texte. G. Masson. 4 fr.

Le cancer, considéré comme souche tuberculeuse, par le docteur Édouard Burdel. 1 vol in-8. G. Masson. 4 fr.

Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie, par M. le professeur Maurice Perrin. Deuxième partie, 1 fascicule grand in-8 de 200 pages. G. Masson. L'ouvrage complet, avec atlas. 35 fr.

Mélanges médico-psychologiques, par le docteur Cerise, avec une notice biographique sur le docteur Cerise, par le docteur Foissac. 1 vol. in-8. G. Masson. 7 fr. 50

Gymnastique de chambre, médicale et hygiénique, par Schreber. Troisième édition, traduite sur la 13e édition allemande, par Aug. Delondre. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. G. Masson. 3 fr. 50

Instruction sur la recherche des poisons et la détermination des taches de sang dans les expertises chimico-légales, à l'usage des pharmaciens, des médecins et des avocats, par le docteur Jul. Otto. 2e édition, traduite sur la 4e édition allemande, par M. G. E. Strohl. 1. vol. grand in-8 avec figures. G. Masson. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, *chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 25 juillet 1872.

DES FERMENTATIONS.

Il est dans la science des mots dont la destinée est malheureuse. Ils échappent, dès leur création, à une définition exacte; dès lors, chaque auteur en crée une à sa guise et selon ses idées favorites. C'est toujours le même mot employé dans les discussions ou imprimé dans les livres, mais le sens attribué par chacun diffère plus ou moins, tantôt par une nuance, quelquefois du tout au tout. On conçoit sans peine dans quel trouble ces différentes acceptions doivent jeter celui qui recherche patiemment la vérité. Le mot ferment est dans ce cas : il a été employé d'abord pour représenter un fait vulgaire: la transformation du suc sucré des fruits en boisson alcoolique. Puis, à côté de ce fait si remarquable, chaque auteur est venu grouper d'autres faits qui, d'après sa manière de voir, étaient analogues au premier; mais cette analogie, légitime pour les uns, semble inadmissible aux autres. Le nombre des ferments est aujourd'hui considérable, mais les chimistes ne sont pas d'accord sur le point de savoir si certaines décompositions doivent ou non être considérées comme résultant d'une véritable fermentation.

Enfin les auteurs ont voulu expliquer le phénomène, et les explications étant contradictoires, n'ont pas toujours élucidé le problème que viennent quelquefois compliquer les questions de personnes si fatales pour la science. L'étude des ferments est cependant si importante pour le médecin, que je me propose d'exposer le plus clairement que je pourrai le faire l'état de la science en ce moment, non sans me dissimuler combien les obstacles sont grands et la tâche difficile.

I

Selon Pline, on prépare le levain (*fermentum*) avec la farine ordinaire. On en fait une pâte non salée que l'on fait cuire comme une bouillie, après quoi on l'abandonne jusqu'à ce qu'elle s'aigrisse. Ordinairement on se dispense de la faire cuire; on se sert de la matière gardée de la veille. Le pain fermenté est plus sain que le pain non fermenté.

D'après le même auteur, pendant la saison des vendanges, on pétrissait de la farine de millet avec du moût de raisin blanc, et l'on formait avec cette pâte de petites masses séchées au soleil. Au moment de s'en servir, on les délayait dans l'eau, et on les mélangeait à la farine.

Dans les Gaules et dans les pays à bière, on se servait de levûre de bière, absolument comme les pâtissiers le font encore de nos jours. C'est à l'emploi de cette levûre que les Romains attribuaient la légèreté du pain des Gaulois. Cette opinion des Romains était parfaitement juste. On sait, en effet, combien le levain additionné de levûre devient actif, et quelle légèreté il donne à la pâte du pain, si la quantité ajoutée n'est pas trop grande. On voit par ces quelques faits rapportés par Pline que dès le début, la fermentation alcoolique et la fermentation panaire semblaient des phénomènes analogues, et pouvant au besoin, et à l'intensité près, se substituer l'un à l'autre. La science moderne a démontré l'identité absolue de ces deux fermentations; non-seulement on retrouve dans le pain le *Torula cerevisiæ*, mais encore, en prenant quelques précautions, on peut extraire des pains prêts à enfourner, de l'alcool vinique parfaitement reconnaissable. J'ai répété cette expérience avec succès.

Van Helmont reconnaît le premier l'identité des gaz qui proviennent de la fermentation et de la combustion du charbon. « Il est des corps, dit-il, qui renferment l'esprit sylvestre, et qui s'y résolvent presque entièrement; il y est alors comme fixé ou solidifié. On le fait sortir de cet état par le ferment, comme cela s'observe dans la fermentation du vin, du pain, de l'hydromel ».

La fermentation et la putréfaction, dit Kunckel, sont sœurs.

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

Suite. — (Voyez les numéros 8, 9, 11, 13, 16, 17, 20, 22, 24 et 28.)

ALLEMAGNE.

Tout en rangeant sous une même dénomination géographique consacrée par l'usage ce que nous avons à dire de l'organisation de la médecine dans l'ancienne Confédération germanique, nous comptons étudier séparément les principaux systèmes universitaires de ce vaste pays, qui diffèrent essentiellement en Autriche, en Prusse, en Saxe et en Bavière.

Le livre de M. Jaccoud, auquel nous renvoyons les lecteurs qui désireraient connaître d'une manière tout à fait complète l'organisation allemande (*De l'organisation des Facultés de médecine en Allemagne*), a paru en 1864. Notre dernier séjour outre-Rhin est de 1869; nous aurons soin de consigner, dans cet article de journal, quelques rectifications indispensables à l'excellent travail de notre savant confrère.

Les Facultés de médecine établies par les universités des États de la Confédération se subdivisent ainsi : Vienne et Prague, en Autriche; Berlin, Breslau, Königsberg, Greifswald, Halle et Bonn, en Prusse; Göttingen, en Hanovre; Leipzig et Iéna, en Saxe; Wurzburg, Erlangen et Munich, en Bavière; Heidelberg, Tübingen, en Wurtemberg; Giessen et Marburg, dans la Hesse; Freiburg en Brisgau, en Bade.

Commençons tout naturellement par les généralités, c'est-à-dire par ce que nous trouvons de commun dans le système germanique. Ce n'est pas, comme on pourrait le croire, l'examen d'État qui n'existe pas partout, et qui n'est uniforme que dans les principaux États de la Confédération du Nord, ce n'est pas davantage la collation des grades et l'ordre et le

Elles sont intimement liées entre elles. Une température douce et humide favorise l'une et l'autre. Les acides et les plantes amères sont, ainsi que le froid, un obstacle pour la fermentation. Toutes ces observations sont parfaitement exactes, et dénotent un expérimentateur habile; malheureusement Kunckel veut donner des explications, et cesse d'être aussi clair. Les acides, dit-il, empêchent la fermentation parce qu'ils en tirent leur origine. Selon lui, la plupart des maladies de l'estomac sont dues à une sorte de fermentation, par conséquent les acides et les amers, s'opposant à la fermentation, guériront ces maladies. Le sucre, au contraire, doit être proscrit, parce qu'il augmente la fermentation. On peut voir dans cette courte citation ce grand observateur abusant déjà du mot ferment pour donner l'explication de maladies qui reconnaissent, sans doute, toute autre cause.

Un chimiste né à Vicence, mais qui passa toute sa vie en Allemagne, Angelus Sala, qui exerçait la médecine à Dresde en 1602, donne de la fermentation une définition remarquable. Suivant lui, c'est un mouvement intime des particules élémentaires qui tendent à se grouper dans un ordre différent, pour donner naissance à un composé nouveau.

A cette époque, quelques alchimistes pensaient que tous les corps de la nature sont susceptibles de fermenter. On voit que l'extension des phénomènes de fermentation aux autres réactions n'est pas nouvelle. Sala soutient que les métaux ne peuvent fermenter, parce qu'ils ne sont pas vivants, et qu'on n'en peut retirer aucune quintessence. Ainsi, suivant lui, la fermentation ne pouvait s'accomplir qu'au sein de matières ayant vécu, c'est-à-dire organiques. Cette idée règne encore de nos jours, bien qu'elle soit au fond difficile à défendre. L'acide sulfurique et la diastase transforment tous deux l'amidon en sucre, cependant on refuse au premier le nom de ferment qu'on accorde à l'autre; évidemment parce que, par un consentement tacite, tout ferment doit être de nature organique.

Lemery, dont les travaux sur la chimie ont eu tant d'éclat, et qui a fait école, définit très-nettement la fermentation. « C'est une ébullition causée par les esprits qui, cherchant une issue pour sortir de quelque corps, et rencontrant des parties terrestres et grossières qui s'opposent à leur passage, font gonfler et raréfier la matière jusqu'à ce qu'ils en soient détachés; or, dans ce détachement les esprits divisent, subtilisent et séparent les principes, en sorte qu'ils rendent la matière d'une autre nature qu'elle était auparavant.

» Quoiqu'il y ait quelque différence entre l'effervescence et la fermentation, comme nous l'avons montré, néanmoins on confond ces sortes d'ébullitions, et l'on ne se fait point de scrupules de prendre l'une pour l'autre ».

On conçoit que, pour cet esprit qui voulait tout expliquer, le mot fermentation ait été un trait de lumière, par le vague des phénomènes qu'il représentait. Veut-on savoir pourquoi le verjus est plus acide que les autres raisins? Rien de plus simple. « Le raisin étant plus gros, son suc devient moins styptique et plus aigre : c'est ce qu'on appelle verjus; il s'est fait alors une légère fermentation qui, ayant en quelque manière raréfié et attendri les fibres du fruit, les acides ne sont plus si engagés dans le terrestre, ainsi ils picotent plus la langue qu'ils ne faisoient. »

La définition donnée par Sala est bien préférable; elle est scientifique et claire. Il est impardonnable à l'époque où écrivait Lemery, de confondre la fermentation, l'ébullition et l'effervescence, et surtout, après une semblable confusion, de se servir du mot ferment pour expliquer des phénomènes sans rapports entre eux. Nous allons arriver à une période où la méthode expérimentale va enfin répandre un peu de lumière sur cette question.

Lavoisier reconnaît que les poids de l'acide carbonique et de l'alcool dégagés pendant la fermentation représentent à peu près le poids du sucre employé, et pense que, sans la formation de corps accidentels, l'équation serait exacte. Dubrunfaut constate que le sucre de canne, avant de fermenter, se transforme en glucose en s'assimilant les éléments de l'eau. Ce fait avait été pressenti par Dumas et Boulley. On voit que jusqu'à cette époque la cause même de la fermentation était ignorée. Le végétal, origine première du phénomène, échappait aux yeux par sa petitesse, lorsque la vulgarisation du microscope fit faire un pas considérable à la question.

En 1837, Cagnard de la Tour reconnut que la levûre est constituée par des globules qui se reproduisent par bourgeonnement; c'est à lui que revient par conséquent l'honneur d'avoir démontré que le ferment était un être vivant. L'année suivante, Turpin lui donna le nom de *Torula cerevisiæ*, et crut à tort qu'il constituait, non pas un végétal spécial, mais bien le proto-organisme du champignon bleu que tout le monde a vu se développer sur l'encre, le *Penicillium glaucum*.

---

nombre des examens également dissemblables, c'est en première importance la situation légale toute particulière des universités.

L'université allemande est dans l'État un corps indépendant, c'est une corporation et une corporation privilégiée. Au point de vue administratif aussi bien qu'au point de vue scientifique, elle s'administre elle-même. Ses documents et ceux de ses professeurs titulaires ne sont pas soumis, dans les pays où celle-ci existe encore, à la censure. Elle a des fonds propres, inaliénables, qui permettent à quelques-unes d'entre elles de se passer de subsides du gouvernement; elle jouit enfin d'une juridiction particulière, en vertu de laquelle ses élèves sont soustraits à la juridiction ordinaire, au moins pour un certain nombre de fautes et délits. Cette autonomie et ces privilèges expliquent bien la considération et la notoriété attachées en Allemagne au titre de professeur, ainsi que les progrès réalisés par les Allemands. Il y a plus, l'indépendance des universités a créé forcément entre elles des rapports bienveillants, élèves et professeurs vont de l'une à l'autre, les certificats d'études sont reçus par l'une et par l'autre, et, par suite de ces échanges incessants, chacune recherchant le progrès, l'organisation scientifique de leur corps enseignant est devenue à peu près identique.

Toute Faculté se compose de professeurs ordinaires, de professeurs extrordinaires et de privat-docenten. Commençons par ce dernier grade, pour être d'accord avec l'habitude et les règlements, sauf les exceptions que nous indiquerons.

Le privat-docent doit être docteur en médecine d'une Faculté allemande, quelle qu'elle soit; il a dû produire sa biographie, indiquer la branche qu'il désire professer et le programme qu'il compte suivre. Il joint une thèse ou mémoire sur un sujet de ce programme. Une commission de la Faculté, composée de deux membres, examine les titres du candidat et fait un rapport à la Faculté réunie, qui prononce, à la majorité absolue, l'admission ou le rejet. Si le candidat est admis, il fait une leçon publique (*Probevorlesung*), le plus souvent

La conséquence de cette découverte considérable fut que le dédoublement de la substance fermentescible était un acte physiologique dû au champignon du ferment. Ce dernier, comme tous les animaux et comme quelques végétaux (notamment les champignons microscopiques), se nourrit de matières organiques qu'il dédouble, soit directement en acide carbonique et en eau, soit en composés organiques moins complexes, de telle sorte que la décomposition effectuée se traduit toujours par une certaine quantité de calorique ou de force, rendue disponible et utilisée par le végétal. On peut prouver péremptoirement que la production de l'alcool est un phénomène lié à la vie. En effet, dès que le ferment est broyé ou empoisonné, dès qu'on le met, en un mot, dans des conditions où la vie est impossible, la production de l'alcool cesse.

Tandis qu'en France, la méthode expérimentale jetait tant de lumière sur cette question, Berzelius niait l'organisation de la levûre, et expliquait la fermentation par la catalyse ou force de contact à laquelle il venait de donner un nom.

M. Liebig voit dans une décomposition un mouvement susceptible de se communiquer de la molécule qui se décompose à celle qui, sans ce contact, fût restée entière. Selon lui, le ferment est susceptible d'entrer en décomposition et de communiquer au sucre, par une sorte d'ébranlement, la propriété de se décomposer. Gerhardt adopta cette opinion.

C'est à cette époque que M. Berthelot publia de nombreux mémoires sur ce sujet. D'après lui, l'alcool peut se produire sans le concours de la levûre de bière, aux dépens de substances telles que la dextrine, le glucose, la mannite, etc., en contact avec une matière azotée servant de ferment, pouvant être privée de structure et ne subissant pas la putréfaction. Toutefois, on observe à la fin de l'opération un grand nombre de granulations moléculaires.

A côté des ferments organisés, et par conséquent insolubles, il admet toute une classe de ferments solubles, et par conséquent dénués de forme et de vie. Tels sont la pepsine, la diastase, etc. Selon lui, les ferments vivants ne font probablement que sécréter ou excréter un ferment soluble qui agit sur le corps fermentescible, de telle sorte que, finalement, les vrais ferments seraient des corps purement chimiques. Il ne pense pas que le ferment seul puisse donner naissance aux produits de la fermentation. Ce fait est hors de doute, et nul n'était plus autorisé pour le proclamer que l'auteur de tant de synthèses remarquables. Sans le *Torula cerevisiæ*, nul doute que l'alcool ne fût un corps excessivement rare. Peut-être même ne serait-il pas encore découvert, mais on pourrait néanmoins, dans l'état actuel de la science, l'obtenir et le mettre au rang des curiosités de laboratoire, ce qui ne serait peut-être pas un mal. La division des ferments en solubles et insolubles ou vivants mérite de fixer l'attention. Bien qu'au fond le phénomène puisse être le même dans les deux cas, néanmoins la présence ou l'absence d'un être vivant constituent un fait remarquable qui justifie une appellation spéciale. Dans son excellente thèse sur les ferments, M. Gautier, à qui nous faisons de nombreux emprunts, les appelle ferments figurés ou non figurés, suivant qu'ils sont insolubles ou non.

C'est à cette époque que M. Pasteur a publié ses importants mémoires sur les diverses fermentations. Il a découvert plusieurs faits remarquables. Le premier est relatif à la production de la glycérine et de l'acide succinique pendant la fermentation alcoolique. C'est là un fait capital qui avait échappé à l'attention des autres chimistes, et qui est aujourd'hui démontré. Le deuxième touche à la production même des ferments. On ignorait comment ces corps prenaient naissance. M. Pasteur a prouvé que dans aucun cas ils ne se développaient spontanément et qu'ils naissaient toujours de parents semblables à eux, absolument comme les êtres organisés de plus forte taille, dont nous pouvons suivre plus facilement les évolutions.

D'après M. Pasteur, l'opinion de M. Liebig sur la décomposition du ferment et la communication de cette décomposition par ébranlement ou toute autre manière n'est pas exacte. Pour lui, *c'est parce qu'il vit*, que le ferment produit de l'alcool. Dès qu'il meurt, la production cesse. C'est, on le voit, l'opinion primitivement émise par Cagnard de la Tour et Turpin, qui, au lieu d'être une simple allégation, se trouve appuyée par des expériences nombreuses, bien instituées et bien conduites.

Tel est l'état de la science aujourd'hui; deux théories sont en présence :

1° La théorie allemande qui dit : le ferment se décompose et communique son mouvement de décomposition au sucre;

2° La théorie française suivant laquelle le ferment *pour vivre* décompose ses aliments, et en particulier dédouble le sucre en alcool et autres produits;

3° Quelle que soit la théorie adoptée, le dédoublement du corps fermentescible doit se produire sous l'influence d'un corps *non vivant* qui serait produit par la décomposition du ferment, ou sécrété par lui dans un but physiologique. Ici on

---

en allemand, quelquefois en latin, sur un sujet donné par la Faculté; puis il soutient sa thèse ou la matière de sa leçon dans une conférence (*Colloquium*) à laquelle prennent part tous les professeurs ordinaires. La Faculté décide encore si le candidat a fait preuve de savoir, et dans l'affirmative il fait une deuxième leçon, publique également, sur un sujet donné. S'il est nommé, le doyen de la faculté avise le recteur, qui fait part au ministre de cette nomination. Dans la plupart des Facultés allemandes, les privat-docenten ne sont pas en nombre limité. Ce n'est pas davantage un concours entre plusieurs candidats pour une seule place; celui qui recherche cette position se présente parfois pour professer une matière déjà enseignée, et il n'est pas rare de rencontrer dans une même faculté plusieurs professeurs particuliers de médecine légale, d'obstétrique, etc.

Les privat-docenten n'ont pas d'honoraires fixes, ils se font payer par leurs élèves et ne peuvent faire de cours gratuits sur un sujet déjà enseigné dans un cours payé. Nommés sans que la durée de leurs fonctions soit limitée, ils perdent leurs titres et leurs droits lorsqu'ils restent une année sans faire de cours. Ces cours, déterminés par la Faculté, sont officiels et inscrits au programme de chaque semestre.

Il faut ajouter que toutes les Facultés joignent au privilége de conférer les grades le monopole de l'enseignement; nul ne peut professer sans posséder au moins le grade de privat-docent et être attaché à une Faculté. L'enseignement libre n'existe donc pas en Allemagne.

Les professeurs extraordinaires, aussi bien que dans les autres pays où les deux classes existent, ont été établis pour suppléer à l'insuffisance du nombre des professeurs ordinaires, en même temps que pour servir de stage à l'ordinariat. Ils doivent être privat-docenten, sont nommés à vie par le ministre, mais sur la proposition de la Faculté, pour une chaire déterminée. Dans certaines Facultés, ils n'ont pas d'honoraires fixes, dans d'autres ils en reçoivent, le plus souvent, lorsqu'il s'agit de chaires spéciales, l'histoire de la médecine, par

voit qu'on cherche à faire un pas de plus dans la question; si, en effet, on adopte la théorie française, il s'agit d'expliquer le mécanisme du dédoublement du corps fermentescible au lieu de se contenter purement et simplement de dire que c'est un phénomène vital. Cette recherche est d'autant plus légitime qu'on connaît des corps solubles, et par conséquent dénués de vie, qui opèrent des dédoublements analogues. Si ces considérations, dues à M. Berthelot, sont adoptées, on est conduit ainsi à réserver le nom de ferment, non plus au corps organisé lui-même, mais au produit sécrété par lui pour opérer le dédoublement; au corps qui est l'*ultimum scindens*, l'agent véritable de la destruction du corps fermentescible. On voit comment petit à petit, soit par les progrès de la science, soit par tout autre motif, les mots sont déviés de leur sens primitif. Le ferment par excellence, la levûre de bière qui a servi de type à tous les autres, cesserait ainsi d'être un ferment véritable. Même aventure est arrivée au sel marin, qui, après avoir servi de type à toute la classe des sels, s'est vu exclu de cette classe par les chimistes qui n'admettaient que les sels amphides.

Je pense qu'il faut bien se garder de changer ainsi l'acception des mots, sous peine de tomber dans la diffusion. Le mot le meilleur est celui qui est le mieux compris par le plus grand nombre. Que si les progrès de la science montrent que nos prédécesseurs se sont trompés sur sa véritable valeur, il convient néanmoins de le conserver tel quel; il devient ainsi une preuve des progrès accomplis depuis sa création, et un monument historique.

Toutefois, ces considérations permettent de placer à côté de l'étude des ferments par excellence, dont le type est la levûre de bière; celle des ferments solubles qui opèrent des dédoublements tout en n'étant pas organisés. La dénomination de ferment rappellera l'analogie de leur action, et l'adjectif soluble suffira pour éviter toute amphibologie.

II

Pour se faire une idée nette des fermentations, il est nécessaire de comprendre, autant que possible, les phénomènes qui accompagnent l'une d'elles, prise indifféremment pour type, de manière à pouvoir ensuite étendre à toute la classe des ferments les lois découvertes dans l'étude du cas particulier. Cette méthode est sinon philosophique, au moins très-pratique pour comprendre bien et vite. C'est elle que nous adoptons. Dans l'exposé historique qui forme la première partie de ces lignes, et qui se termine aux derniers travaux contemporains, le lecteur a pu apprécier les raisons pour lesquelles on doit (au moins au point de vue historique, qui a l'avantage d'être invariable) diviser les ferments en insolubles ou figurés et vivants, et solubles, ou non figurés et non organisés. Nous conserverons cette division. Toutefois, avant de commencer cette étude, il faudrait donner du mot ferment une définition qui fût concise, donnât une idée exacte du phénomène, et pût satisfaire, si possible, les auteurs qui ont sur l'essence même de la fermentation des idées assez différentes. J'avoue ne pas pouvoir résoudre ce problème, et crois préférable de remplacer une définition qui serait forcément incomplète et attaquable par les considérations suivantes :

Dans toute fermentation, il y a trois choses à considérer :
1° Le ferment;
2° Le corps fermentescible;
3° Les produits de la fermentation.

1° *Le ferment* est toujours un corps organique et souvent organisé. La proportion du ferment par rapport à celle de la matière fermentescible est toujours minime. Il est possible qu'une même quantité de ferment puisse servir indéfiniment, bien que le fait ne soit pas démontré. Lorsque le ferment est organisé, son action est anéantie toutes les fois qu'on le place dans des conditions incompatibles avec l'existence d'animaux ou de végétaux, telles que température trop basse ou trop élevée, corps chimiques agissant comme poisons, etc. Il est fort remarquable que plusieurs ferments solubles se comportent de même lorsqu'on les place dans de semblables circonstances. L'origine des ferments est tantôt animale, tantôt végétale; ils sont tous azotés.

2° *Le corps fermentescible* est toujours une matière organique dont la molécule est plus ou moins compliquée, et qui, dans l'immense majorité des cas, donne naissance à des corps dont la composition est moins complexe et se rapproche plus des composés minéraux proprement dits. Quelques-uns même, comme l'acide carbonique et l'hydrogène, ont perdu tout caractère organique. Une semblable modification implique forcément un dégagement de chaleur ou de forces rendues disponibles et utilisées physiologiquement, lorsque le ferment est vivant. Sous ce rapport, les ferments se comportent vis-à-vis la matière fermentescible, absolument comme l'animal

---

exemple, établies près des universités importantes. Dans tous les cas, leurs cours sont payés par les élèves qui les suivent, et ils sont tenus de professer eux-mêmes. L'Allemagne ne connaît pas la suppléance, dont on a tant abusé chez nous.

Les professeurs ordinaires sont choisis parmi les professeurs extraordinaires, au fur et à mesure d'une vacance, ou bien ils sont appelés d'une autre université, et, dans ce cas, choisis aussi bien parmi les ordinaires que parmi les extraordinaires. Cette dernière nomination est due parfois à une pétition formulée par la majorité des élèves, pétition à laquelle la Faculté est bien obligée de faire droit, puisque la rétribution des professeurs est en grande partie fournie par les étudiants, et qu'on a vu ceux-ci déserter une Faculté pour se transporter dans une autre, afin d'y suivre les leçons de maîtres justement célèbres. Dans la première hypothèse, la Faculté, composée des professeurs titulaires, annonce la vacance, reçoit les titres des postulants et présente au ministre une liste de trois noms, ou seulement un seul si le candidat proposé appartient à une autre Faculté. Le ministre n'a pas le droit de modifier cette liste, il la remet au chef de l'État qui choisit et nomme. Ce mode de nomination présente quelque analogie, ainsi que nous l'avons vu, avec celui usité en Portugal, mais je dois faire observer, pour l'honneur de ce petit pays, qu'il est encore là plus satisfaisant, plus indépendant qu'en Allemagne. Une fois nommé, le professeur titulaire peut faire son cours, mais il ne peut être élu doyen, il n'a pas droit au traitement de la Faculté qu'après avoir fait publier le programme de son enseignement et donné une leçon publique en latin dans le cours de l'année qui suit la date de sa nomination. Ces formalités, auxquelles un professeur ne songe point à se soustraire, existent encore dans la plupart des Facultés allemandes. Nommé à vie, le professeur ordinaire a droit à une retraite après trente ans de service. Ses honoraires, pendant le temps de son exercice, consistent : en un traitement fixe provenant le plus souvent de l'État ou des fonds de l'université, en une rétribution provenant des droits perçus par la Faculté sur les

vis-à-vis l'aliment. On sait du reste que les champignons microscopiques sont dans le même cas (1).

3° *Produits de la fermentation.* — Ils sont de nature organique ou inorganique. Ils conservent ou non le pouvoir rotatoire de la matière fermentescible. Ce pouvoir ne se crée probablement jamais pendant la fermentation. Les corps organiques résultant de la fermentation sont ordinairement un obstacle à la continuation de cette dernière, qui, pour s'effectuer normalement, doit en être débarrassée au fur et à mesure qu'ils se produisent. On voit que la décomposition du corps fermentescible par le ferment diffère de celle que peut lui faire subir le chimiste, en ce que ce dernier ramène brusquement la molécule organique à l'état de composés minéraux, tandis que le premier fait passer cette même molécule par un plus ou moins grand nombre d'états intermédiaires et, pour ainsi dire, en s'arrêtant à chaque échelon, au lieu de tomber d'un coup au bas de l'échelle. Le chimiste transforme facilement le sucre de canne en acide carbonique et en eau; les ferments arrivent au même résultat, mais en transformant successivement ce sucre en glucose, alcool et acide carbonique, vinaigre. On voit tout de suite l'importance du rôle qu'ils doivent jouer dans l'économie, puisqu'en définitive cette dernière doit incessamment résoudre le même problème.

Dr A. Coulier.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Névropathie cérébro-cardiaque, par le docteur M. Krishaber.

Suite. — (Voyez les numéros 20, 21, 23 26 et 27.)

Physiologie pathologique. — Nous voici placé devant un problème des plus difficiles à résoudre. Définir la nature d'une maladie, en déterminer le siége et le mode de production sont choses toujours très-ardues, même lorsqu'il s'agit d'une affection organique avec lésions matérielles bien déterminées. Mais autrement grande est la difficulté en présence d'une maladie dans laquelle les fonctions du système nerveux sont seules en cause. Il est cependant toujours possible d'énoncer les éléments d'un problème, de les étudier et de se rapprocher quelque peu, par là, de sa solution. Si nous sommes parvenu à montrer que dans cette quantité de phénomènes nerveux, précédemment énumérés, il y a une loi typique et constante, il nous sera permis aussi d'expliquer le *mécanisme immédiat* de ces phénomènes, tout en admettant que la cause première de leur production puisse nous rester inconnue.

Quelques multiples que soient les sources de la maladie qui nous occupe, les symptômes les plus nombreux et les plus importants, les premiers apparus et ceux qui, en même temps, durent le plus longtemps, sont tous dus à l'excitation du système nerveux central. L'insomnie, l'hyperesthésie des sens, leur perturbation, les impressions fausses qui s'y rattachent, les névralgies multiples et intenses, et même le vertige, les troubles de locomotion et de circulation sont, suivant notre conviction, l'expression d'une excitation profonde et persistante, excitation qui a porté sur la cellule nerveuse elle-même. Et d'abord, chez nos malades, l'insomnie et la vivacité des rêves poussés jusqu'aux hallucinations, constituent la manifestation la plus importante de l'excitation cérébrale. Mais l'insomnie conduit, d'une part, aux sensations de rêve et d'ivresse, et, d'autre part, à la fatigue et à l'épuisement intellectuels; d'où, tantôt exagération momentanée des facultés avec exubérance de pensées et d'idées, et tantôt hébêtement et complète impuissance. L'intelligence du malade subit cette loi générale de la physiologie, qui veut que la cessation et aussi la diminution considérable d'une fonction soit toujours précédée d'une période de suractivité. L'excitation cérébrale est donc la cause indirecte de l'épuisement : tous nos malades nous disent qu'à de courts instants, conceptions et souvenirs se pressent en foule dans leur cerveau, et que leur puissance intellectuelle se trouve singulièrement exaltée; des associations d'idées involontaires s'imposent et se succèdent, mais toujours sans frein et sans ordre, la faculté de les diriger vers un but unique étant affaiblie ou même abolie; cet état de surexcitation est invariablement suivi d'abattement, d'absence d'idées et d'indifférence absolue; mais n'oublions pas surtout, qu'au milieu de tout cela, les impressions venant du monde extérieur sont complétement faussées, et par l'impressionnabilité excessive des sens et par leurs aberrations multiples. A ces aberrations se rattachent, lorsqu'elles sont très prononcées, les conceptions les plus étranges : les images perçues sont tellement différentes de la vérité, que l'individu ainsi frappé est obligé de faire des efforts de mémoire et de jugement pour se rendre compte de la réalité des choses qui l'entourent, et même de l'identité de sa propre personne.

Il se trouve tellement changé qu'il croit être un autre; les personnes qui l'entourent lui semblent aussi avoir changé d'aspect et de physionomie; mais il sait que ses sens sont ma-

(1) J'ai constaté que si l'on sème de l'*Ascophora mucedo* sur environ 500 grammes de pain mouillé placé dans un bocal, la température peut s'élever de plus de 10 degrés et devient perceptible à la main. Si le bocal est fermé, la production de chaleur cesse faute d'oxygène. Elle recommence dès qu'on introduit un peu d'air.

élèves et en leçons toujours payées par ces derniers. L'ensemble de ces honoraires, de même que le nombre de professeurs, varie, on le conçoit aisément, d'une Faculté à l'autre, selon l'importance de celle-ci ou de celle-là, le nombre des élèves, etc. On sait déjà que nulle part les professeurs ne sont mieux rétribués qu'en Allemagne; on n'ignore pas non plus que la possibilité de passer d'une université à une autre entretient entre les maîtres une émulation, une volonté de mieux faire dont les élèves et la science bénéficient, aussi bien que les corps universitaires eux-mêmes.

Les professeurs ordinaires, réunis en conseil ou assemblée, nomment un doyen chaque année, sans droit de rééligibilité pour celui-ci. Dans quelques Facultés, tous les professeurs sont doyens à leur tour. En cas d'empêchement ou de maladie, c'est l'ancien doyen qui remplace son collègue. Les attributions des conseils de Facultés allemandes sont analogues aux nôtres; mais les Facultés, bien plus qu'en France, ne relèvent que de l'Université et non d'un département ministériel, et elles administrent librement leurs fonds. La gestion de chaque doyen est vérifiée par son successeur. La Prusse cependant fait exception; un curateur qui est toujours un fonctionnaire public est nommé près de chaque université pour surveiller l'emploi des fonds et donner son avis sur toutes les mesures financières qui intéressent celle-ci. Il est utile de faire remarquer enfin que le sénat universitaire, pouvoir suprême de la direction de chaque université, se compose partout, du recteur nommé pour un an par les professeurs ordinaires des quatre ou cinq Facultés, de son prédécesseur, des quatre ou cinq derniers doyens et de six membres nommés également parmi les professeurs, en totalité douze ou treize membres, selon le nombre des doyens, c'est-à-dire selon que les universités se composent de quatre ou cinq Facultés; droit, médecine, philosophie (ou lettres et sciences) et théologie; deux dans certains Etats, l'une protestante, l'autre catholique. Le sénat se rassemble deux fois par mois, sous la présidence du recteur, il est l'intermédiaire entre l'Etat et l'Université,

lades et le raisonnement le ramène constamment à la vérité de sa situation. Voilà pourquoi l'individu dont nous parlons n'est pas un aliéné avec lequel il partage les illusions sensorielles, mais *jamais* les conceptions délirantes.

C'est aussi aux perturbations sensorielles que nous rattachons le vertige.

Sans vouloir étudier ici le vertige en général, essayons cependant d'en déterminer le mécanisme. Si nous nous écartons de la définition classique, c'est que notre opinion s'est formée d'après l'analyse attentive de ce phénomène, tel que nous l'avons nous-même observé et expérimenté. Nous allons prendre pour type le vertige le plus commun, celui qu'on peut provoquer en quelque sorte physiologiquement, et qui est aussi passager qu'innocent ; nous parlons du vertige de la valse.

Un individu décrit pendant quelques minutes un mouvement de rotation autour de son axe vertical et un mouvement de circumduction autour de l'axe fictif d'une salle ; il a les yeux ouverts et les bras ordinairement appuyés sur une personne qui danse avec lui.

Lorsque, après quelques tours, le valseur s'arrête, il subit une illusion optique très-marquée, la salle tourne en sens inverse de la direction qu'il s'était donnée, il a la sensation du vertige (nous ne parlons en ce moment ni des palpitations, ni des nausées dont l'intensité est en raison directe de la durée de l'exercice). Si le même individu, à un autre moment, exécute la même danse *les yeux fermés*, le vertige provoqué sera moindre; et s'il l'exécute les bras libres, c'est-à-dire seul, le vertige sera encore moins prononcé. Or, s'il était possible d'abolir la sensibilité générale sur l'individu qui valse les *yeux fermés*, le vertige, nous en sommes convaincu, ne se produirait point; en d'autres termes, *ce qui donne le vertige n'est pas le fait même du mouvement anormal, mais c'est la conscience que nous avons de son exécution* ; supposez que la rotation de cet individu puisse avoir lieu *sans* que ses sens l'en avertissent, c'est-à-dire sans qu'il le sache, le vertige n'aura pas lieu.

L'organe central coordinateur de l'équilibre fonctionne en vertu d'impressions sensorielles qu'il reçoit; pour que le sentiment de l'équilibre soit intact, il faut que ces impressions soient normales et *qu'elles aient lieu suivant des lois que l'habitude leur a tracées*. Or, dans le mouvement de la valse, la sensibilité générale subit des impressions absolument insolites, car la plante des pieds glisse et tourne sur le sol au lieu de s'y poser avec son rhythme ordinaire, les bras accusent la présence à côté de soi d'une personne exécutant à son tour des mouvements insolites, et quant à la sensibilité rétinienne, elle subit, eu égard aux objets environnants, une impression tout aussi contraire à l'habitude.

Les personnes qui dansent souvent, mais surtout les danseurs de profession, *contractent l'habitude* de ces impressions sensorielles, et n'en subissent plus aucun effet.

Ce que nous disons du vertige causé par des mouvements de rotation et de circumduction, s'applique également à celui qui est dû aux mouvements de l'escarpolette ou du vaisseau, dont les effets ne diffèrent de ceux de la valse que par leur plus grande intensité.

Nous allons résumer notre pensée : *tout mouvement insolite que l'habitude nous fait accepter impunément tend à produire le vertige en violentant le consensus sensoriel.*

Mais il n'y a pas que les impressions fausses des sens qui donnent le vertige, leur impressionnabilité exagérée produit le même effet. L'hyperesthésie cutanée a sa part d'action dans la perte de la coordination du mouvement; l'hyperesthésie de l'ouïe et de la vue produit exactement le même effet. Nous avons constaté maintes fois sur nos malades qu'il suffisait d'une phrase prononcée à haute voix ou d'un rayon de lumière pour provoquer le vertige et les titubations. A tous ces titres, nous devons donc les considérer comme atteints de ce qu'on pourrait appeler le *vertigo a sensibus læsis.*

L'excitation étant la cause immédiate des phénomènes cérébraux, nous nous sommes demandé si elle n'a pas porté aussi sur le système nerveux vasculaire en produisant les troubles de la circulation? Nous ne nous dissimulons pas que par cet énoncé nous entrons dans le champ des hypothèses; toutefois, qu'on veuille bien distinguer entre l'hypothèse physiologique, dont l'application à la pathologie est inadmissible, et l'hypothèse qui consiste à se servir en pathologie de données expérimentales parfaitement établies, et de les appliquer à l'interprétation des phénomènes morbides. C'est là ce que nous allons essayer de faire. Quel est le problème à résoudre? Nous sommes en face de malades qui offrent tous les symptômes de l'anémie cérébrale poussée à son extrême limite sans altération dans la masse du sang, ou avec une altération de ce liquide très-peu prononcée. Nous sommes forcément conduit à admettre qu'il s'agit chez ces individus d'une anémie localisée, d'une *ischémie fonctionnelle* des *centres nerveux* ; c'est là ce que nous allons examiner.

Depuis la mémorable expérience de M. Claude Bernard qui, pour la première fois, a démontré l'existence et le mode d'action des nerfs vaso-moteurs, l'application à la médecine de cette donnée physiologique s'est multipliée jusqu'à l'abus. Nous éviterons une pareille erreur; nous sommes peu enclin à réduire à des lois mécaniques d'une trop grande simplicité, les manifestations complexes de la vie ; mais il nous semble très-légitime de tirer parti d'une expérience acceptée par tous et devenue vulgaire depuis un grand nombre d'années. Qu'il nous soit permis de citer deux des expériences les plus récentes de l'éminent professeur du Collége de France, qui nous parais-

---

est chargé de la discipline, des droits et intérêts de celle-ci; mais ne prend aucune part à la gestion proprement dite.

Après cette organisation générale commune à toutes les universités allemandes, nous devons encore signaler l'excellent fonctionnement des poli-cliniques qui existent presque partout. Cette clinique ambulante forme réellement d'excellents praticiens, nul doute qu'elle ne soit, après l'autonomie et l'indépendance des corps universitaires, ce que les esprits sérieux doivent chercher à établir dans les pays qui en sont privés. Ce que l'on appelle la poli-clinique comprend les consultations gratuites dans les services hospitaliers, avec distribution gratuite des médicaments et le traitement des malades à domicile. Les malades sont examinés et interrogés par les élèves, qui, en présence du professeur, établissent le diagnostic et formulent le traitement. Ces malades traités à domicile, et chacun a le droit de l'être, sont répartis entre les élèves auxquels incombe ce service, et qui chaque jour rendent compte de leurs visites. Toutes les fois que la gravité de la maladie l'exige, les malades sont visités par le professeur lui-même ou ses chefs de clinique. La poli-clinique fait partie intégrante de la Faculté, elle comprend nécessairement des services de médecine, de chirurgie et d'accouchements, subdivisés en spécialités dans les Facultés les plus importantes. Elle est indépendante des bureaux de bienfaisance dont l'organisation relève du budget de la ville, et les malades sont également libres de s'adresser à l'un ou l'autre de ces deux modes d'assistance publique.

Je pourrais m'étendre encore sur une troisième branche d'enseignement qui fait honneur aux pays dits allemands, c'est à-dire les instituts d'anatomie, de physiologie et de pathologie. Mais en germe, et même en réalité, ces instituts existent dans d'autres pays de l'Europe, en Italie, en Danemark et en France, exemple notre École pratique ; malheureusement la parcimonie de l'État ou le manque de fonds, l'absence d'initiative de nos Facultés, dont l'indépendance encore contestée est si nécessaire, nous laissent malheureuse-

sent mettre en relief, mieux que toutes les autres, le mode d'action des nerfs vaso-moteurs.

Une grenouille est empoisonnée avec une quantité si minime de curare (une goutte d'une solution au 200e) qu'elle peut survivre à l'action du poison qui, vu l'excessive impressionnabilité de cet animal, détermine cependant temporairement l'abolition complète de la fonction des nerfs moteurs; l'animal est immobile et dans un état de mort apparente, la circulation continue cependant à se faire, car il faut une dose beaucoup plus forte de curare pour agir sur les nerfs vaso-moteurs. L'animal ainsi préparé, un des sciatiques est mis à nu et divisé, et la membrane interdigitale de la même patte est placée sous le porte-objet d'un microscope; si alors on galvanise le bout périphérique du sciatique divisé, la patte reste immobile, les fibres du nerf dévolues à la motilité ayant perdu leur conductibilité; mais il n'en est pas de même des fibres vaso-motrices, et, en effet, pendant l'excitation, on constate, au microscope, la paleur instantanée des tissus par contraction des petits vaisseaux, le rétrécissement de leur calibre et l'ischémie consécutive; le rétrécissement a surtout porté sur la partie du système vasculaire dont la tunique musculaire est la plus puissante : les petites artères.

Cette expérience est variée de la façon suivante : Sur une grenouille curarisée comme précédemment, on met à nu les deux sciatiques; un de ces deux nerfs (le gauche) est divisé; l'autre (le droit) reste intact. La membrane interdigitale de la patte dont le sciatique est intact (le droit) est mis sous l'objectif du microscope. Si maintenant on galvanise le bout périphérique du sciatique divisé (le gauche), rien ne se produit d'aucun côté, les fibres motrices du nerf ayant perdu leur conductibilité par le curare, mais si l'on galvanise le bout central du sciatique divisé, on obtient dans la patte opposée, celle dont le sciatique est intact et dont la membrane interdigitale est en observation, une action très-manifeste sur la circulation locale. Comme dans l'expérience précitée, il se produit de la pâleur des tissus à la suite de la contraction des petits vaisseaux.

Les deux expériences ont donné des résultats identiques, la première par l'action *directe* qu'a subie la patte même sur laquelle l'excitation a porté, la seconde par action *réflexe* sur la patte opposée à celle qui a subi l'excitation.

Ces expériences (1) démontrent à la fois, et d'une manière irrécusable : 1° que le système nerveux vaso-moteur est autonome; 2° que l'anémie peut être produite par l'action seule des parois vasculaires et sans altération de la masse du sang; 3° que la contraction des vaisseaux peut être produite par action directe ou locale et par action réflexe ou éloignée, et que dans les deux cas l'anémie est étroitement localisée : c'est ce qu'on pourrait appeler une ischémie fonctionnelle. Ajoutons cependant que dans ces expériences l'ischémie est passagère, car le rétrécissement des vaisseaux dure à peine tout le temps de l'excitation; il est suivi de dilatation immédiate et à l'ischémie succède l'hypérémie : la physiologie n'a pu obtenir jusqu'ici expérimentalement la contraction *persistante* des vaisseaux.

(1) Faites, il y a quelques mois, au laboratoire du Collège de France.

Qu'on veuille bien nous pardonner cette digression physiologique; nous revenons à nos malades.

Le cortége des symptômes que nous avons signalés si souvent, et parmi lesquels dont nous rappellerons ici seulement le vertige, les étourdissements, les lipothymies, la parésie générale, les palpitations, les troubles de la locomotion, tels que incoordination et probablement même la paraplégie, s'expliqueraient parfaitement si nous pouvions admettre un défaut de sang dans les centres nerveux par rétrécissement des petites artères ; mais comment comprendre la *persistance* de ce phénomène? Nous voilà bien en face de l'inconnu; l'expérience nous abandonne en ce point. Mais de ce que le physiologiste n'a pas encore pu obtenir la contraction persistante, pour ainsi dire la *contracture* des petits vaisseaux, doit-on en conclure que ce phénomène ne peut pas se produire par des causes qui nous sont encore inconnues dans leur essence? Nous ne le croyons pas. Ce n'est pas la première fois que les faits cliniques devanceraient l'expérimentation qui les suivra peut-être plus tard, et essayera d'imiter le mécanisme morbide tel que nous l'observons sur le malade. Les moyens employés par l'expérimentateur ne sont-ils pas d'ailleurs très-différents des causes pathogéniques que nous constatons? L'expérimentateur produit l'ischémie par excitation, au moyen, par exemple, d'un courant galvanique appliqué une seule fois et pendant quelques instants seulement. Ce n'est pas ainsi que se présentent les causes qui ont déterminé les troubles de longue durée. Ici les causes sont multiples et souvent répétées, les effets s'effacent en partie et se corrigent, reparaissent ensuite, augmentent sous l'influence de causes additionnelles qui se présentent sous diverses formes et peut être pendant des années; ce n'est qu'à la longue qu'est déterminé l'effet définitif, qui peut ne pas être identique avec celui qui est obtenu par l'expérimentation, quoique dans les deux cas il s'agisse du même phénomène, le trouble circulatoire, et de la même cause, l'excitation. Il est, d'une part, permis d'admettre que la somme des excitations morbides successives, si elles s'étaient produites en une fois, eût conduit à un résultat identique avec celui de l'expérimentation; et il est certain, d'une autre part, que l'expérimentation, si elle pouvait imiter le *modus agendi* et la nature même des causes morbides, prédisposantes et efficientes, produirait à son tour les effets de celle-ci. Si les troubles fonctionnels provoqués par les agents de l'expérimentateur diffèrent par

---

ment bien en arrière de tout ce que nous avons vu en Allemagne. Des plumes plus autorisées que la nôtre, MM. Wurtz et Jaccoud, ont depuis plusieurs années signalé l'infériorité de la France; il doit nous suffire de renvoyer à leurs rapports officiels.

A. Dureau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Messieurs, permettez-moi de vous adresser encore quelques renseignements au sujet de l'exercice de la médecine en Suisse. Le Concordat, dont l'idée appartient à nos confrères de la Suisse allemande, fut formulé et soumis à l'acceptation de tous les cantons, il y a cinq ans environ. Les sociétés médicales des différents cantons furent mises en demeure de se prononcer pour l'adoption ou pour le rejet de cette convention, en vertu de laquelle un médecin peut, après avoir subi des examens, déterminés par un règlement, exercer la médecine dans tous les cantons concordataires. Les gouvernements des cantons laissèrent aux médecins le soin de prendre une décision à ce sujet.

Les cantons qui adhérèrent au concordat sont : Berne, Bâle, Soleure, Lucerne, Argovie, Zürich, Schaffhouse, Thurgovie, Saint-Gall, Appenzell, Zug, Uri, Schwitz, Unterwald et Glaris. De tous les cantons allemands, celui des Grisons est le seul qui n'y ait pas adhéré.

Les cinq cantons romands, savoir : Genève, Vaud, Neuchâtel, Fribourg et Valais, ainsi que le canton italien du Tessin, ont refusé d'adopter le concordat.

Donc, quinze cantons ont adhéré et sept ont refusé.

Fribourg est un canton romand et non allemand.

Les sept cantons non concordataires ont conservé leurs lois sur l'exercice de la médecine. Ces lois, qui varient de l'un à l'autre de ces cantons, ont cependant un point commun, c'est, pour quiconque veut pratiquer la médecine, l'obligation de passer des examens devant une commission de santé. On n'a le droit de pratiquer la médecine que dans le canton où l'on a subi les examens. Le nombre, le mode, la

certains points importants des troubles analogues provoqués par des causes pathogéniques, c'est que les conditions de production des phénomènes sont très-différentes (1).

En examinant la question sous une autre face, nous admettons aussi que si sur tel individu le système nerveux vaso-moteur répond à des excitations multiples par le resserrement des vaisseaux, resserrement qui deviendra persistant, sur tel autre, placé dans des conditions analogues, le resserrement vasculaire sera suivi de dilatation. C'est ainsi que des excitations répétées et prolongées, qui, d'aprèsnos observations, peuvent reproduire l'anémie persistante du cerveau, dans certains cas, au contraire, conduiront à l'hypérémie et à la congestion de cet organe : les mêmes excitations peuvent donner lieu à des effets opposés. Ces faits d'apparences contradictoires sont d'observation journalière en médecine; ils tiennent aux différences individuelles des organismes, dont l'analyse nous est le plus souvent impossible. Ce qui nous importe, à nous, ce qui reste toujours prouvé, c'est que le rétrécissement des petites artères peut être obtenu par l'excitation des vaso-moteurs, et que l'anémie alors est localisée, et nous ajouterons, basé sur nos propres observations, que rétrécissement et anémie peuvent être persistants.

Si, conformément à cette hypothèse, c'est aux parois des vaisseaux et non à la composition du liquide qu'elles contiennent, qu'il faut rapporter les phénomènes morbides, on comprendra pourquoi nos malades, avec les symptômes d'une anémie poussée jusqu'à sa dernière limite, gardent souvent les joues colorées, l'embonpoint et l'aspect général de la plus complète santé; on comprendra aussi le soulagement que leur procure, au moins à ceux qui sont le plus fortement frappés, la position horizontale à plan incliné, la tête baissée et les jambes élevées. On comprendra également jusqu'aux rémissions relatives et même jusqu'aux oscillations incessantes répétées parfois dans le courant de la même journée, et qui tantôt mettent le malade dans un état de calme relatif, tantôt lui font subir des recrudescences d'une intensité excessive; car il est très-admissible que les parois des petits vaisseaux, dont le jeu incessant a été si judicieusement comparé à celui du cœur, fonctionnent lorsqu'elles sont contractées comme à l'état normal, à cela près qu'elles laissent passer constamment une quantité de sang moindre : il surviendrait dans les vaisseaux rétrécis, comme cela existe à l'état normal, des dilatations et des resserrements relatifs à la suite d'impressions diverses. En poursuivant toujours la même hypothèse, il nous semble même très-plausible d'admettre que les vaisseaux dont les nerfs sont dans un état de suractivité morbide constante, subissent des alternatives beaucoup plus fréquentes et plus intenses que cela n'a lieu à l'état normal. Voilà donc posés les deux éléments de notre problème dont l'excitation et la contraction vasculaire sont l'expression, et l'ischémie fonctionnelle le terme; mais il est expérimentalement démontré que si le sang en qualité et en quantité normales agit à la façon d'un calmant, le défaut de ce liquide amène un effet inverse, de sorte que l'ischémie, à son tour, produit l'excitation, et nous venons de dire que celle-ci produit l'ischémie : *c'est ainsi qu'entre les deux causes il s'établit un parallélisme fonctionnel pathogénique.*

Nous ne nous dissimulons pas que notre interprétation n'est basée, en tant qu'application à la névrose que nous décrivons, sur aucune preuve positive; aussi ne saurions-nous assez répéter que c'est à titre de pure hypothèse que nous l'émettons. Il faut dire cependant qu'elle est singulièrement servie par des faits scientifiques bien établis, car si nous nous demandons pourquoi les causes d'excitation n'ont porté que sur la circulation des centres nerveux, nous trouvons encore une explication à la fois anatomique et physiologique. Mais de peur d'abuser de ces digressions dans le domaine du laboratoire, nous nous bornerons à citer ici textuellement une seule phrase d'un auteur qui, dans ces derniers temps, a attentivement étudié la structure des artères : « De tous les vaisseaux que j'ai passés en revue, nous dit-il (Gimbert, *Mém. sur la structure et la texture des artères*, p. 30. Paris, 1865), il n'en est pas qui aient une structure aussi simple que celui du cerveau; ici tout converge vers une seule propriété : LA CONTRACTILITÉ. »

Lorsqu'on embrasse d'un coup d'œil général l'ensemble des phénomènes dont nous nous occupons, on est frappé de l'analogie qu'ils offrent avec ceux d'un individu ayant éprouvé une émotion d'une extrême violence, à cela près que ceux-ci sont fugitifs. Une impression vive fait pâlir ou rougir les individus dits nerveux, sans que nous puissions déterminer en vertu de quelle raison les uns pâlissent et les autres rougissent, mais il s'agit certainement chaque fois de contraction ou de paralysie des vaisseaux de la face; or, ce qui se passe pour la circulation périphérique de la face a incontestablement lieu aussi pour les centres nerveux, et ces mêmes individus pâlissent ou rougissent de leur cerveau et de leur moelle. Il est d'exemple vulgaire qu'une frayeur vive produit instantanément tous les troubles de l'intelligence et de la locomotion qui caractérisent soit l'hypérémie, soit l'anémie des centres nerveux. Qui ne reconnaîtra au récit suivant, que nous empruntons à un acteur, un état passager que l'on rencontre très-fréquemment et qui n'est autre chose qu'un *état d'émotion* dont les effets se localisent dans les centres nerveux? « Lorsque, dit cet artiste, j'entrai pour la première fois en scène, je fus pris de palpitations avec sensation de strangulation et tendance à la défaillance.

(1) M. Brown-Sequard admet comme parfaitement démontrée l'existence d'une contracture persistante des vaisseaux de la moelle dans certains cas de paraplégie. Dans une des dernières séances de la Société de biologie, cet éminent physiologiste émit ses idées à ce sujet, et sur une remarque venue de notre part, a bien voulu entrer en quelques considérations fort intéressantes (voy. *Compte rendu de la Société de biologie*, séance du 13 juillet 1872; voy. aussi : *Leçons sur les nerfs vaso-moteurs*, Brown-Sequard, p. 20 et suiv. Paris, 1872).

---

durée, etc., des examens, ainsi que les conditions exigées de ceux qui veulent les subir, ne sont pas les mêmes dans ces sept cantons.

Le canton de Genève est le seul, je crois, qui dispense des examens les médecins ayant, ou un diplôme qui, dans le pays où il a été délivré, entraîne avec lui le droit d'exercice, ou un certificat attestant qu'ils ont passé l'examen d'état. Ceux qui ne se trouvent pas dans l'un de ces deux cas ont aussi des examens à passer à Genève.

Chaque canton, en Suisse, étant un État souverain qui légifère et s'administre comme il l'entend, il est assez difficile de connaître, sur une matière quelconque, la législation des vingt-deux cantons. On est exposé, lorsqu'on se croit bien renseigné sur une loi d'un canton autre que celui que l'on habite, à apprendre que ladite loi a été modifiée ou abrogée.

Ainsi, dans le canton de Neuchâtel, il y a actuellement une commission nommée par le grand Conseil (pouvoir législatif), à laquelle a été confié le soin de rédiger un projet de loi sanitaire, qui consacre *le principe* de la liberté d'exercice de la médecine, *voté*, il y a deux ans, par le grand Conseil. Jusqu'à ce que cette loi entre en vigueur, nous serons régis par la loi de 1851, dont je vous ai donné les principales dispositions dans ma lettre du 23 juin 1872. Lorsque cette nouvelle loi sanitaire aura été votée par le grand Conseil, et promulguée par le Conseil d'État, je vous la ferai connaître, si vous le désirez.

Veuillez agréez, etc.

Dr E. BACQUIAS.

Chaux-de-Fonds, 21 juillet 1872.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République, en date du 13 juillet 1872, rendu sur la proposition du ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : MM. Delavaud (Charles-Édouard) pharmacien en chef; Castel (Honoré-François-Alcibiade), médecin principal; Demonte (Donatien-François-Joseph), médecin principal de 1re classe, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Beaussier (Hyacinthe-André-Gustave), médecin de 1re classe; Barnier (Jean-Baptiste-Joseph-Charles), médecin de 1re classe; Borderie (Antoine-Amédée), médecin de 2e classe; Piédallu (Marie-Amour-Pascal), médecin de 2e classe.

J'eus en même temps des bourdonnements d'oreille, des lueurs devant les yeux et tout tournait autour de moi. Je pus cependant prononcer quelques phrases, mais ma voix me paraissait toute changée; il me semblait que ce n'était pas moi-même qui parlais, et la voix des autres acteurs sur la scène m'étourdissait à un tel point que je ne pus comprendre ce qu'ils disaient. N'ayant que quelques phrases à prononcer, je me retirai; mais j'étais comme ivre pendant un certain temps encore. Une faiblesse excessive s'était emparée de moi et je me sentais littéralement anéanti. Tous ces symptômes disparurent dans le cours de la soirée et ne se reproduisirent plus. »

Comment ne pas reconnaître dans ce récit l'état d'émotion ou, comme on l'a appelé, l'*étonnement* (apoplexie nerveuse de quelques auteurs) qui se produit très-souvent sur des individus impressionnables et que tout le monde a observé un certain nombre de fois sur soi-même ou sur autrui? Or, il nous semble impossible de ne pas admettre que ce qui se passe à ce moment est dû à un resserrement vasculaire considérable dans les centres nerveux, resserrement à la suite duquel l'individu ému a pâli de l'encéphale et de la moelle, comme il a pâli du visage. Il est alors atteint d'une ischémie *active* ou *fonctionnelle* des centres nerveux, très-fugitive, il est vrai, mais qui n'en provoque pas moins, pendant les quelques instants de sa durée, les symptômes d'une anémie poussée à son extrême limite. Qu'on veuille bien maintenant comparer cet état passager à celui de notre malade (obs. I) de la forme aiguë, et l'on ne pourra méconnaître que chez les deux individus il n'y a qu'une différence de durée dans les accidents; or, la durée des phénomènes nerveux dus à l'excitation est un élément des plus importants, car sous son influence naissent des symptômes nouveaux qui ne sont cependant que la résultante des premiers apparus. Lorsque aux premiers phénomènes morbides s'ajoute l'insomnie prolongée, dont la sensation de rêve et d'ivresse, l'irritabilité générale, l'hyperesthésie et les perturbations persistantes de tous les sens, et tant d'autres troubles que nous avons signalés, sont les expressions les plus immédiates, le malade est conduit vers la forme chronique et grave de la maladie.

Il nous semble donc incontestable que les symptômes si multiples qu'offrent en plus nos malades de la forme grave, se rattachent surtout, sinon exclusivement, à la durée et aussi à l'intensité des accidents les premiers apparus.

Quant aux troubles du sommeil examinés isolément, nous ne voulons pas les rattacher au fait même de l'anémie cérébrale; nous serions même porté à admettre que la déplétion du cerveau devrait plutôt produire de la somnolence, et cette somnolence existe, en effet, nous l'avons dit, à une certaine période de la maladie; mais pendant la plus grande durée de la névrose c'est à l'excitation directe de la *cellule cérébrale* que nous attribuons l'insomnie et la vivacité des rêves qui amènent des réveils incessants avec palpitations, etc.

L'excitation et l'ischémie des centres nerveux admises, il nous a semblé nécessaire d'essayer sur cet immense terrain des délimitations plus précises, et d'établir, d'après les symptômes observés, quelles sont les parties des centres nerveux impliquées dans la névropathie cérébro-cardiaque, et quelles sont celles qui restent indemnes. Envisagé à ce point de vue, notre sujet tendrait à nous placer sur le terrain peu solide de la localisation des fonctions de l'encéphale et de la moelle, si nous ne nous enfermions rigoureusement dans les limites que nous ont tracées les faits, tels que nous les avons vus et décrits. Ici, comme il y a un instant lorsque nous reconnûmes l'existence même d'une ischémie dans les centres nerveux, nous ne possédons pas de preuves anatomo-pathologiques matérielles constatables et constatées à l'appui de la localisation de cette ischémie, mais nous aurons constamment soin de n'établir nos inductions que sur des données physiologiques précises et en elles-mêmes incontestables.

Ayant suffisamment insisté sur ce fait, que tous les sens sont troublés dans la névropathie cérébro-cardiaque, la localisation qui consiste à rattacher ces troubles fonctionnels à la partie de l'encéphale, où a lieu l'élaboration des impressions sensorielles, nous semble d'une logique nécessaire.

La physiologie expérimentale, muette ou à peu près sur la grande question de la production de l'intelligence, nous enseigne cependant le mécanisme de la perception des images sensorielles. Nous savons que les impressions sont recueillies à la périphérie par des nerfs sensitifs d'ordres divers, ces nerfs les transmettent au mésocéphale, directement quant aux nerfs crâniens, indirectement en passant par la moelle s'il s'agit des nerfs de la sensibilité générale; c'est au niveau du mésocéphale que l'impression est *sentie*, sensation brute, non consciente, mais qui, à son tour, va être conduite à travers les corps opto-striés (appareil de conjonction) jusqu'à la couche corticale ou substance grise des hémisphères cérébraux : c'est dans ces organes qu'a lieu la sensation consciente, l'idéation des impressions sensorielles, c'est-à-dire la conception des images. En d'autres termes, pour que l'image consciente puisse se produire, l'incitation venant du dehors traverse plusieurs départements du système nerveux : l'expansion périphérique du nerf sensoriel, organe d'impression; le nerf lui-même, organe de conduction; le mésocéphale, siége de la sensation brute; la masse opto-striée, organe de transmission; la couche corticale de l'hémisphère, organe de conception.

Dans la névropathie cérébro-cardiaque y a-t-il un ou plusieurs de ces appareils qui sont frappés? Voilà étroitement limitée la question que nous avons à nous poser.

Il résulte pour nous de l'analyse attentive des phénomènes observés sur nos malades que les impressions sensorielles, recueillies et transmises normalement, sont toujours perverties au point d'origine des nerfs dévolus à la sensibilité générale ou spéciale. C'est au niveau du mésocéphale, siége de la perception brute, que nous rapportons les troubles profonds en vertu desquels le malade a des sensations confuses et erronées sur le monde extérieur. Ce qui prouve que l'organe de la sensation consciente n'est pas troublé, c'est que ce même individu se rend compte de la fausseté de ses sensations brutes et que sa *conscience* les rectifie sans cesse : ses conceptions sont restées normales. Il est vrai que dans quelques cas — les plus graves — les sensations sont si profondément perverties, si différentes de celles de la vie normale, que le malade conçoit des doutes sur la réalité des choses qui l'entourent, voire même sur l'identité de sa propre personne; mais sa mémoire et son jugement étant restés debout, il se rappelle les sensations exactes, les compare et *comprend* qu'il est en proie à des illusions multiples et incessantes : voilà ce qui différencie ce malade de l'aliéné, car chez celui-ci, que les sensations soient justes ou fausses, les conceptions sont toujours troublées.

Nous avons montré que les sens sont frappés : 1° d'hyperesthésie; 2° de percussions multiples. Nous avons montré que le vertige et les étourdissements sont liés aux changements survenus dans la perception des images, et que les troubles d'équilibre sont, à leur tour, la suite immédiate de l'état vertigineux. Voilà donc un grand nombre des principaux symptômes directement liés aux troubles des sens, ces troubles eux-mêmes rapportés au siége d'origine des nerfs sensoriels, le mésocéphale; c'est donc à cette partie du centre nerveux que nous devons surtout rapporter et l'excitation et l'anémie qui résultent de l'excitation. Et ce qui vient à l'appui de cette localisation c'est qu'à côté des nerfs sensoriels spéciaux, les nerfs sensitifs crâniens, qui ont la même origine, sont impliqués dans les mêmes troubles : aux cinquième et neuvième paires se rapportent les troubles de la gustation, à la première des deux les névralgies multiples de la tête, frontales, sus- et sous-orbitaires, maxillaires et auriculaires; c'est l'excitation morbide de la dixième paire qui fait naître l'angine de poitrine (plexus cardiaque), la sensation de strangulation (laryngé supérieur), la dyspnée et les troubles de l'estomac.

Quant aux palpitations, elles ne peuvent être dues qu'à l'excitation du grand sympathique, dont nous avons, il y a

un instant, étudié longuement l'action sur la circulation, mais il est probable que le pneumogastrique a une part d'action dans les lipothymies.

Il est remarquable que sur un point de l'encéphale relativement aussi limité, et qui est le lieu d'origine des nerfs sensitifs, mixtes et moteurs, ces derniers ne soient jamais atteints.

Si le siége principal des troubles doit, suivant nous, être rapporté au mésocéphale, les phénomènes d'ordre psychique, tels que la suractivité intellectuelle suivie d'apathie, la tristesse poussée parfois jusqu'aux idées de suicide, et même les troubles du sommeil, appartiennent à l'excitation des cellules cérébrales de la substance corticale des hémisphères. Nous n'essayerons pas la localisation des territoires cellulaires impliqués dans ces troubles; mais, ce qui est incontestable, c'est que certaines aptitudes isolées sont seules atteintes et que les facultés les plus élevées de l'animalité, celles de l'intelligence proprement dite, restent intactes dans leur essence.

En dehors de l'hyperesthésie et des névralgies crâniennes, nous avons signalé l'hyperesthésie cutanée et les névralgies des branches du plexus brachial et sacré, les myosalgies et les arthralgies multiples correspondantes. Sans soulever cette question controversée, à savoir, si la moelle est le siége de sensations autonomes, il est toujours incontestable qu'elle est non-seulement conductrice des impressions sensitives, mais qu'elle est certainement aussi le réceptacle de ces impressions à l'incitation desquelles elle répond indépendamment. Nous sommes enclin à admettre que dans la névropathie cérébro-cardiaque l'excitation et l'anémie ont porté sur la moelle au même titre que sur certains départements de l'encéphale. Mais ici l'examen le plus attentif des phénomènes ne nous a pas procuré une conviction bien arrêtée. Nous admettons volontiers que les lieux d'origine des nerfs sensitifs sont atteints, mais il reste un doute dans notre esprit à un certain point de vue; les paraplégies et les contractures que nous avons signalées dans quelques cas, et les parésies, qui sont presque constantes, appartiennent-elles à l'ordre des actions réflexes, ou bien faut-il admettre que ces troubles de locomotion, différents de ceux liés au vertige, sont l'expression d'une altération *directe?* Il nous est impossible jusqu'ici de nous former une opinion légitimement établie à ce sujet, mais nous serions enclin à accepter la première interprétation et à admettre que primitivement, dans la moelle comme dans l'encéphale, les parties dévolues à la sensibilité sont seules frappées, et que les troubles de locomotion sont d'ordre *réflexe*.

Voici comment nous résumerons notre physiologie pathologique : excitation du système nerveux central, cérébro-spinal et vaso-moteur, d'où suractivité morbide; les nerfs vaso-moteurs produisent la contraction des petits vaisseaux, leur rétrécissement et l'ischémie consécutive de certains départements des centres nerveux, d'où encore nutrition insuffisante et épuisement; mais l'anémie et l'épuisement engendrent à leur tour l'excitation : *le cercle vicieux pathogénique se trouve constitué et les accidents deviennent continus*, aux oscillations près, qui sont le caractère essentiel de tout trouble fonctionnel.

L'*étiologie* de la maladie que nous décrivons peut être exposée très-brièvement; il suffit de jeter un coup d'œil sur l'ensemble des observations pour reconnaître qu'il s'agit toujours d'individus de tempéraments dits nerveux. Un grand nombre accusent des antécédents névropathiques se rapportant à leur famille ou à eux-mêmes. Nous ajouterons que ces antécédents doivent se présenter plus souvent que nous n'avons pu les indiquer dans nos observations, car personne n'ignore combien il est difficile d'obtenir des aveux d'une certaine nature.

Les causes efficientes sont presque toujours, au dire des malades, des émotions très-vives et souvent répétées, dans lesquelles les impressions tristes dominent. Dans quelques cas, ce sont des travaux intellectuels très-fatigants et qui exigeaient une grande contention d'esprit, et des veilles prolongées imposées volontairement et obtenues artificiellement par des boissons excitantes; d'autres fois, mais beaucoup plus rarement, les malades avouaient des excès vénériens. Nous n'avons observé qu'une seule fois les excès alcooliques; mais par contre il faut plus souvent faire entrer en ligne de compte l'abus du tabac.

Assez souvent toutes ces causes déterminantes, ou la plupart d'entre elles, se sont trouvées réunies. Nous allons revenir sur ce sujet en parlant du traitement.

(La fin à nu prochain numéro.)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Calcul salivaire de l'homme.

Dans l'avant-dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, p. 452, vous appelez l'attention de vos lecteurs sur les *calculs des glandes* et des *conduits salivaires*, à propos d'un rapport à l'Académie de médecine de Belgique (séance du 30 mars 1872), et vous hésitez, non sans raison, à accorder à M. Blas le mérite qu'il semble s'attribuer d'avoir le premier signalé le *phosphate de magnésie* dans la composition de ces calculs.

Vous notez qu'avant M. Blas M. Humbert avait trouvé, dans un calcul salivaire, des traces de magnésie, et que M. Lassaigne en avait également rencontré dans un calcul du canal de Sténon.

A ces exemples, vous auriez pu ajouter l'analyse qui fut faite par M. Lecomte, agrégé de la Faculté, dans le laboratoire du Collége de France, d'un *calcul salivaire* que j'avais extrait moi-même d'un conduit de Wharton. Cette analyse est rapportée dans ma thèse inaugurale (*Recherches historiques sur les calculs des glandes et des canaux salivaires*, thèse inaugurale; Paris, août 1855). Même mention dans un article de la REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS, août 1855 (*Étude sur les calculs des organes salivaires*).

Indépendamment du phosphate et du carbonate de chaux, le calcul analysé par M. Lecomte contenait des quantités très-notables de phosphate et de carbonate de magnésie, le tout associé à de la matière organique abondante, soluble en partie dans l'acide acétique et dans l'acide azotique, et précipitable par l'ammoniaque.

L'histoire des calculs salivaires est vraiment fort intéressante, et elle a cela de particulier qu'il n'est donné qu'à un petit nombre de chirurgiens d'en rencontrer dans leur pratique; aussi est-il bon d'en recueillir les observations à mesure qu'elles se présentent.

Tout récemment, j'ai eu occasion d'extraire un assez gros calcul du canal de Wharton (côté droit) chez un jeune magistrat de notre ville de Vannes, qui en souffrait depuis plusieurs années sans que les médecins, qu'il avait consultés précédemment, aient pu en soupçonner la présence.

Tous les deux ou trois mois, M. B... était pris de douleurs aiguës dans la région sous-maxillaire, qui devenait le siége d'un engorgement inflammatoire dont la conséquence était d'amener immédiatement une difficulté extrême dans la mastication et dans l'exercice de la parole. Bientôt il suffisait de la simple compression extérieure de la glande à l'aide des doigts pour faire jaillir un liquide purulent dans la bouche, puis, au bout de huit jours, les phénomènes s'amendaient, la crise était terminée, et tout rentrait dans l'ordre.

Le calcul, inaccessible d'abord à l'exploration et au cathétérisme, avait fini par cheminer dans le canal de Wharton et s'approchait de l'orifice. A la suite d'une crise ultime, qui se traduisit par le même engorgement inflammatoire, les mêmes troubles fonctionnels et la sécrétion d'un liquide purulent, le corps étranger vint se présenter à l'orifice du conduit, et, à l'aide d'une pince à dents de souris et d'une aiguille à cata-

racte qui me servit à dégager son pourtour, et à débrider, je parvins à l'extraire en entier.

Le calcul en question a le volume d'un pois de moyenne grosseur; sa forme est celle d'une amande; sa surface est rugueuse, d'un gris jaune sale, creusée d'une rigole longitudinale semblable à celle que j'avais constatée sur le calcul de 1855, et dessinée dans ma thèse.

L'analyse du calcul n'a pas été faite, son propriétaire tenant à le conserver comme une relique; mais j'ai lieu de croire, d'après les caractères extérieurs, que la composition n'en est pas différente de celle que les expérimentations antérieures nous ont fournie.

Tout à vous,

Dr G. CLOSMADEUC.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

La loi sur le recrutement.

Dans son article : « La loi sur le recrutement » (*Gazette hebdomadaire*, 12 juillet 1872, n° 28), votre savant collaborateur, M. G. Lagneau, prend vivement à partie un chétif travail que j'ai publié sur le même sujet, dans la GAZETTE MÉDICALE, n° du 29 juin.

J'aurais mal interprété la pensée de M. G. Lagneau, quant à l'article 16 de la nouvelle loi, en croyant d'après une note antérieure de cet honorable confrère (*Gazette hebdom.*, 1872, n° 2), que M. Lagneau, au vu dudit article 16, pouvait s'être d'abord félicité du triomphe des idées qu'il défend lui-même avec autant de talent que de persévérance.

Je vous prie, Messieurs, de bien vouloir relire la note en question (5° alinéa, p. 19) et de juger si le texte prêtait à une méprise. Je ne dirai pas que votre savant collaborateur a le style nébuleux; il me répondrait que j'ai l'entendement dur. Et l'alternative serait pénible pour tout le monde.

On peut se tromper. M. Lagneau, par exemple, prend le marquis de Chasseloup-Laubat pour un général. Je ne lui en fais pas un crime. Mais, je ne comprends pas non plus son ressentiment à l'endroit de ma propre erreur. Si je l'ai cru à tort en puissance d'une illusion, j'en mettais le motif au compte de la philanthropie, ce qui n'est une injure pour personne. Vous ne trouverez pas, dans mes lignes du 29 juin, la trace d'une intention désobligeante pour notre distingué confrère.

On n'en dira pas autant du jugement qu'il porte, dans votre numéro du 12 juillet, sur ce « confrère de l'armée qui paraît tenir tout particulièrement à ne donner ses soins qu'aux hommes les plus valides »..... L'intention n'est pas douteuse, n'est-ce pas?

Je ne relève, du reste, que l'intention. Cela va bien étonner votre savant collaborateur ; il a dit en riant l'exacte vérité.

Dans mon particulier, en ville, je soigne les malades comme je peux; ceci est laissé à l'appréciation des consommateurs.

Mais, quand il s'agit d'armée, on ne m'ôtera pas de la tête que le but de l'institution ne peut être de collectionner des souffreteux pour alimenter le zèle et le talent des médecins militaires. L'humanité et la science nous ont donné mission de soigner les soldats quand ils *deviennent* malades, et nous le faisons d'une façon que tout le monde, excepté moi, peut apprécier. Mais le sens commun nous fait aussi d'autres devoirs auxquels je ne faillirai de ma vie. Les voici. L'armée étant destinée à gagner des batailles, et les batailles se gagnant avec « les hommes les plus valides », prendre pour l'armée, du moment que le choix est forcé, les hommes les plus valides; — la profession militaire créant par elle-même des chances de mortalité (M. Lagneau ne me contredira pas), prendre, pour la portion du contingent destinée à servir cinq ans les hommes qui ont le plus de chances de résister, — toujours les plus valides.

Je suis tellement disposé à soigner les hommes les plus valides que je consacre la meilleure part de mes efforts à empêcher ces gens-là d'être malades (je ne réponds pas des projectiles), et, chose étrange! je crois, en faisant cela, bien mériter du gouvernement, de la société et de ma conscience.

Qu'on fasse concurrence au *surge et ambula*, adressé au paralytique de la légende évangélique, j'y applaudis sincèrement. Mais, ayant fait la remarque vulgaire que l'édenté a souvent mauvais estomac, que le chauve l'est quelquefois pour de bonnes raisons, que les variqueux ont en permanence un prétexte à être le cauchemar de leur capitaine et de leur médecin, je n'ose dire : prends un sac et un chassepot, qu'à celui qui est visiblement capable de les porter longtemps et loin.

Nous n'avons fait, vous ni moi, l'article 37 ; mais il existe. Il faut en passer par là.

D'ailleurs, j'admire les travaux de notre très-savant confrère; quoique persuadé que la question militaire a des aspects complexes et que les anthropologistes pourraient encore trouver ailleurs que dans l'institution de l'armée des causes de notre déchéance nationale, je partage essentiellement les convictions de M. Lagneau. On ne me soupçonnera pas d'être payé de retour.

Veuillez agréer, etc.,

Jules ARNOULT.

Saint-Cyr, 14 juillet 1872.

M. J. Arnoult peut trouver mon style nébuleux, peut relever un *lapsus* de bien minime importance, relativement au titre de M. le rapporteur de la loi militaire; mais, puisqu'il reconnaît lui-même que j'ai *dit en riant l'exacte vérité*, il me semble peu fondé à me supposer un ressentiment, une intention désobligeante non douteuse.

J'apprécie grandement les avantages de la libre discussion pour les sciences, et surtout pour les sciences anthropologiques et démographiques, si complexes et encore si peu étudiées, et je conserve les sentiments les plus confraternels envers les médecins qui croient devoir me faire quelques objections ou quelques critiques courtoises.

M. J. Arnoult et moi différons d'opinions relativement au meilleur mode de recrutement de l'armée; mais avec notre confrère, qui se montre plus que courtois appréciateur de mes travaux, je suis loin de croire que le recrutement, tel qu'il était antérieurement, et tel qu'il reste encore actuellement, après quelques légères modifications, soit la seule et unique cause de notre déchéance nationale. Tout en regardant ce mode de recrutement comme très-préjudiciable à la prospérité anthropologique de notre population, j'ai déjà, dans différentes circonstances, cherché à déterminer quelques-unes des autres causes ayant pu concourir à restreindre notre prospérité nationale.

Salve.

G. LAGNEAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 13 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

DOSAGE DE L'URÉE. — M. *N. Gréhant* adresse une note présentée par M. Claude Bernard sur le dosage de l'urée à l'aide du réactif de Millon et de la pompe à mercure.

Pour doser l'urée en solution aqueuse, le procédé qui a paru à l'auteur le plus sensible et le plus exact consiste à recueillir la totalité des gaz provenant de la décomposition de l'urée par les réactifs de Millon.

A cet effet, il emploie la pompe à mercure construite par

M. Alvergniat, dans laquelle il a fait envelopper le robinet de verre d'un manchon de caoutchouc rempli d'eau; cette précaution est nécessaire quand on fait le vide au-dessus des liquides chauffés. L'appareil à réaction se compose d'un simple tube de verre, long de 1 mètre et large de 3 centimètres, qui est d'un côté fermé à la lampe et qui présente de l'autre une partie de forme olivaire, que l'on réunit par un tube de caoutchouc à parois épaisses avec le tube horizontal, ou le tuyau d'aspiration de la pompe à mercure.

L'auteur rapporte un exemple d'analyse d'urée faite par son procédé, que nous signalons, renvoyant pour les détails techniques à la publication des *Comptes rendus*.

AMIDON DANS LA TORTUE D'EAU DOUCE. — M. *C. Dareste* adresse une note sur l'existence de l'amidon dans la tortue d'eau douce (*Testudo europœa*). L'auteur a, dans plusieurs communications, signalé l'existence de grains d'amidon, tout à fait comparables à l'amidon végétal, dans l'œuf de la poule ainsi que dans plusieurs organes de l'oiseau, tant à l'âge embryonnaire qu'à l'âge adulte. Il a constaté récemment que des faits analogues se présentent dans la tortue des eaux douces de l'Europe (*Testudo europœa*). Il a, chez ces reptiles, constaté la présence de granules amylacés dans la vésicule ombilicale, dans le foie et dans les capsules surrénales.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Dourif* sur une épidémie de variole à Clermont-Ferrand en 1870 et 1871. — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements du Lot, du Puy-de-Dôme et de la Corse. (*Commission des épidémies.*) — c. Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Bussang (Vosges), par M. le docteur *Masson*; et de Bains (Vosges), par M. le docteur *Bailly*. (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. le docteur *Massaloup*, médecin-major, sur un cas de superfétation apparente (*Comm. :* MM. Depaul, Blot et Jacquemier). — *b*. Une note de M. *Michely*, pharmacien à Paris, sur l'emploi du *Xantoxylum sorbifolium* comme tonique et fébrifuge. (*Commission des remèdes nouveaux*). — *c*. Une lettre de remercîments de M. le docteur *Vidal*, médecin-major, lauréat de l'Académie.

M. *le secrétaire annuel* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Beaunis*, professeur agrégé à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg, qui demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 19 mai 1868. La note renfermée dans ce pli est relative aux injections interstitielles et à leur emploi en physiologie et en pathologie expérimentale.

M. *Depaul* offre en hommage la première partie de ses LEÇONS DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE, rédigées par M. le docteur *De Soyre*.

M. *Delpech* présente une Étude sur la prostitution dans la ville de Château-Gontier, par M. le docteur *Homo*.

M. *Bouillaud* présente une brochure de M. le docteur *da Costa Alvarenga* sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des communications entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur, traduite du portugais par M. le docteur *Bertherand*.

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture de l'ampliation d'un décret par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur *Bourdon* comme membre titulaire.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Bourdon prend place parmi ses collègues.

ISOLEMENT ET BARAQUEMENT DES VARIOLEUX. — Sous ce titre, M. le docteur *Colin*, professeur au Val-de-Grâce, lit une intéressante note, dans laquelle se trouve discutée et résolue l'importante question de l'installation des varioleux, notamment en temps d'épidémie, question controversée depuis longtemps et restée jusqu'à présent sans solution définitive, du moins en France.

Ayant dirigé, pendant le siége de Paris, le service médical de l'hôpital de Bicêtre, où entrèrent près de 8000 varioleux, M. Colin fut à même de voir que cette agglomération considérable de malades n'avait pas eu les inconvénients que l'on aurait pu supposer, soit pour les malades eux-mêmes, qui ne mouraient pas plus qu'ailleurs, soit pour le nombreux personnel, médecins et infirmiers, dont un seul sur deux cents fut enlevé par la maladie.

Quant à la population environnant Bicêtre, le voisinage des varioleux a été incontestablement nuisible au corps caserné non loin de là, et qui se trouvait en libre communication avec l'état-major militaire installé au centre de l'hôpital. Au contraire, les marins cantonnés dans le fort de Bicêtre et n'ayant aucun rapport avec cet état-major, n'eurent pas plus de varioleux que les autres marins en garnison dans les divers forts de l'enceinte de Paris. — Ce qui démontre que les miasmes de la variole ne sont pas facilement diffusibles et transportables par l'atmosphère.

M. Colin propose, comme conclusion, d'établir, pour les varioleux, des baraquements que l'on pourrait installer à peu de frais dans la zone des fortifications et qui pourrait être brûlés au bout d'un certain temps pour détruire les miasmes, comme on le fait en Amérique.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Vernois et Bergeron.)

EMPYÈME ET THORACOCENTÈSE. — M. *Jules Guérin* constate, avec regret, que la question de l'empyème et de la thoracocentèse n'a pas fait de sensibles progrès depuis la discussion de 1865; les mêmes difficultés persistent, et le problème complexe de l'évacuation thoracique n'a pas encore reçu une solution définitive, ni même satisfaisante. L'orateur croit que cet état de choses tient à ce qu'on a suivi une mauvaise voie, à ce qu'on a cherché la solution du problème dans la statistique, au lieu de la chercher dans la voie étiologique, dans l'étude des causes et des conditions qui font qu'une méthode opératoire tantôt réussit, tantôt ne réussit pas. Il s'en prend aussi à l'esprit d'exclusion qui anime généralement les médecins et les chirurgiens, les uns préconisant et employant un procédé, les autres un procédé différent, sans s'inquiéter des circonstances dans lesquelles celui-ci convient plutôt que celui-là.

Après avoir articulé ce reproche, il nous a semblé que M. Jules Guérin ne s'était pas aperçu qu'il tombait, lui aussi, dans la faute générale. Car la suite de son discours n'a été qu'une longue apologie de la thoracocentèse sous-cutanée. L'honorable académicien a plaidé *pro domo sua*, absolument comme M. Chassaignac avait plaidé pour le drainage, avec la même ardeur à exalter la supériorité de sa méthode opératoire à l'exclusion des procédés rivaux.

Cependant M. Jules Guérin a présenté les considérations les plus sages et les plus pratiques sur la nécessité de bien préciser les indications de la thoracocentèse, indications qui se déduisent surtout de la nature du liquide épanché, de l'état des organes thoraciques et de la constitution du malade. Une fois ces indications déterminées, on est en mesure de mieux connaître le parti qu'on doit prendre, et de se diriger plus sûrement dans le choix de l'opération.

Pour lui le choix n'est guère douteux; et il croit que dans la très-grande majorité des cas, ce qu'il y a de mieux à faire c'est de recourir à la thoracocentèse sous-cutanée. Ce procédé est généralement mal connu, et il a été mal jugé, même par ceux qui en ont fait l'éloge. La thoracocentèse sous-cutanée n'est qu'une application particulière de la méthode générale connue sous le nom de méthode sous-cutanée. Il y a trente ans qu'elle a fait sa première apparition à l'Académie des sciences, et depuis lors M. Jules Guérin n'a pas cessé de l'appliquer, soit dans les hôpitaux, soit en ville, et de la divulguer, autant qu'il était en lui, soit dans les recueils périodiques, soit dans des mémoires spéciaux. Eh bien! ce qu'il y a de plus étrange, c'est que ce procédé, dont personne ne parle, a servi de modèle et de type à tous les procédés, à tous les appareils, à tous les instruments inventés depuis. M. Jules Guérin revendique hautement pour lui la priorité de la ponction aspiratrice et de tous les procédés de thoracocentèse propres à éviter l'introduction de l'air dans la plèvre. Tous les procédés nouveaux n'ont rien d'original, à son avis, et ne sont que des imita-

tions, souvent assez mal réussies, de sa méthode opératoire.

Après avoir fait une exhibition complète des instruments nombreux et variés qu'il a inventés en vue de la thoracocentèse sous-cutanée, seringues et trocarts de toute dimension, M. J. Guérin en montre le mécanisme; puis il énumère les cas dans lesquels ces instruments ont été utilement appliqués. Sa première opération de thoracocentèse sous-cutanée remonte à 1841; elle a été faite, au dépôt de Saint-Denis, sur un homme de quarante-trois ans, atteint d'un épanchement séro-sanguin de la plèvre datant de deux mois. Le second opéré portait un épanchement pleural remontant à deux mois et demi. Dans le troisième cas, sur lequel M. J. Guérin insiste le plus, il s'agit de ce carrier d'Arcueil opéré dans le service de Récamier, et dont il a été déjà question au début de la discussion. Le malade avait une pleurésie purulente. Il a subi trois thoracocentèses sous-cutanées dans l'espace de quatre mois; il a guéri radicalement. L'opération a eu pour témoins M. Brochin et M. Dechambre; ce dernier a même recueilli et rédigé l'observation, dont M. Guérin lit, avec intention sans doute, quelques extraits.

L'orateur continue ensuite le dénombrement de ses opérations, dont 22 ont été pratiquées au Val-de-Grâce, en présence de MM. Larrey, Michel Lévy et Abeille, et qui forment à l'actif de la thoracocentèse sous-cutanée un total de 52 cas. Sur ce nombre, trois malades seulement ont succombé. Quant aux suites de l'opération, elles ont toujours été des plus simples; jamais de complications, jamais d'accidents traumatiques, jamais la moindre pénétration d'air dans la cavité pleurale, jamais ces transformations de pleurésie séreuse en pleurésie purulente qu'on observe si souvent avec les autres procédés.

Du reste, les succès de la thoracocentèse sous-cutanée ne se bornent pas à ceux qu'a obtenus M. J. Guérin; on peut encore mettre sur son compte certaines opérations analogues pratiquées avec avantage par MM. Demarquay, Gosselin, Roger, Bucquoy, Hérard, Moutard-Martin et M. Chassaignac lui-même.

La thoracocentèse sous-cutanée est donc d'une application sûre et d'une efficacité démontrée.

Mais dans quelles circonstances et dans quelles conditions convient-il plus particulièrement de l'employer?

M. J. Guérin est d'avis, avec M. Roger, qu'on doit s'abstenir, ou du moins *attendre*, lorsque l'épanchement pleurétique est séreux et de date récente; mais il faut intervenir si l'épanchement est purulent, ou s'il est ancien, chronique, quelle que soit d'ailleurs la nature du liquide. Le moment le plus opportun pour opérer est celui où la lésion n'a pas produit trop de ravages dans les tissus, où les adhérences n'ont pas encore eu le temps de se former, où le refoulement du poumon n'est pas excessif, et surtout avant que le tissu de cet organe ait été ratatiné par les brides, qu'il ait subi une rétraction trop forte, perdu son élasticité et, par conséquent, ses propriétés d'expansion et sa perméabilité. Au bout de combien de temps se produisent ces désordres dans la pleurésie purulente? Les opinions sont un peu partagées sur ce point; cependant la plus probable est celle de M. Bourdon, qui fixe ce terme à deux mois environ.

Pour répondre aux critiques et aux reproches, mal fondés, selon lui, qui ont été dirigés contre la thoracocentèse sous-cutanée par M. Chassaignac et par M. Sédillot, l'orateur entre dans les détails les plus circonstanciés sur le manuel opératoire, sur le *modus faciendi*, sur l'application et le but spécial de son procédé. Il explique surtout que le défaut de parallélisme des deux ouvertures n'est pas, comme on le croit à tort, le point essentiel et fondamental de la thoracocentèse sous-cutanée; et alors il fait ressortir le rôle très-important et capital que joue, dans ce procédé, la couche du tissu cellulaire, laquelle, en venant s'appliquer sur l'ouverture d'entrée, s'oppose à la pénétration de l'air et protége efficacement la cicatrisation des tissus profonds.

Lorsque la pleurésie purulente est dégagée de toutes ces graves complications qu'amène généralement la chronicité, la thoracocentèse sous-cutanée est formellement indiquée, et aboutit toujours aux résultats les plus favorables. Son appareil instrumental, que M. J. Guérin met de nouveau sous les yeux de l'Académie, satisfait à toutes les exigences et remplit toutes les indications.

Mais où la thoracocentèse sous-cutanée excelle principalement, suivant l'orateur, et où elle doit être employée à l'exclusion de tout autre procédé, c'est dans les cas où existent ces adhérences, ces brides, ces anfractuosités, ces rétractions pulmonaires, qui rendent les résultats de l'opération si chanceux. M. J. Guérin expose une démonstration de mécanique physiologique pour expliquer comment, avec son instrument, le liquide renfermé dans la plèvre, au lieu d'être aspiré brusquement, obéit à l'expansion pulmonaire et se rend, sans effort et sans violence, dans le corps de la seringue. Par ce moyen, l'évacuation se fait d'une manière partielle et successive, et l'on ne retire que le trop-plein de l'épanchement, c'est-à-dire la quantité représentant la mesure même de l'épanouissement du poumon. Il reste alors assez de liquide dans la cavité pleurale pour empêcher la production du vide, et par conséquent le retour certain et rapide de la collection purulente.

M. J. Guérin estime qu'un pareil procédé est infiniment préférable à la perforation ou trépanation des côtes, proposée très-sérieusement, il y a quelques années, par M. Sédillot, en pleine Académie des sciences! Et là-dessus, M. J. Guérin de se dédommager, par quelques épigrammes, des critiques que son adversaire a adressées à la thoracocentèse sous-cutanée.

Que faire lorsque les épanchements purulents se reproduisent sans cesse, comme chez le malade de M. Gosselin? M. Chassaignac conseille d'employer le drainage, et toujours le drainage. M. Jules Guérin croit que la thoracocentèse sous-cutanée offre encore, dans ces circonstances difficiles, des ressources plus précieuses, des garanties plus certaines que les autres méthodes; car elle provoque, dans les tissus lésés, des modifications plastiques qui favorisent et assurent l'oblitération du foyer purulent.

La conclusion à tirer de ce discours c'est: 1° qu'aux yeux de M. J. Guérin, la thoracocentèse sous-cutanée est supérieure à tous les procédés rivaux, et qu'elle est le dernier mot du traitement des épanchements pleurétiques; 2° que l'orateur qui, d'abord, demandait à ses contradicteurs de justes concessions au nom de l'indication thérapeutique, n'est nullement disposé à en faire lui-même, et se montre donc aussi exclusif que M. Chassaignac et ses autres adversaires.

M. J. Guérin ayant insinué, au cours de la discussion, que les militaires atteints d'épanchements pleurétiques étaient, en général, admis tardivement à l'hôpital, M. *Larrey* relève et réfute cette allégation et s'applique à prouver que, tout au contraire, la santé des soldats est l'objet de la plus constante attention et de la plus vive sollicitude, et qu'à la première apparition du mal les hommes sont envoyés, suivant les cas, à l'hôpital ou à l'infirmerie régimentaire.

A. LINAS.

REVUE DES JOURNAUX.

Injections iodées dans la glande parotide du cheval, par M. LAFOSSE.

L'expérience bien connue dans laquelle Claude Bernard, injectant de l'huile dans le canal pancréatique, détermine l'atrophie du pancréas, a inspiré à M. Lafosse un nouveau procédé de traitement des fistules salivaires qui paraît devoir dépasser l'art vétérinaire pour être appliqué chez l'homme.

M. Lafosse vient de publier le résultat d'expériences curieuses sur les injections iodées pratiquées dans la parotide du cheval. Il a injecté dans un cas de la teinture d'iode pure, et dans deux cas cette teinture étendue de trois fois son volume d'eau.

L'injection était faite par le canal de Sténon. La glande parotide du cheval n'admet que 3 ou 4 centilitres dans ses canaux et ses culs-de-sac. L'injection ne paraît pas être douloureuse. Trois ou quatre heures après l'injection, on trouve que la région parotidienne est déjà tuméfiée; la pression y provoque de la douleur. Aucun écoulement ne s'effectue par l'orifice pratiqué au canal de Sténon, mais lorsque des mouvements de mastication sont effectués, on constate que l'écoulement salivaire est ralenti; la salive apparaît trouble et mélangée de flocons opaques. Vingt-quatre heures après l'injection, la région parotidienne est plus tuméfiée et plus douloureuse au toucher. Les aliments ne provoquent aucun écoulement par l'orifice accidentel du canal de Sténon. Après trois ou quatre jours, la cicatrisation de la plaie pratiquée pour faire l'injection est effectuée, et la parotide reste tuméfiée pendant cinq à six autres jours, à partir desquels le gonflement décroît et a disparu, ainsi que la douleur, vers le quinzième jour. La région parotidienne est affaissée et, au bout de six semaines à deux mois après l'opération, la parotide a diminué de moitié en poids et en volume; elle a pris une teinte d'un blanc terne; à la pression des doigts elle donne la sensation d'une masse homogène, indurée; elle résiste à l'action du bistouri comme du tissu fibreux. Sur la coupe se voient des stries claires, irrégulièrement disposées, dans les interstices desquelles se trouve comprise une substance amorphe d'un blanc sale et terne, dans laquelle on ne retrouve pas de traces des canaux et des canalicules. En somme, les éléments glandulaires ont disparu pour faire place à une sorte de stroma fibreux; c'est une véritable transformation que la glande a subie.

Comparant ces effets à ceux que produisent les injections d'huile dans la glande parotide, l'auteur conclut de ses expériences que l'injection d'huile produit moins de réaction inflammatoire de la parotide, mais qu'elle détermine moins sûrement l'atrophie de la glande.

Le fait expérimental observé par M. Lafosse mérite une sérieuse attention; mais avant d'appliquer à l'homme les injections iodées, il serait très-utile d'en étudier les effets sur les fistules salivaires des animaux. (*Revue médicale de Toulouse*, n° 3, mars 1872.)

Cancer encéphaloïde de la colonne vertébrale, par T. Laennec et Porson.

Le cancer de la colonne vertébrale est souvent observé comme cancer secondaire; il est assez rare comme cancer primitif pour qu'on n'en possède qu'une dizaine d'observations. C'est pourquoi nous reproduisons en l'abrégeant l'observation recueillie à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Observation. — Antoine Jean, trente-huit ans, agent de police, fut soigné en octobre 1869 pour une sciatique de la jambe gauche; il sortit guéri, mais l'année suivante entra de nouveau à l'hôpital pour une paraplégie accompagnée de douleurs lombaires très-violentes; on diagnostiqua dès ce moment une affection du rachis; la paraplégie guérit par l'application de cautères à la région lombaire. En novembre de la même année (1870), il observa lui-même pour la première fois une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, à la région lombaire. Au mois de février 1871, il entrait de nouveau à l'Hôtel-Dieu, présentant une tumeur à la région lombaire, des douleurs violentes dans cette région et dans les extrémités inférieures; le malade pouvait à peine faire quelques pas. Au 1er avril, la tumeur avait fait des progrès rapides; elle faisait une saillie de la grosseur du poing vers la région lombaire gauche, dans l'angle formé par la dernière côte et la colonne vertébrale. A la palpation, la tumeur paraissait molle et fluctuante, mais on sentait qu'elle était profondément adhérente à la colonne vertébrale. Les jambes ne pouvaient plus se mouvoir, la sensibilité de la peau existait encore, mais était très-obtuse.

M. Laennec pensa qu'il s'agissait d'une tumeur solide, fibro-plastique, adhérente au rachis. Une ponction exploratrice sembla confirmer ce diagnostic. Le malade fut soumis à une médication tonique, la tumeur continua à s'accroître, les douleurs devinrent plus intenses, la fièvre se prononça, le malade tomba dans le marasme, et le 20 septembre il mourut épuisé par les douleurs et la diarrhée.

A l'autopsie, on ne trouva dans les viscères abdominaux et thoraciques aucune tumeur secondaire, mais les organes abdominaux sont déplacés. Le pancréas et le rein gauche sont refoulés en haut par une tumeur énorme occupant le côté gauche de la cavité abdominale. La tumeur ovoïde, mesurant en longueur 22 centimètres sur 14 de large, est logée dans la gouttière formée par les corps des vertèbres et la paroi postérieure de la cavité abdominale; elle s'étend de la dernière côte à la crête iliaque, débordant à gauche le carré des lombes, elle touche à l'aorte par son bord droit. La surface est lobée et bosselée, présentant des taches ecchymotiques, les ganglions lymphatiques situés en avant des vertèbres lombaires autour de l'aorte et de la veine cave sont ramollis, de couleur lie de vin. Les trois premières vertèbres lombaires, au niveau desquelles le centre de la tumeur est situé, décrivent une courbe à concavité dirigée vers elle. Le nerf crural est recouvert par la tumeur et refoulé le long de la colonne vertébrale. La tumeur est soudée par sa face gauche aux vertèbres lombaires; au niveau des deux premières lombaires existe une large anfractuosité au fond de laquelle apparaît la moelle entourée de ses membranes restées intactes. Ces deux vertèbres sont en partie détruites au niveau de leurs arcs postérieurs et des apophyses transverses.

La moelle a été ménagée, mais les branches antérieure et postérieure des deux premiers nerfs lombaires n'existent plus; le troisième nerf lombaire est comprimé par la tumeur.

Le tissu de la tumeur est lardacé, jaune, parsemé de foyers hémorrhagiques, formant une masse noire, pulpeuse et très-friable. Le suc laiteux obtenu par le raclage de la substance jaune, examiné au microscope, paraît composé de grosses cellules à contours très-nets, contenant les unes, un, deux et même trois gros noyaux munis de nucléoles, les autres contenant des granulations; la trame du tissu est très-peu riche en éléments fibreux.

M. Porson ajoute qu'il a été fort difficile d'établir un diagnostic précis pendant la vie, et que l'autopsie a montré que tout en approchant de la vérité on n'a pu découvrir la véritable nature de cette tumeur. Ce n'était point, dit-il, une tumeur fibro-plastique, mais bien un cancer encéphaloïde.

Nous n'ajouterons à ce fait que deux remarques, à savoir: d'une part, que l'étude clinique des symptômes de la sensibilité et du mouvement aurait été fort intéressante si elle avait été faite avec détails; et d'autre part, que l'examen histologique est fort incomplet: il pourrait bien ne s'agir ici que d'une tumeur fibro-plastique à cellules, ou de la tumeur appelée embryoplastique par Robin, et il est à regretter que l'examen histologique des ganglions n'ait pas été pratiqué. En somme, on peut aussi bien soutenir que la tumeur était fibro-plastique, et non pas un cancer vrai; dans tous les cas, elle ne paraît pas s'être généralisée. (*Journal de médecine de l'Ouest*, t. V, 12e livraison.)

Travaux à consulter.

Apoplexie dans le pont de Varole, par le docteur G. Judell. — Cette observation, dans laquelle l'autopsie a été faite sept mois après la production des lésions, est remarquable en ce sens que la plupart des symptômes considérés comme les plus caractéristiques des hémorrhagies de la protubérance annulaire semblent avoir manqué, et que les signes observés différaient assez peu de ceux des hémorrhagies cérébrales pour que le diagnostic du siége n'ait pas été soupçonné. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 24, 10 juin 1872.)

Deux cas de cysticerques de l'œil, extraction, par le docteur Hirschberg. — (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 2, 1872.)

De l'action de la digitaline sur la circulation et la température, par le docteur Ackermann. — Les recherches de l'auteur sont confirmatives de celles de Traube. La digitaline excite, puis paralyse le système nerveux régulateur; elle excite d'abord, puis paralyse le système nerveux vaso-moteur, elle paralyse le muscle cardiaque. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 3, 1872.)

Fistule gastro-pulmonaire consécutive a un ulcère de l'estomac, par le docteur Heubner. (*Archiv der Heilkunde*, 1872, 12, 3.)

BIBLIOGRAPHIE.

De l'expression utérine appliquée au fœtus, par le docteur A. F. SUCHARD, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, lauréat de la Faculté de médecine (prix Corvisart), et du Gouvernement (choléra, 1866). (In-8° 84 pages, chez A. Delahaye, 1872).

Un travail sur l'emploi de la *vis à tergo* dans les accouchements exigerait, pour être complet, qu'on y fît l'étude de l'expression utérine appliquée : 1° à l'expulsion du fœtus ; 2° à la sortie de la tête quand le tronc est déjà dehors ; 3° à la délivrance. Il faudrait, en outre, s'occuper des manipulations externes employées pour venir en aide aux applications du forceps et à la version ordinaire.

Le sujet, envisagé de la sorte, a paru trop étendu à l'auteur, qui a préféré ne parler en détail que de l'expression utérine appliquée au fœtus tout entier, en laissant de côté les autres points de cette intéressante question ou ne les traitant qu'incidemment.

Dans un premier chapitre, il jette un coup d'œil historique sur l'emploi des manœuvres externes dans les accouchements, et cet aperçu général, plein de faits curieux et intéressants, prouve suffisamment que l'idée de faciliter le travail par de telles manœuvres est loin d'être neuve. Les coutumes peu connues de quelques peuples restés en dehors de notre civilisation en font foi, et l'on ne saurait trop louer M. Suchard d'avoir si consciencieusement rassemblé ces précieux documents historiques. — On est frappé, en lisant ce chapitre, de l'uniformité des pratiques usitées chez les différents peuples ; chez les Kalmouks, chez les Kirghises, à Siam, en Chine, au Japon, aux îles Philippines, à Java, dans la Nouvelle-Calédonie, chez les nègres du Sénégal ou de la Nouvelle-Guinée, dans les peuplades d'Afrique, chez les indiens de Californie, enfin parmi les habitants de l'Amérique tropicale, l'on retrouve toujours les mêmes méthodes de compression plus ou moins énergique, les mêmes manœuvres externes plus ou moins brutales, et si l'on voulait se donner la peine de faire une étude rétrospective des usages, en matière d'accouchements, de nos nations policées d'Europe, dans les siècles passés, on retrouverait sans doute chez elles les vestiges de pratiques semblables qui peuvent toutes se résumer : en *compressions* pour pousser le fœtus en avant, et en *frictions* pour réveiller l'activité plus ou moins ralentie de l'organe gestateur. En voyant combien ces manœuvres sont universellement répandues, on s'étonne qu'elles aient été si longtemps dédaignées par la science, et que personne, avant ces dernières années, n'ait eu l'idée d'employer la compression pour venir en aide au travail de l'accouchement, si ce n'est tout à fait par hasard et sans y ajouter d'importance. (Il y a eu cependant une exception, et c'est chez les Américains du Nord qu'elle s'est rencontrée.) Aussi, quand au commencement de notre siècle, en 1812, Wigand découvrit ce fait important, à savoir : qu'on peut, à l'aide de pressions externes, corriger les positions vicieuses, fut-il traité de novateur ; et son Mémoire, quoique fort bien fait et adressé aux Académies de Paris et de Berlin, tomba-t-il très-vite dans l'oubli.

Le procédé de Wigand, préconisé par Stolz et Cazeaux, mis en pratique par Velpeau et Léorché-Lacombe, étudié de nouveau par Mattei et par Nivert, a imprimé un très-heureux élan à l'obstétrique moderne et a servi de point de départ aux recherches récentes de Credé et de Kristeller. C'est à ce dernier que revient le mérite d'avoir employé l'expression utérine pour obtenir le fœtus entier (1867). Playfair et Barnes paraissent être les seuls auteurs qui se soient occupés de cette question en Angleterre (1870), et nous devons remercier M. Suchard d'avoir essayé de la répandre et de la vulgariser en France.

Dans le second chapitre de sa thèse, il expose le manuel opératoire de l'expression seule (méthode de Kristeller) et celui de l'expression combinée à l'extraction (méthode de E. Martin, de Berlin), et de Crédé (de Leipzig). Il fait suivre ces considérations préliminaires des dix observations empruntées aux auteurs précédents (Martin, Crédé, Kristeller, Playfair), qui ont servi de base à son travail.

Il examine ensuite les effets des manipulations sur les parois abdominales et sur le muscle utérin. — La compression utérine présente à ses yeux deux grands avantages : 1° Elle remet dans l'axe du bassin l'utérus qui, d'ordinaire, est incliné à droite et en avant, et ajoute à la force expultrice de l'organe gestateur, sa propre puissance.

Analysant de plus près ces phénomènes, il les étudie dans les trois conditions suivantes : 1° Lorsque les douleurs font momentanément défaut, l'utérus étant encore susceptible de retrouver sa ténuité ; 2° Quand il y a des contractions, mais qu'elles sont très-faibles ou très-courtes ; 3° Dans le cas d'épuisement, l'utérus n'étant plus capable de réagir. Il termine enfin par l'examen des avantages de la méthode, et des objections qu'on peut lui adresser.

Les manœuvres de l'expression ont l'avantage de maintenir la flexion du fœtus et ne font, en tout cas, rien qui puisse nuire à cette flexion ; elles ménagent, dit-il, la rupture préalable de la poche des eaux à peu près autant que le ferait l'accouchement abandonné à lui-même et en tirent parti le plus longtemps possible ; enfin, elles abandonnent les rotations aux circonstances dont elles dépendent, ne changent jamais ces circonstances et ne modifient pas ces relations. Il y a donc là autant de chances de plus pour la vie de l'enfant. — L'expression utérine, enfin, n'est pas et ne sera jamais le moyen de remédier aux rétrécissements, mais on peut conclure, par contre, qu'elle ne risque point de commettre des dégâts, et qu'en tous cas, son effet est un travail mécanique utile, puisque la flexion du fœtus étant soigneusement ménagée, aucune force n'est perdue pour surmonter des obstacles produits pendant l'opération.

Grâce à elle, l'hémorrhagie est évitée, la délivrance et le redressement de l'utérus sont également rendus plus faciles. L'auteur ne trouve, on le conçoit, que bien peu d'objections à adresser à la méthode qu'il préconise, mais il ajoute avec bonne foi : Nous ne doutons point que, lorsque l'expression sera pratiquée sur une grande échelle et plus étudiée, on ne lui découvre des inconvénients, en même temps que ses avantages seront plus manifestes. Mais que seront ces inconvénients en comparaison des grands dommages auxquels donnent parfois lieu l'extraction manuelle et l'application du forceps?

Les conclusions de ce travail se trouvent, pour ainsi dire, formulées dans le dernier chapitre, ayant trait aux indications et aux contre-indications de la méthode. — Nous allons donc les résumer ici :

L'expression utérine est indiquée : 1° toutes les fois que la flaccidité des parois abdominales met l'utérus dans une position oblique et empêche l'engagement du produit ; 2° lorsque les contractions utérines sont insuffisantes ou absentes.

C'est ainsi qu'on peut, par expression, remédier à des arrêts de travail tenant à un défaut de contraction utérine à une époque où le col n'est pas assez entr'ouvert pour permettre l'introduction des fers. — Elle peut encore servir à dilater un col spasmodiquement contracturé, et sera même préférée au forceps pour obtenir une tête restée en arrière après l'expulsion du tronc et retenue par le retrait du col sur le cou de l'enfant. Enfin, elle pourra être mise de pair avec l'emploi de cet instrument, quand il s'agira de mettre au jour les têtes restées dans l'excavation par suite de la résistance des muscles du périnée.

Parmi les contre-indications nous citerons :

1° Les présentations vicieuses ;

2° L'impossibilité d'agir sur l'utérus à travers les parois abdominales, par suite d'une trop grande rigidité de l'ab-

domen, d'une inflammation de la peau, des muscles ou du péritoine;

3° L'inflammation de l'utérus ou de ses annexes, qui rendrait les manipulations trop douloureuses;

4° Les rétrécissements du bassin.

En résumé, il eût été aussi imprudent que prématuré de vouloir tirer des déductions plus précises d'un si petit nombre d'expériences. — Cette thèse, comme l'auteur lui-même le reconnaît avec autant de modestie que de franchise, n'est qu'un essai de vulgarisation; nous nous associons au regret qu'il exprime de n'avoir pu donner d'observations personnelles, ni établir un parallèle exact entre les avantages de l'expression, du forceps, de l'extraction manuelle et de l'électricité.

Ce travail intéressant n'en aura pas moins, malgré ces lacunes, l'avantage d'attirer l'attention des accoucheurs sur un point d'obstétrique encore peu connu, et décidera sans doute les praticiens à faire l'essai d'une méthode que nous croyons appelée à rendre de grands et réels services.

F. LABADIE-LAGRAVE.

VARIÉTÉS.

CONCOURS POUR L'AGRÉGATION EN CHIRURGIE. — Ce concours est terminé. Ont été nommés : 1er, M. Terrier; 2e, M. Nicaise; 3e, M. Delens; 4e, M. Benjamin Auger. — Pour l'accouchement, M. Charpentier.

RÉVISION DE LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Le JOURNAL OFFICIEL du 23 juillet contient le rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi de MM. Naquet, Bourgeois, Chevandier et plusieurs de leurs collègues; l'étendue de ce rapport ne nous permet pas de le reproduire, mais comme l'Assemblée en a voté les conclusions, nous aurons occasion de revenir sur ce sujet qui intéresse si directement notre profession. L'Assemblée a voté d'urgence les conclusions suivantes :

» Art. 1er. — Une commission sera nommée dans les bureaux à l'effet de procéder à la révision de la loi du 19 ventôse et de l'arrêté du 20 prairial an XI, relatifs à l'exercice de la médecine, ainsi que de la loi du 21 germinal an XI, sur l'enseignement et l'exercice de la pharmacie.

» Art. 2. — Elle devra préparer un projet de loi pour régler d'une façon générale tout ce qui se rapporte à l'art de guérir, et spécialement déterminer les conditions d'exercice de la médecine, les conditions d'étude ou d'enseignement de la médecine et de la pharmacie.

» Art. 3. — Cette commission sera composée de 30 membres, à raison de deux par bureau.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES.

Corps de santé. — *Concours* pour le grade d'aide-médecin et d'aide-pharmacien de la marine.

En exécution du règlement du 10 avril 1866, un concours s'ouvrira dans les écoles de médecine navale de Brest, de Rochefort et de Toulon, le 15 septembre 1872, dans le but de pourvoir à trente emplois d'aide-médecin et à cinq emplois d'aide-pharmacien. Le concours pour l'emploi d'aide-pharmacien aura lieu à Rochefort. Il est établi au secrétariat du conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre est clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

L'IMPÔT SUR LES DROGUES.

Dans la séance du 22 juillet 1872, l'Assemblée a rejeté l'amendement de M. Testelin proposant de retrancher de la liste des médicaments soumis à un droit, les neuf substances suivantes : « aloès, copahu, écorce de quinquina, feuilles de séné, follicules de séné, ipécacuanha, jalap, opium, rhubarbe. »

Le projet de loi adopté établit des droits sur la plupart des médicaments; l'opium payera 5 francs par kilogramme. Le chloroforme et l'éther, 3 francs par kilogramme, le musc 8 francs, la manne, 2 francs, l'aloès, 10 francs les 100 kilogr., le jalap, 25 francs, la rhubarbe, 25 fr., l'ipéca, 100 francs, les écorces de quinquina 10 francs; les follicules de séné, 25 francs, etc., etc.

Il résulte de ces chiffres qu'une pharmacie faisant pour 20 ou 25000 francs d'affaires par an supportera au maximum environ 200 francs d'augmentation du prix d'achat.

Les articles qui rapporteront le plus seront : l'éther qu'on peut compter pour 20 kilogr. environ, soit 60 francs, la manne comptera pour 12 francs, les sucs végétaux (à raison de 100 kilogr. l'année) compteront pour 20 francs, le jalap, au maximum pour 0,25, l'ipéca (4 kilogr. environ) pour 4 francs, le quinquina (50 kilogr. environ) pour 5 francs, le camphre, 50 kilogrammes pour 25 francs.

L'augmentation ne sera sensible que sur bien peu de préparations officinales. Ainsi la rhubarbe ordonnée en 10 paquets de 5 grammes chacun coûtera en réalité au pharmacien un quart de centime en plus. L'éther, à la dose de 4 grammes dans une potion, coûtera un centime en plus. Comme l'a fait remarquer M. Testelin, cet impôt ne devra pas modifier sensiblement la dépense en médicaments faite par les particuliers. En chiffres approximatifs l'impôt ne s'élève pas à 1 pour 100 du chiffre d'affaires des pharmaciens. Il est bon qu'on se rende compte de ces proportions, les pharmaciens n'éprouveront pas de difficulté à couvrir les frais du nouvel impôt, et nous pensons même que plus d'une fois le public payera un peu plus que ne le demanderait l'augmentation des médicaments.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 13 au 19 juillet 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 2.— Rougeole, 23.— Scarlatine, 4.— Fièvre typhoïde, 10. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 23. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 17 (1).— Choléra nostras, 3. — Choléra asiatique, 0. —Angine couenneuse, 8. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 5. — Autres affections aiguës, 244. — Affections chroniques, 226 (2). — Affections chirurgicales, 58. — Causes accidentelles, 32. — Total, 696.

Londres : Décès du 7 au 13 juillet 1872, 1285. — Variole, 26; rougeole, 28; scarlatine, 12; croup, 14; coqueluche, 58; fièvre typhoïde, 15; diarrhée, 148; choléra nostras, 12; bronchite, 67; pneumonie, 50.

Rome : Décès du 1er au 7 juillet 1872, 185.— Fièvre typhoïde, 5; variole, 7; croup et diphthérie, 9; pneumonie, 6; bronchite, 4.

Turin : Décès du 1er au 7 juillet 1872, 124. — Diphthérie et croup, 3; variole, 2; fièvre typhoïde, 2.

(1) Dont 11 enfants au-dessous de six mois, 3 au-dessous de un an, 3 au-dessous de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 226 décès, 121 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Étude sur la pathologie des glandes sébacées, par le docteur Misset. In-8, accompagné de 4 planches lithographiées. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Étude statistique et clinique sur les positions occipito-postérieures, par le docteur Louis Sentex. Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 1er août 1872.

DES FERMENTATIONS.

(Deuxième article.)

III

On peut prendre pour type des ferments organisés le ferment de la bière, parce qu'il est le plus anciennement connu et que son observation est très-facile. Je vais en peu de mots indiquer les traits saillants de son histoire.

Au microscope, on voit très-nettement que le ferment de la bière est un être organisé qui grandit, se reproduit par bourgeonnement et meurt. On en a fait le type du genre *Torula* appartenant aux champignons microscopiques.

Comme tous les êtres organisés, ce champignon a besoin d'une alimentation complète, c'est-à-dire complexe. Il doit trouver dans le milieu qui l'entoure, du sucre, des matières azotées (1) et des matières minérales, parmi lesquelles se place en première ligne l'acide phosphorique. Si l'on dépose un seul globule de *Torula* dans ces conditions, il est clair qu'il se multipliera à l'infini, comme tout autre être organisé placé dans un milieu convenable. C'est ce que fait le brasseur, qui récolte toujours plus qu'il n'a semé.

Si, au contraire, on supprime un ou deux des aliments nécessaires, la petite plante végète encore un peu, donne naissance à des rejetons étiolés, la reproduction cesse, et tout périt. Telle est l'expérience des chimistes, qui mélangent de la levûre à de l'eau sucrée. Le ferment vit d'abord sur son passé, s'étiole et succombe après avoir décomposé un peu de sucre. C'est évidemment cette expérience qui a donné naissance à la théorie allemande sur la fermentation. La production de l'alcool paraît ici impliquer la mort du ferment dont on a fait le phénomène initial, et qui n'est en définitive que la conséquence forcée de toute alimentation incomplète en qualité.

Toute condition qui anéantit la vie, telle que température élevée, additions de poisons, broyage, etc., arrête immédiatement la fermentation alcoolique.

La transformation du sucre en alcool paraît s'effectuer dans l'intérieur du végétal et non au dehors : Si, en effet, on remplit d'eau sucrée un vase séparé en deux cellules par du papier à filtre, et qu'on sème dans l'une d'elles du ferment, la fermentation ne s'établit pas dans l'autre.

L'origine du ferment n'est pas douteuse : M. Pasteur a démontré surabondamment que le ferment ne naissait pas spontanément. Les germes sont transportés par l'air ou pénètrent par toute autre voie, qu'on finit toujours par trouver lorsqu'on cherche avec soin.

Les produits de la fermentation alcoolique sont l'alcool et l'acide carbonique. Tout récemment, M. Pasteur a découvert qu'il se formait toujours en même temps une certaine quantité de glycérine et d'acide succinique qu'on retrouve dans tous les vins. Les éléments de ces deux nouveaux corps sont empruntés au sucre exclusivement et non à la levûre. Selon le même auteur, il se forme d'autres corps qui n'ont pas encore été isolés. On voit que le phénomène n'est pas aussi simple que le croyaient les anciens chimistes.

Il est remarquable que l'alcool ne puisse pas être produit en grande quantité par un procédé autre que la fermentation. En définitive, le producteur d'alcool se fait jardinier et cultive le *Torula*, à peu près comme celui qui veut de la morphine cultive des pavots. Il en est de même dans toutes les autres fermentations à ferments insolubles, sauf pour la fermentation acétique qui donne naissance à un acide qu'on produit en grand sans fermentation.

Le sucre fermentescible n'est pas le sucre de canne, mais bien la glycose. Si l'on met du sucre de canne en présence du *Torula*, celui-ci commence par sécréter un ferment soluble, qui va au dehors du végétal transformer le sucre de canne en glycose par addition d'eau. C'est après ce phénomène préparatoire que la fermentation alcoolique commence. Il en est de même quand, au sucre de canne, on substitue les sucres du mélèze, de l'ergot de seigle, de lait, la manne de Trehala, etc.

Un assez grand nombre de fermentations à ferments vivants peuvent se ranger à côté de la fermentation vineuse ; je vais les énumérer et indiquer succinctement les points remarquables de leur histoire.

1° *Fermentation lactique.* — Plusieurs substances peuvent se transformer en acide lactique sous l'influence d'un ferment spécial : ce sont tous les glycoses, les sucres analogues au sucre de canne, la mannite, etc.

D'après M. Pasteur, le ferment lactique pris en masse ressemble à la levûre ordinaire, égouttée et pressée. Il est un peu visqueux et de couleur grise. Au microscope, il est formé de petits globules ou d'articles très-courts isolés ou en amas. Les globules sont beaucoup plus petits que ceux de la levûre de bière ; cette petite taille s'oppose à ce qu'on puisse les mesurer avec précision. L'acide produit gêne beaucoup le ferment, qui prospère bien plus lorsqu'on ajoute au mélange de la craie, qui sature l'acide dès qu'il se forme. Si, en même temps, le milieu où s'opère la fermentation contient du sucre et des matières albuminoïdes, le poids du ferment augmente. La fermentation lactique est facilement entravée par d'autres ferments, moisissures ou autres êtres organisés. Un liquide fermentescible est un terrain où la lutte pour l'existence, si remarquablement décrite par Darwin, se poursuit à outrance, et la prodigieuse fécondité de ces êtres microscopiques permet

(1) M. Pasteur a démontré que l'azote du tartrate d'ammoniaque lui suffisait, bien que ce fait remarquable ait été nié à tort.

au vainqueur d'anéantir rapidement le vaincu et d'arriver à se dévorer lui-même, car bientôt l'espace et la nourriture lui manquent. Le ferment lactique se laisse facilement envahir par des productions parasites contre lesquelles il a besoin d'être protégé.

Il paraît, d'après le même auteur, qu'une autre espèce de ferment lactique s'observe dans les vins tournés. Ce ferment est constitué par des filaments ayant 1 millième de millimètre de diamètre.

2° *Ferment butyrique.* — Tous les composés qui peuvent donner de l'acide lactique, ce dernier acide lui-même, les acides tartrique, citrique et malique peuvent former le milieu fermentescible du ferment butyrique, qui exige pour prospérer la présence de matières albuminoïdes, un milieu acide et une température de 30 degrés environ.

Le ferment butyrique est, d'après Pasteur, un animal appartenant à la classe des Vibrions. Il est formé par de petites baguettes arrondies à leur extrémité, isolées ou réunies par chaînes de deux ou trois articles qui se séparent, de telle sorte que la reproduction s'effectue par fissiparité. Ils se meuvent spontanément d'une manière non douteuse. Ils peuvent se développer et multiplier dans de l'eau sucrée additionnée de tartrate d'ammoniaque et de phosphates. En ce cas, l'acide butyrique apparaît au fur et à mesure de leur développement.

Non-seulement ces animaux peuvent se développer à l'abri de l'atmosphère, mais il paraît que l'air en trop grand excès les tue. Un courant d'air dirigé dans le liquide arrête la fermentation butyrique, tandis qu'un courant d'acide carbonique ne produit nullement cet effet. C'est là le premier exemple d'un ferment constitué par un animal.

3° *Ferment acétique.* — Le corps fermentescible est l'alcool; le ferment est la *mère du vinaigre.* Cette mère est une membrane blanchâtre, résistante, feutrée, élastique, quelquefois épaisse de plusieurs millimètres et qui, au microscope, paraît formée par une série d'articles réunis bout à bout et légèrement étranglés au milieu. La reproduction a lieu par fissiparité. Mis dans un milieu convenable, ce champignon se reproduit en transformant rapidement l'alcool en vinaigre. Cette fermentation est remarquable en ce sens que par exception à une règle exposée plus haut, le chimiste peut préparer du vinaigre par d'autres procédés que la fermentation.

4° *Ferment tartrique gauche.* — Cette fermentation est une des plus curieuses. On sait que lorsqu'on vient à mélanger des poids égaux d'acide tartrique droit et gauche, on obtient un corps sans action sur la lumière polarisée, et appelé acide paratartrique. Or, si l'on sème dans de l'eau contenant du paratartrate d'ammoniaque et des phosphates, quelques spores de *Penicillium glaucum*, la plante en se développant détruit l'acide droit en respectant l'acide gauche. C'est là certainement un fait des plus intéressants et qui jette un certain jour sur la structure intime malheureusement si peu connue des corps.

Il existe un assez grand nombre d'autres fermentations à ferments vivants. Ce nombre s'accroîtra sans doute beaucoup encore, mais leur étude n'éluciderait pas la question générale que nous traitons; les exemples cités suffisent pour montrer quelles sont les allures de ces êtres microscopiques, observés d'abord comme objets de curiosité, et dont l'importance a pris une grande extension. Je me contenterai donc de citer pour mémoire les fermentations qui fournissent des acides gras divers, la fermentation visqueuse qui produit la graisse des vins et de l'eau de fleurs d'oranger, la fermentation ammoniacale de l'urée, etc.

IV

Les ferments solubles diffèrent des précédents par plusieurs caractères dignes de fixer l'attention.

1° Le microscope ne décèle en eux aucun corps organisé.

2° Quelle que soit la nature du milieu dans lequel ils se développent, *ils ne se reproduisent pas.*

3° Les poisons entravent bien plus difficilement leur action,

4° La transformation qu'ils font subir au corps fermentescible est en général plus simple que lorsqu'il s'agit d'un ferment vivant. Le chimiste peut la reproduire à l'aide de réactifs minéraux.

5° Il est remarquable que leur action nécessite les mêmes conditions de température que les ferments vivants. Il ne paraît pas que leur solution soit complète. Les filtres un peu fins, comme le dialyseur, les arrêtent. Ils sont souvent précipités par un corps solide qui se forme au sein du liquide qui les contient. Il suffit pour obtenir ce résultat de former un phosphate insoluble dans la liqueur, ou plus simplement d'y verser du collodion. On a des doutes sur l'homogénéité de leur composition. Quelques-uns paraissent formés de principes immédiats plus ou moins nombreux et de substances salines dont on ne peut les séparer sans les altérer. Il est certain que ces propriétés tendent à faire supposer qu'ils peuvent renfermer en suspension des êtres analogues aux ferments vivants et qui sont assez ténus pour échapper à nos yeux. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'ils sont tous analogues à l'albumine qui se transforme si facilement sous l'influence des réactifs. Nul doute que ces transformations de l'albumine ne limitent dans une certaine mesure les conditions dans lesquelles la vie est possible. C'est ainsi qu'un animal ne saurait vivre dans un milieu où, par une cause quelconque, l'albumine passerait à l'état insoluble. Or, si nous faisons réagir un milieu semblable sur un corps albuminoïde que je suppose dénué de vie, ce corps se coagulera, c'est-à-dire subira une modification profonde. Il n'y aura rien d'étonnant à ce que ses propriétés chimiques soient changées, et qu'en particulier il cesse de pouvoir agir comme ferment. On voit par là comment un grand nombre des causes qui tuent les êtres vivants peuvent anéantir les propriétés des ferments appelés solubles, et combien il serait dangereux de déduire de cette analogie relativement à la destruction, une analogie au point de vue de l'organisation. En réalité, le véritable criterium pour savoir si un corps est vivant ou non, est sa reproduction. Je reviendrai sur ce point, et je vais donner quelques exemples de fermentations à ferments solubles.

1° *Fermentation glycosique de l'amidon.* — La matière fermentescible est l'amidon ou ses analogues. On savait depuis longtemps que dans la graine, l'amidon devient soluble au fur et à mesure que la petite plante grandit et l'utilise; mais le mécanisme de cette transformation était inconnu, et rangé dans la catégorie des phénomènes vitaux, lorsqu'en 1833 Payen et Persoz isolèrent le ferment qui résout ce problème et lui donnèrent le nom de *diastase.*

La diastase a tous les caractères d'une matière albuminoïde. On l'extrait du malt par dissolution dans l'eau, d'où on la précipite par l'alcool. Elle est incristallisable. Elle transforme 2000 fois son poids d'amidon en glycose. L'acide cyanhydrique, les alcalis organiques, l'essence de térébenthine et ses

analogues, la créosote, sont sans action sur elle. Dans aucune circonstance elle ne se reproduit.

On sait que l'amidon peut subir une transformation semblable sous l'influence des acides; la diastase du malt n'est d'ailleurs pas le seul corps qui puisse le transformer ainsi. La salive, le liquide pancréatique, l'eau de levûre filtrée, produisent un effet semblable. L'action de cette dernière, découverte par M. Berthelot, est remarquable. On sait que le sucre de canne proprement dit ne fermente point; il faut préalablement qu'il se transforme en glycose en absorbant de l'eau. Cette transformation est d'abord opérée par le champignon de la levûre, qui excrète une substance soluble capable de dénaturer le sucre de canne. C'est cette substance qui peut également agir sur l'amidon, et qui diffère de la diastase de MM. Payen et Persoz en ce que cette dernière est sans action sur le sucre de canne.

2° *Fermentation glycosique par dédoublement des glycosides.* — Un grand nombre de principes végétaux peuvent en s'hydratant se dédoubler en glycose et composés divers. Ce sont les glycosides : tels sont la salicine, la phlorizine, l'esculine, l'amygdaline, etc. Le ferment qui opère ce dédoublement est l'émulsine, matière albuminoïde qu'on extrait facilement des amandes. C'est à une fermentation analogue qu'est due la production de l'essence de moutarde dans les sinapismes. Si l'on se sert d'eau acide ou chaude pour cette préparation, elle est bien moins active, parce que la matière albuminoïde qui joue le rôle de ferment, la myrosine, est dénaturée dans ces conditions. De tout temps les fabricants de moutarde ont ajouté du vinaigre à leur produit pour le rendre moins piquant.

Il serait facile de multiplier ces exemples, mais ceux que nous venons de citer suffisent pour donner une idée nette de ce qu'on entend par un ferment soluble. C'est à cette série de corps que se rapportent la fermentation pectique, le dédoublement des corps gras en acide gras et glycérine, la fermentation de la mannite ou de la glycérine. Cette dernière présente une particularité remarquable. Lorsqu'on ajouté à une solution de ces corps une certaine quantité du tissu qui forme le testicule des animaux supérieurs, on observe la formation d'une glycose qui réduit la liqueur cupro-potassique, *et dévie à gauche la lumière polarisée.* On sait que le pouvoir rotatoire s'affaiblit toujours ou même disparaît à mesure que la molécule organique soustraite à la vie se modifie. L'expérience ci-dessus est je crois la seule dans laquelle ce pouvoir apparaisse sans provenir des éléments primordiaux de la réaction; elle démontre également la possibilité d'une complication dans l'édifice de la molécule organique, puisque la glycérine est sûrement triatomique, et que la glycose produite est vraisemblablement hexatomique. Il serait curieux d'étudier le rôle du calorique dans cette expérience. Il est possible qu'une certaine quantité de chaleur disparaisse.

Dr A. Coulier.

(*La fin à un prochain numéro.*)

COURS PUBLICS

Séméiologie.

Des températures basses excessives. Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, par Michel Peter.

Sommaire. — Refroidissement extrinsèque, ou par rayonnement, et refroidissement intrinsèque, ou spontané. — L'abaissement de la température, dans le premier cas, peut être beaucoup plus considérable que dans le second, sans que mort s'ensuive nécessairement. — Importance de l'intégrité de l'organisme sur le retour à la santé. — Émaciation et refroidissement parallèles par l'inanitiation. — Températures basses de la convalescence, du sclérème, du choléra, des affections chroniques, de l'urinémie, de la lypémanie. — Conséquences pratiques diverses.

Messieurs, nous avons vu, dans ma dernière leçon, que la chaleur, ce signe si particulièrement caractéristique de la vie qu'on l'a appelé chaleur *vitale*, ne pouvait pas s'élever au delà d'un certain degré, sans porter atteinte à l'existence, par enroidissement des muscles ou peut-être autrement; nous allons voir aujourd'hui que cette même chaleur vitale ne peut pas non plus s'abaisser au delà d'un certain degré, sans que la vie soit compromise. Cependant, un fait assez étrange, qui a prêté à des interprétations différentes de la mienne et que vous avez pu observer comme moi dans ce service, prouve que l'abaissement de la température au-dessous de 37 degrés peut être beaucoup plus considérable que l'élévation sans que mort s'ensuive; mais cela, je vous le dis par avance, pourvu que l'*organisme* soit sain, c'est-à-dire apte à refaire du calorique, les conditions de réfrigération ayant disparu, en d'autres termes les conditions de réfrigération étant *extrinsèques*. Au contraire, j'espère vous faire voir que quand ces conditions sont *intrinsèques*, c'est-à-dire quand c'est l'être vivant qui se refroidit *par lui-même*, en raison de l'altération même de son organisme, l'abaissement de la température, précurseur de la mort, est beaucoup moins considérable que l'élévation.

Le matin du 3 mars 1869, on apportait dans mon service de la salle Saint-Charles une femme gelée pour ainsi dire. Ses jupes étaient en partie roidies par l'eau glacée qui les imbibait, son haleine était froide, et le contact de sa peau donnait la sensation du marbre. En réalité, la température périphérique semblait être celle du milieu ambiant, qui était de 8 à 10 degrés.

Elle était absolument sans connaissance, la tête renversée en arrière, les yeux roulant dans leurs orbites, et son corps, dans l'extension de l'opisthotonos, était secoué de temps à autre par des convulsions des membres supérieurs et inférieurs. Le simple attouchement suffisait pour provoquer ces convulsions qu'accompagnaient alors des cris plaintifs.

La peau était complétement décolorée, le pouls régulier cependant, quoique moins fréquent qu'à l'état normal; la respiration lente mais régulière.

J'appris de ceux qui apportaient cette femme à l'hôpital, qu'on l'avait trouvée le matin, vers sept heures, dans un fossé de la route, près d'Ivry. Les voisins avaient entendu jusqu'à une heure assez avancée de la nuit une personne errant par les chemins et criant, mais ne s'en étaient pas autrement préoccupés; puis le silence s'était fait vers les trois heures du matin.

Or, il y avait eu cette nuit-là une véritable tempête; il était tombé de la neige, puis du verglas, et c'est dans ces conditions que la pauvre femme avait passé plusieurs heures le corps plongé dans un fossé à moitié plein de neige fondante et d'eau glacée.

Frappé de ces circonstances, et ne doutant pas que la température centrale ne fût très-basse, je fis prendre immédiatement la température simultanément dans le vagin et dans l'aisselle; elle était dans les deux cavités de *vingt-six degrés* seulement, c'est-à-dire de *onze degrés* plus basse que la température normale !

Je crus qu'un tel refoidissement était incompatible avec la

vie et que cette femme allait mourir. Néanmoins, je la fis mettre dans un lit bassiné (au n° 14); je la fis entourer d'une demi-douzaine de boules d'eau chaude et couvrir d'édredon.

Je lui fis donner, en outre, tous les quarts d'heure environ, et par petites tasses, du thé bien chaud additionné de rhum, comme on fait aux cholériques et pour les mêmes raisons. Il était alors dix heures et demie.

A onze heures, une demi-heure après le commencement de ce traitement pour ainsi dire *physique*, la température s'était déjà élevée de près d'un degré : elle était dans l'aisselle et le vagin, de 26°,8.

La température s'éleva graduellement ainsi jusqu'à quatre heures et demie du soir, où elle atteignit sa hauteur presque normale 36°,3. Ainsi, en six heures, cette femme avait gagné plus de dix degrés de chaleur.

Voici d'ailleurs la gradation ascendante de la température recueillie avec le plus grand soin par un élève zélé du service, M. Hirne :

	Vagin.	Aisselle.
11h.,30...	27°,9	27°,9
12h.,15...	28°,7	28°,6
12h.,45...	30°,4	30°,0
1h.,15...	30°,9	31°,1
2h.,00...	31°,6	32°,4
3h.,15...	34°,4	34°,3
4h.,30...	36°,3	36°,3

Vous pouvez voir, par ces chiffres, que si la température s'éleva graduellement, elle ne le fit cependant pas d'une façon régulière, puisque l'élévation de la température fut de :

0°,8	en	30	minutes.
1°,1	—	30	—
0°,8	—	45	—
1°,7	—	30	—
0°,5	—	30	—
0°,7	—	45	—
2°,8	—	75	—
1°,9	—	75	—
Total....10°,3	en	6	heures.

« A mesure que la température s'élevait, dit M. Hirne, qui, pendant tout ce temps, ne quitta pas cette femme, la malade recouvrait ses sens; à onze heures quinze elle était redevenue tout à fait calme; les yeux étaient immobiles, mais non plus égarés, elle était dans un grand état de prostration.

» Vers trois heures, elle éprouva un grand frisson qui disparut à quatre heures, et la malade put alors nous dire qu'elle se nommait Joséphine Kieber, et qu'elle était née à Colmar. »

On apprit ainsi qu'elle était âgée de trente-huit ans, que sa santé était parfaite et qu'elle n'avait pas d'antécédents alcooliques.

Elle raconta encore que la veille, profitant de l'absence de son mari, qui ne devait rentrer qu'à dix heures du soir, elle avait, malgré sa défense, été dîner chez une compatriote; qu'après un repas copieux et accompagné de maintes libations, elle partit à huit heures, afin de rentrer avant son mari; mais qu'à peine sortie et troublée par l'ivresse, elle ne reconnut pas son chemin, le demanda, fut trompée et s'égara de plus en plus. Puis, qu'après deux heures environ de cette marche au hasard, elle finit par tomber dans un fossé où elle perdit connaissance.

L'état de cette femme alla s'améliorant graduellement jusqu'au lendemain matin. La température, revenue à 37°,4, resta à ce niveau, et le matin du 5 mars, deux jours après son admission à l'hôpital, elle sortait complétement rétablie.

« Ainsi, dit encore M. Hirne, dont je tiens à citer les paroles, cette femme avait résisté au refroidissement causé par une nuit passée dans un fossé plein d'eau glacée, et pendant une violente tempête qui eut lieu cette nuit-là même. »

Vous croyez peut-être comme moi que chez cette femme le refroidissement a été tout extérieur et dû à ce que son corps est resté plusieurs heures immobile dans un fossé à demi plein d'eau et au milieu des circonstances atmosphériques si remarquables qui viennent d'être rapportées; qu'ainsi il y a eu perte graduelle de calorique *par rayonnement*. Eh bien, telle n'est pas l'interprétation que quelques-uns ont donnée de ce fait. Je sais qu'il en est parmi vous qui voient surtout dans ce cas un refroidissement par *intoxication alcoolique*, et qui le rapprochent volontiers des expériences faites sur les animaux et où l'on voit, la température s'abaissant de 4 à 6 degrés seulement, la mort en résulter.

Je vous ferai remarquer que notre malade a pu perdre 11 degrés de sa chaleur normale et cependant revenir à la santé. C'est que, dans l'intoxication alcoolique, il y a une action matérielle exercée par l'alcool sur les centres nerveux et les organes de l'hématopoïèse et de la calorification (foie, rate, reins, etc.); qu'ainsi il n'y a pas intégrité des organes, tandis que dans le refroidissement par le froid extérieur, les organes n'étant imprégnés d'aucune substance toxique, sont à ce point de vue absolument *intacts*. De sorte que si, chez notre malade du n° 14 de la salle Saint-Charles, l'opisthotonos et les convulsions démontraient l'existence d'une congestion indubitable de l'axe cérébro-spinal, par refoulement du sang de la périphérie vers le centre, ainsi que je l'ai maintes fois observé chez les noyés saisis par le froid de l'eau, néanmoins, à cela près de trop de sang dans les vaisseaux encéphalo-rachidiens, la pulpe nerveuse était intacte; d'où la possibilité du retour à la vie et à la santé.

On ne peut donc comparer le cas de cette femme à celui d'un chien ou d'un lapin auquel on ingère de l'alcool ou de l'eau-de-vie, d'abord parce que, pour ces animaux qui n'y sont nullement habitués, ces substances sont de véritables poisons; ensuite parce que cette femme avait bu surtout du vin à son repas, ce qui est déjà bien différent; enfin, parce qu'elle l'avait bu non tout d'un coup, mais par intervalles plus ou moins éloignés, ainsi qu'il arrive dans tout repas.

D'un autre côté, cette femme avait marché plusieurs heures après être sortie de la salle du festin, elle n'était donc pas ivre-morte. De sorte qu'il faut admettre que c'est un assez long temps après l'ingestion de substances alcooliques que celles-ci auraient produit un refroidissement si considérable et tel qu'on n'en a jamais observé de semblable chez les animaux empoisonnés par l'alcool dans les expérimentations.

Si, au contraire, nous nous plaçons dans les vraies conditions du fait, nous voyons une femme en léger état d'ivresse, qui, saisie par le froid extérieur, fatiguée par une course inutile, doublement émue par la crainte de son mari et le fait d'être égarée en pays inconnu, tombe épuisée physiquement et moralement, et perd connaissance dans un fossé où elle se refroidit graduellement en cédant de son calorique à la neige qu'elle fait fondre.

C'était donc là, je le répète à dessein, un refroidissement tout *physique*, par rayonnement, et non dynamique, par intoxication. Aussi n'hésitai-je pas à la traiter par le calorique *intus et extra*, et à stimuler son système nerveux par le rhum ajouté au thé chaud.

Vous avez vu le résultat de ce traitement.

Je comparerais volontiers ce cas aux faits si lamentables de congélation observés dans la campagne de Russie. Avant d'arriver à 0 degré et au-dessous, les malheureux soldats avaient nécessairement dû passer par la température de 26 degrés, de sorte que, avec ses 26 degrés, cette femme était en voie de congélation; quelques heures encore et sa température centrale serait graduellement descendue à 10 degrés, à 8 degrés et même au-dessous, et la mort s'en serait suivie.

Mais comme ces chiffres extrêmes n'ont pas été atteints, l'organisme qui était *sain de toutes parts* ne demandait qu'à *revivre*, et voilà pourquoi cette femme que je croyais devoir mourir est si énergiquement revenue à la santé (1).

(1) Dans un cas récemment observé par M. Bourneville, on a été moins heureux et le malade a succombé. Il s'agissait d'un homme apporté à la Pitié, le 2 janvier 1871,

Nous allons voir qu'il n'en est pas et n'en saurait être ainsi dans les cas où l'organisme est lentement altéré, et où, graduellement et parallèlement à l'altération organique, la température s'abaisse.

Tel est le cas des animaux inanitiés par Chossat. Cet habile observateur a, en effet, obtenu d'expériences remarquablement conduites ce résultat constant, à savoir que l'inanitiation faisait baisser graduellement le poids et la température.

La plus frappante et la plus utile relation que donne l'émaciation résultant de l'inanitiation est que : « un animal périt lorsqu'il a perdu les $4/10^{es}$ de son poids normal ». L'obésité peut augmenter cette perte de $1/10^{es}$: ainsi un animal gras ne meurt que lorsqu'il a perdu les $5/10^{es}$ ou la moitié de son poids normal; ce fait a une importance pratique qui ne vous échappera pas. Dans tous ces cas, il s'agit d'un animal adulte : « le jeune âge, au contraire, abaisse cette résistance à la perte de poids et la porte de $4/10^{es}$ à $2/10^{es}$; ainsi un jeune animal meurt quand il a perdu les $2/10^{es}$ de son poids » : ce qui rappelle l'aphorisme d'Hippocrate : « Ce sont les vieillards qui supportent le mieux l'abstinence; viennent ensuite les personnes dans l'âge mûr; les jeunes gens la supportent très-mal; les enfants moins que tous les autres. » (*Aph.* 13°, édit. de Daremberg.)

« En nourrissant un animal d'une manière insuffisante, continue Chossat, au lieu de le priver totalement d'aliments, on retarde plus ou moins l'époque de la mort, mais on n'altère en rien la loi d'après laquelle la mort arrive. Dans l'un ou l'autre cas l'animal meurt dès que son poids a atteint la limite de diminution compatible avec la vie. »

Au point de vue de la température, l'inanitiation produit des effets qui diffèrent selon qu'il y a privation absolue de nourriture ou seulement ration insuffisante, l'animal maigrit, mais si on lui donne de la nourriture il revient à la santé; s'il y a privation absolue de tout aliment solide et liquide, il y a émaciation rapide et la température s'abaisse d'autant plus rapidement que l'émaciation est plus grande et que l'animal est soumis depuis plus longtemps à l'expérience.

Chossat a constaté que chez un homme sain il y a oscillation diurne de la température, la température s'abaisse pendant la nuit et s'élève pendant le jour, l'oscillation est de 0°,74 à l'état normal; lorsqu'un animal est soumis à l'inanitiation, cette oscillation est en moyenne de 3°,28, et elle est d'autant plus grande que l'émaciation fait plus de progrès. Ainsi pour un pigeon soumis aux expériences, l'oscillation diurne, qui était de 4°,6 le premier jour (de 42°,8 à 44°,2), est de 4°,5 le seizième jour (de 39°,5 à 35 degrés).

« L'abaissement nocturne, dit Chossat, se prolonge d'autant plus avant dans la matinée et commence d'autant plus tôt dans l'après-midi, que l'animal se trouve déjà plus affaibli par la durée préalable de l'inanitiation. »

Ainsi, la résistance au froid diminue par l'inanitiation.

à onze heures du soir, dans un état de contracture partielle. On l'avait trouvé couché tout nu sur le parquet de sa chambre, dont la fenêtre était ouverte : et l'on était en janvier! Il avait 27°,4 dans le rectum. On essaya de le réchauffer avec des boules d'eau chaude et du vin chaud sucré. La température ne s'éleva que de 0°,6 (à 28°,2) au bout de deux heures. La mort eut lieu le lendemain matin à huit heures et demie. Cinq minutes après la mort, la température rectale était de 36°,2. M. Bourneville ne dit pas ce qu'elle était peu avant la mort ou au moment même de celle-ci. Ainsi, le malade s'était réchauffé pendant la nuit, de manière à revenir presque au chiffre normal de 37°, et néanmoins il n'avait pu *revivre* J'ai observé à l'hôpital Saint-Louis deux faits analogues chez des noyés : je réussissais à les réchauffer, mais non à les empêcher de mourir. Dans ces cas, on trouve une énorme congestion des méninges encéphalo-rachidiennes et le malade succombe par son système nerveux. Dans le fait de M. Bourneville, on trouve pour toute lésion « une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien ».

M. Bourneville attribue très-judicieusement ce refroidissement excessif à l'action du froid extérieur; il rejette non moins judicieusement toute intervention de l'alcoolisme (je suis absolument de son avis), et croit que « l'action du froid, qui était très-intense à cette époque de l'année, a été favorisée par une dépression antérieure du système nerveux » (On voulait incorporer de force ce malheureux dans les bataillons de marche de la garde nationale, et il en était résulté chez lui « une grande irritation, un changement du caractère très-marqué, aussi le considérait-on comme ayant le *cerveau dérangé* ».) (Communication à la Société de biologie, *Gazette médicale*, 6 janvier 1872.)

« Le refroidissement successif et journalier moyen prend subitement le dernier jour de la vie un accroissement considérable.

» Ainsi, dans les derniers jours de la vie, la chaleur animale en moyenne a baissé quarante-sept fois plus rapidement que dans chacun des jours précédents. Et telle est la rapidité de ce refroidissement qu'il est en moyenne de 0°,94 par heure pour le dernier jour de la vie. »

La chaleur minima observée au moment de la mort a été de 18°,5 (chez un pigeon), et la chaleur maxima 34°,2 (chez une corneille). La mort peut donc avoir lieu chez les animaux inanitiés entre 18 et 35 degrés. Chossat a donc démontré qu'aux trois genres de mort admis par Bichat, mort par le cerveau, par le poumon ou par le cœur, il en faut ajouter un quatrième, la mort par le tube digestif.

Ainsi, dès que l'alimentation est diminuée, la question d'inanitiation se soulève et l'inanitiation complète n'est plus qu'une affaire de temps.

Puis donc que la mort peut arriver par le tube digestif, le médecin ne devra pas s'associer à la maladie en maintenant trop longtemps la diète, surtout chez les enfants, qui n'y résistent pas plus que les jeunes animaux de Chossat.

Les expériences de Chossat démontrent qu'un organisme primitivement sain ne s'altère que graduellement par l'inanitiation, que la résistance au refroidissement décroît progressivement et non proportionnellement à la durée de l'expérience, c'est-à-dire à la déchéance du sujet dont la perte de calorique est ainsi beaucoup plus considérable dans les derniers jours de l'expérience que dans les premiers; qu'enfin la mort n'arrive qu'au bout d'un assez long temps et après une grave altération de l'organisme.

Ces expériences peuvent être utilisées dans la pratique, bien qu'il n'en faille pas exagérer l'importance. Il s'agit dans ces recherches d'animaux *sains*, or, chez l'homme *malade* d'une affection aiguë, l'alimentation insuffisante ne produit qu'un de ses effets, l'émaciation; mais l'organisme résiste si bien au refroidissement, qu'au contraire la température s'élève.

Vous savez quelle réaction judicieuse et bienfaisante s'est opérée dans les esprits à propos de l'alimentation dans les fièvres graves. A la doctrine de Broussais qui n'admettait que la diète et les émissions sanguines, Trousseau, Monneret, Graves, ont substitué une doctrine moins débilitante, et ils ont alimenté leurs malades. C'est là une bonne opération thérapeutique.

Mais que de gens en sont encore à la doctrine de Broussais! Un très-judicieux médecin de la Côte-d'Or, le docteur Simon, me disait avoir été appelé auprès d'un jeune homme, qui, au quarantième jour d'une fièvre typhoïde, n'avait encore pris aucun aliment. Il était guéri de sa fièvre et se mourait du traitement. Avec la meilleure intention, mais la plus grande ignorance, le médecin qui le soignait avait renouvelé sur son malade l'expérience de Chossat sur les animaux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Eucalyptus globulus et fièvres intermittentes, inefficacité, par le docteur Ernest Papillon, médecin-major à l'hôpital de Mascara (1).

La Gazette hebdomadaire qui a, l'une des premières parmi les feuilles médicales, appelé l'attention des praticiens sur les recherches relatives aux propriétés de l'Eucalyptus, empruntait encore récemment (21 juin) au Montpellier médical les

(1) Voyez à la *Revue des journaux*, p. 500, l'analyse d'un Mémoire de M. Keller, sur le même sujet. (*La Rédaction.*)

conclusions d'un travail de M. Castan sur l'emploi de ce remède contre les fièvres intermittentes. Je ne connais du travail de M. Castan que l'exposé qui en est publié dans la Gazette hebdomadaire et ne puis savoir dans quelles conditions l'essai a été tenté. L'auteur note 15 guérisons sur 27. 12 cas sont restés rebelles à l'action de l'Eucalyptus. C'est déjà pour un antipyrétique une proportion d'insuccès suffisamment présentable.

Depuis trois mois j'expérimente ce produit nouvellement introduit dans la thérapeutique et hautement patronné. Je n'ai aucun succès à enregistrer. Ce résultat étant en opposition avec l'opinion reçue et en contradiction avec les travaux publiés, je crois en quelques mots devoir préciser comment et dans quelles conditions ces expériences ont été faites.

L'hôpital militaire de Mascara (Algérie) est dans des conditions favorables à de tels essais. Construit sur un mamelon élevé, les malades ne peuvent pendant leur séjour y prendre la fièvre. Je mentionne ce fait pour bien établir que l'Eucalyptus n'a point à lutter ici contre une infection palustre incessamment renouvelée; d'autre part, le triage des fébricitants est facile; la garnison dessert les postes les plus insalubres de la province Sebdou, Magenta, etc., il est exceptionnel que les hommes, même dans un court séjour, n'y soient point touchés par la fièvre, et souvent ils en sortent profondément détériorés. Les travaux de viabilité, la culture intensive des maraîchers fournissent également leurs contingents de fièvres de tous types et de tous degrés.

Les parties d'Eucalyptus expérimentées ont été dès le début l'écorce, réduite en poudre; elle fut promptement abandonnée, les résultats ayant été totalement nuls. J'ai alors essayé des feuilles réduites en poudre. Cette poudre est associée au miel pour faire des bols contenant 25 centigrammes de poudre chacun. J'ai donné jusqu'à 110 de ces bols par jour; mais à dater de 50 à 60, soit 12gr,5 à 15 grammes de poudre, il y avait des coliques et de trois à six selles diarrhéiques, avec sensation de brûlure à l'anus. Ces selles avaient lieu environ neuf heures après l'ingestion des bols. Craignant alors que cette expulsion sous forme diarrhéique ne laissât point à l'absorption intestinale le temps nécessaire pour en puiser les principes actifs, je fis ajouter du laudanum qui amena la tolérance intestinale. Cet énorme volume était d'une administration peu pratique, et voulant essayer des doses plus élevées, je songeai à l'extrait alcoolique. M. Weil, pharmacien à l'hôpital, le prépara de la façon suivante : Pour 1 kilogramme de feuilles réduites en poudre 5 kilogrammes d'alcool à 85 degrés et huit jours de macération, l'extrait était avec ménagement poussé seulement jusqu'à consistance sirupeuse pour ne point évaporer les principes volatils; la quantité d'extrait ainsi obtenue était de 21 pour 100. Chaque gramme d'extrait représentait donc en chiffres ronds 5 grammes de poudre (exactement 4gr,76). Sous cette forme j'ai donné par jour 40 pilules représentant 47gr,60 de poudre.

L'extrait à cette dose donne encore des coliques et quelques rares selles diarrhéiques. Ces préparations ont souvent donné des nausées, mais je n'ai jamais constaté de vomissements.

Les fièvres intermittentes vernales ont été écartées, et l'Eucalyptus ne fut essayé que sur des fièvres intermittentes récidivées et à types régulièrement établis, la saison ne permettant point, comme a pu le faire M. Castan, d'expérimenter sur des fièvres automnales. Les hommes ainsi triés restaient pour le moins cinq ou six jours, mais habituellement une huitaine en observation, sans aucun traitement. Les médecins qui ont la pratique des fièvres palustres savent combien l'influence d'un milieu salubre est à elle seule efficace, combien un bon lit et une alimentation réparatrice suffisent en nombre de cas pour que les accès de fièvre de moyenne intensité ne reparaissent plus. Journellement des hommes qui fébricitent à la caserne, n'ont plus d'accès arrivés à l'hôpital; et, le colon qui tremble la fièvre dans la plaine, la voit disparaître sitôt son retour à la ville.

Cette diététique n'est plus suffisante pour des fièvres invétérées ou dues à une infection profonde, l'organisme reste impuissant à reconquérir son équilibre, si ce n'est à la longue: mais, ces cas sont les seuls qui permettent — parce qu'ils écartent les cas de guérisons spontanées — de juger si l'intervention thérapeutique est ou non efficace. Pour cela donc, il est indispensable, afin de reconnaître les cas tenaces, de laisser l'organisme s'impressionner des conditions favorables du repos et de meilleures conditions hygiéniques.

Il y a dans les fièvres récidivées un écueil à éviter, ce sont les séries d'accès. La terminaison d'une de ces séries laisserait de l'Eucalyptus une opinion qui ne lui appartient pas ou du moins qu'il n'a point justifiée dans mes salles. Il n'y a pas guérison, mais trêve seulement, et l'Eucalyptus peut dans ces cas être gratifié d'un succès que l'observation suivie du malade vient bientôt mettre à néant, la série d'accès venant à reparaître. Il advient souvent que la série d'accès étant épuisée, l'organisme placé dans de bonnes conditions se refait, le malade reprend de l'embonpoint et récupère ses forces; ce fait a lieu avec ou sans l'intervention d'un traitement. Ce retour aux conditions antérieures de l'organisme est parfois si rapide, qu'en moins de trois semaines ou un mois des hommes jeunes encore ont pu gagner de 3 à 4 kilogrammes.

L'utilité de l'Eucalyptus dans ces cas reste assez problématique. Il est d'observation que dans ces séries les accès vont habituellement s'affaiblissant de jour en jour, la fièvre se perd, disent les malades; mais il n'est pas rare non plus de voir la série se clore par un accès plus violent que les précédents. Ces modes de terminaison ont une importance qui n'échappera pas, au sujet du moment à choisir pour administrer expérimentalement l'Eucalyptus ainsi que dans l'appréciation de ses effets.

Il reste un dernier mode de cessation des accès que je me borne seulement à mentionner, c'est celui où, après un accès de fièvre, le malade déjà épuisé s'est soudainement anémié, indice avant-coureur de la cachexie qui s'établit. L'organisme déchoit chaque jour davantage, il cesse bientôt de réagir et partant plus d'accès.

Ces données élémentaires mais capitales dans l'expérimentation d'un nouvel agent n'ont peut-être point toujours été rigoureusement appliquées; ainsi, M. M....., l'un des plus chaleureux partisans des propriétés fébrifuges de l'Eucalyptus, cite un village de la province de Cadix, où « le Conseil municipal discuta gravement si l'on donnerait ou non, pour un fiévreux, quelques feuilles du seul Eucalyptus qui existât dans la commune, et la question ne fut tranchée affirmativement que sur la déclaration du médecin, qui considérait ce remède comme indispensable; le lendemain le patient était guéri ». (*Bull. de la Soc. d'acclimat.*, 1872, p. 40.)

Parmi les entrants à l'hôpital, j'ai choisi 17 hommes atteints de fièvres anciennes, récidivées et à types réguliers. Dans ces dix-sept fièvres se trouvaient : 3 quotidiennes, 10 tierces, 1 double tierce, 3 quartes.

Six ont guéri sans traitement : 5 tierces, 1 quarte.

Des trois quotidiennes : N° 1. Traité dix jours par l'Eucalyptus, le malade absorba 630 bols et 20 pilules d'extrait; je donnai le onzième jour 1gr,20 de quinine : apyrexie définitive. — N° 2. Au cinquième jour de traitement 40 bols par jour; à la suite d'un accès, le malade fut fortement anémié, les accès cessèrent, mais le malade s'infiltra. — N° 3. Les accès disparurent quatre jours après l'administration de 30 pilules d'extrait, soit 120 pilules = 30 grammes extrait, soit 144 grammes de poudre.

Ainsi : n° 1, insuccès complet; n° 2, organisme s'épuisant; n° 3, douteux.

Des 5 fièvres tierces : N° 1. Six accès pendant l'administration de l'Eucalyptus; les accès ont été s'affaiblissant chaque fois : c'était incontestablement une série qui finissait. — N° 2. Quatre jours de suite 40 pilules d'extrait; les accès n'étant point influencés, je donnai le sulfate de quinine;

plus d'accès. — N° 3. Sa fièvre fut quatre accès, quotidienne puis tierce, ce qui laisse supposer une série. Il prit 720 bols et 36 pilules d'extrait; la fièvre s'éteignit au cinquième accès tierce. — N° 4. Le malade n'eut que deux accès sous l'influence de l'Eucalyptus, le troisième manqua. — N° 5. Eut quatre accès pendant et malgré l'administration de l'Eucalyptus; je prévins le cinquième par le sulfate de quinine.

En somme : n°s 2 et 5, insuccès; n°s 1 et 3, la fièvre a paru disparaître, l'Eucalyptus y restant étranger; le n° 4 a une apparence de succès.

Pour la double tierce, l'insuccès fut complet. Je dus recourir au sulfate de quinine.

Fièvres quartes : Le n° 1 n'a pris que 80 bols; l'accès ayant été très-violent, la quinine fut donnée. — Le n° 2 avait, dans la quinzaine qui précéda son entrée à l'hôpital, quotidiennement pris un gramme de sulfate de quinine. La fièvre persistait. C'était un beau cas pour l'Eucalyptus. « C'est surtout dans les cas rebelles à la quinine et aux autres fébrifuges que les feuilles d'Eucalyptus globulus produisent des résultats merveilleux. J'ai vu des personnes atteintes de fièvres intermittentes depuis plusieurs années..... et, grâce à ce traitement, elles ont repris toutes les apparences de la santé, de la force et de la vigueur. » (Voy. *Bull. de la Soc. d'acclimat.*, p. 103, février 1872.) Le malade entre le 26 avril à l'hôpital, le 14 mai l'Eucalyptus fut donné à la dose journalière de 15 pilules d'extrait jusqu'au 19, puis de 20 pilules jusqu'au 22, puis de 25 à dater du 23, jour d'un accès plus fort (fin de la série) suivi d'apyrexie. L'Eucalyptus fut continué à la même dose. Les 9, 10, 11, 12 et 13 juin, à deux heures, accès quotidiens qui reprennent leur ancien type 16, 19, 22, 25, 28 juin, 1er juillet. Le 16 juin je portai à 40 pilules l'extrait; les 2, 3 et 4 juillet je donnai la quinine; les accès cessèrent.

En résumé : De 17 fiévreux triés pour leur gravité : 6 guérissent sans traitement par la seule influence d'un milieu favorable; 5 donnent un insuccès complet (n° 1 des quotidiennes, 2 et 5 des tierces, la double tierce et 1 quarte); 1, la quarte n° 1, n'a point toléré une épreuve plus longue; 1 organisme épuisé (n° 2 quotidienne), cachexie; 2, l'Eucalyptus a paru rester étranger à la disparition de la fièvre (n°s 1 et 3 des tierces); 2, les seuls qui peuvent être portés à l'actif de l'Eucalyptus, le n° 3 des quotidiennes et le n° 4 des tierces; ils ont une apparence de succès.

Ces données ne sont point encourageantes, et ce qui me laisse peu d'espoir au sujet des vertus fébrifuges de l'Eucalyptus, c'est ce fait flagrant que dans des fièvres à types francs réguliers, il ne m'a jamais été possible d'empêcher un prochain accès, d'en faire taire la manifestation. J'ai donné dans ce but jusqu'à 12 grammes d'extrait, représentant 60 grammes de poudre; et une autre fois jusqu'à 110 bols de poudre, et cela l'avant-veille, la veille et le matin d'un accès de fièvre tierce.

Une telle impuissance me paraît révéler la valeur de l'Eucalyptus; mais ce qui frappe peut-être davantage encore, c'est qu'après avoir vainement pendant six ou sept jours administré l'Eucalyptus, et que la fièvre n'en vient pas moins à son jour, on prescrit de la quinine, et que dès lors l'apparition de la fièvre cesse; il semble qu'on délaisse un médicament totalement inerte pour prendre le seul réellement actif.

Je dois ajouter cependant que chez les malades prenant de l'Eucalyptus il m'est arrivé de constater que parfois les accès étaient troublés dans leur apparition et dans leur intensité; mais ces troubles n'étant point constants, je ne crois pas que l'on soit autorisé à les rapporter à l'Eucalyptus; ce sont là des modifications qu'il n'est pas rare d'observer chez des fiévreux non soumis à un traitement, modifications subordonnées à un changement de conditions météorologiques ou dues à des états passagers de l'organisme.

Je conclus : Que des observateurs aient été frappés du fait de la disparition des fièvres palustres concurremment avec les plantations d'Eucalyptus globulus, il y a là un fait réel, une action prophylactique due à une végétation merveilleusement rapide et qui peut promptement assainir une contrée; mais à l'égard des fièvres intermittentes, l'Eucalyptus ne m'a paru exercer aucune action fébrifuge.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 22 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

FER DANS LE SANG DES INVERTÉBRÉS. Note de M. *Boussingault*. — Le sang blanc des limaces jaunes possède une réaction alcaline. Dans 100 grammes, on a trouvé : Matières sèches, 3^{gr},905; cendres blanches, 0^{gr},767; fer exprimé en métal, 0^{gr},00069; eau, 96^{gr},095. La chair des limaces renferme à peu près deux fois autant de fer que le sang, et le sang blanc sec renferme plus de fer que la chair sèche. Ce rapport est dans le sens constaté pour les animaux à sang rouge; seulement, pour ces derniers, la différence est beaucoup plus forte. Il y a dix fois autant de fer dans le sang de bœuf que dans la chair; tandis que, pour la limace, ce serait le double seulement, à peu près.

DOSAGE DE L'OZONE. Note de M. *Thenard*. — Voici la formule du procédé :

« Dans le flacon jaugé où l'oxygène vient d'être recueilli, on introduit aussitôt, avec toutes les précautions pour éviter les pertes et suivant la richesse présumée, 10, 12, 15 centimètres cubes d'une dissolution chlorhydrique d'acide arsénieux, préparée suivant la formule de Gay-Lussac, à cela près qu'elle contient une dose d'acide arsénieux exigeant 1 milligramme d'oxygène par centimètre cube pour se transformer en acide arsénique.

Cela fait, on agite fortement le flacon à trois ou quatre reprises, avec des repos, pendant cinq à dix minutes, puis on y ajoute 30 centimètres cubes environ d'une dissolution sulfurique au centième, et l'on commence le titrage.

La liqueur manganique est d'abord versée à la dose de quatre gouttes, puis de cinq, puis de six, sans jamais dépasser ce nombre, ni faire de nouvelle addition d'hypermanganate avant que l'acide arsénieux soit devenu parfaitement *incolore* et *limpide*. Enfin, quand on est près de toucher au terme, on diminue de plus en plus le nombre des gouttes versées à la fois, parce que la liqueur a de plus en plus de peine à s'éclaircir, et l'on continue ainsi jusqu'à ce que, par une seule goutte, on arrive à la teinte sensible.

Il n'est pas besoin de dire ici comment on calcule le résultat, mais il n'est pas indifférent d'ajouter que la liqueur manganique est riche à 2 milligrammes d'oxygène disponible par centimètre cube. Cependant nous ne verrions aucun inconvénient à la dédoubler et à la ramener ainsi au même titre que la liqueur arsénieuse. »

CROUP ET ANGINE COUENNEUSE. — MM. *Bouchut* et *Labadie-Lagrave* présentent une note sur l'anatomie pathologique de ces maladies. Il y a deux espèces de lésions anatomiques dans l'angine gangréneuse ou couenneuse et dans le croup : les unes *primitives*, dues à l'ulcération de la muqueuse ou à la présence des fausses membranes, et les autres *secondaires*, *cardiaques* ou *emboliques*.

Les lésions primitives, formées par la gangrène des parois du gosier et par les fausses membranes de la gorge et du larynx, sont aujourd'hui bien connues des médecins.

Les lésions secondaires, cardiaques et emboliques pulmonaires n'ont pas encore été décrites et méritent d'être connues, car elles expliquent la mort par une lésion toute spéciale des poumons et des autres organes.

Dans le cœur, il y a presque toujours (quatorze fois sur quinze) une endocardite végétante, avec dépôts fibrineux qui sont l'origine de fréquentes embolies.

Les poumons renferment souvent (quarante-cinq fois sur cent quatre-vingts) des noyaux d'apoplexie pulmonaire ou infarctus sanguins, dus à des embolies artérielles. Les infarctus sanguins du poumon sont quelquefois décolorés au centre,

avec une zone d'hypérémie pulmonaire à l'entour. Ils donnent quelquefois lieu à un noyau d'infiltration purulente ou à de véritables accès métastatiques. Les poumons renferment souvent à leur surface, entre les lobules, de petites thromboses veineuses.

Des infarctus sanguins, suite d'embolies, ont quelquefois lieu sous le péricarde, entre les fibres musculaires altérées du cœur et dans le tissu cellulaire sous-cutané, où peuvent se former de petits abcès métastatiques. Des thromboses veineuses existent dans la pie-mère, dans le cerveau, dans le foie et dans les différentes parties du corps.

Avec ces lésions existe toujours une leucocytose plus ou moins prononcée, très-considérable si le cas est très-grave.

Endocardite, embolies disséminées dans le poumon ou dans les tissus, thromboses veineuses de différents viscères, leucocytose aiguë, telles sont les lésions nouvelles à étudier dans l'angine couenneuse et dans le croup. » (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Conservation des substances alimentaires. — M. *Sacc* envoie une note sur la conservation des substances alimentaires par l'acétate de soude. Le procédé est le suivant :

On range les viandes dans un baril, en déposant sur elles de l'acétate de soude en poudre, dont il faut le quart du poids de la viande. En été, l'action est immédiate; en hiver, il faut placer les vases dans une salle chauffée à 20 degrés. Le sel absorbe l'eau de la viande; au bout de vingt-quatre heures, on retourne les pièces, en plaçant dessus celles qui étaient dessous. En quarante-huit heures l'action est terminée, et l'on embarille les viandes dans leur saumure, ou on les sèche à l'air. Si les barils ne sont pas pleins, on achève de les remplir avec de la saumure faite en dissolvant 1 partie d'acétate de soude dans 3 parties d'eau.

La saumure, séparée des viandes et évaporée à moitié, cristallise et régénère la moitié du sel employé. Les eaux mères constituent un excellent extrait de viande, qui, en pâte épaisse, représente 3 pour 100 du poids de la viande employée. Cet extrait doit être versé sur la viande conservée qu'on apprête dans ce même rapport de 3 pour 100 pour qu'elle reprenne totalement son goût de viande fraîche, sinon elle semble fade, ce qui vient de l'absence des sels potassiques qui restent dans la saumure. (*Comm. :* MM. Dumas, Peligot, Pasteur.)

Fermentation. — M. *Sacc* adresse, en outre, un mémoire portant pour titre : La fermentation et les ferments. (Renvoi à la même commission.)

Empoisonnement par le phosphore. — M. *Poulet* adresse une note sur le diagnostic de l'empoisonnement par le phosphore, au moyen d'un signe fourni par les urines du malade. (*Comm.* : MM. Balard, Cl. Bernard.)

Strychnine et chloral, par M. *Oré*. — Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Non-seulement l'injection *intraveineuse* de 1 milligramme de strychnine (dose mortelle pour un lapin de 2 kilogrammes) n'empêche pas l'animal, placé sous l'influence toxique de 4 grammes de chloral, de succomber, mais la présence de l'alcaloïde ne se manifeste par aucun phénomène spontané caractéristique.

2° L'injection *intraveineuse* de 2 milligrammes 1/2 de strychnine occasionne des convulsions spontanées bien caractérisées. Elle a semblé dans un cas retarder la mort de l'animal sans l'empêcher, car il a succombé en présentant tous les phénomènes de l'intoxication par le chloral.

3° A mesure que l'on augmente la dose de strychnine ($3^{gr},45$), la mort arrive avec une rapidité qui va toujours croissant, et les propriétés de cette substance semblent s'accentuer de plus en plus.

4° Si l'on augmente encore les doses (7 milligrammes 1/2 1 centième), l'action du chloral est alors *complètement effacée*, et l'animal meurt par la strychnine. *L'antidote devient ainsi agent toxique.*

5° Que l'on combatte les effets du chloral, administré à dose mortelle, à l'aide de la strychnine introduite par la voie hypodermique ou par la voie intraveineuse, l'animal succombe toujours : le plus souvent par suite de l'action de la première substance, quelquefois cependant par suite de la deuxième.

6° La strychnine n'est donc pas l'antidote du chloral.

Propriétés de l'acide quinique. — M. *Rabuteau* adresse une note sur les propriétés physiologiques de l'acide quinique et la réduction du perchlorure de fer dans l'organisme. Il résulte de ses recherches sur l'acide quinique : 1° que l'acide quinique est inoffensif; 2° qu'il se comporte comme presque tous les acides végétaux ordinaires, c'est-à-dire qu'il est brûlé dans l'organisme, les quinates alcalins se transformant en bicarbonates alcalins, qui ont la propriété de rendre les urines alcalines lorsqu'ils sont administrés à des doses suffisantes, par exemple à celles de 5 à 6 grammes au moins par jour. Le quinate de soude produisant la constipation après son injection dans le torrent circulatoire, on peut conclure qu'introduit dans le tube digestif en quantité suffisante il déterminerait des effets purgatifs, d'après cette règle générale que les purgatifs salins constipent lorsqu'ils ont été injectés dans le sang.

« Les quinates alcalins étant dénués de saveur, j'ai voulu, dit l'auteur, m'assurer si le quinate de quinine serait moins sapide que chacun des sulfates de quinine. Il n'en est rien; ce sel est amer comme les autres sels de cette base.

En résumé, l'acide quinique est un principe inoffensif et sans doute inactif dans le quinquina, comme l'acide méconique dans l'opium.

Relativement à la réduction du perchlorure de fer, l'auteur établit que les matières organiques les plus diverses : le bois, le papier, etc., ramènent le perchlorure à l'état de protochlorure, et cela en présence de l'oxygène de l'air.

Cette réduction du perchlorure de fer présente un intérêt pratique. Quand on ingère des eaux ferrugineuses contenant du sesquioxyde de fer, par exemple une eau où l'on a éteint un fer rouge, comme on le faisait dès l'antiquité la plus reculée pour guérir divers états morbides où le fer est aujourd'hui reconnu efficace, il se forme du perchlorure de fer dans l'estomac au contact de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, puis ce sel se transforme en *protochlorure de fer*, substance qu'on a prise ainsi bien des siècles sans le savoir, et qui est le médicament et l'aliment ferrugineux normal. La teinture de Bettuchef, qu'on employait autrefois, agissait d'une manière aujourd'hui expliquée.

Académie de médecine.

Séance du 30 juillet 1872. — Présidence de M. Barth.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un mémoire manuscrit, sans nom d'auteur, sur le vaccin et la vaccination. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de la Lozère. (*Commission des épidémies*)

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M le docteur *Girard de Cailleux*, membre correspondant, sur les eaux minérales thermales de Salins, de Brides et de Bourbon-Lancy. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. La description d'une pince, fabriquée par M. *Aubry* sur les indications de M. le docteur *Lourenço* (de Bahia), pour faciliter l'opération d'agrandissement de l'angle externe de l'œil. — *c*. Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *Luton* (de Reims).

M. *Gubler* présente une notice historique sur le château de Bourbon-l'Archambault, par M. le docteur *Périer*.

M. *Poggiale* présente une note de M. *Boille*, pharmacien, sur la préparation du bromhydrate de quinine.

M. *Briquet* présente, de la part de M. le docteur *Dagonet*, deux brochures : l'une, sur la folie impulsive; l'autre, sur la stupeur dans les maladies mentales.

M. *Larrey* présente un volume intitulé : La chirurgie militaire et les sociétés de secours, en France et à l'étranger, par M. le docteur *Léon Le Fort*.

M. *Hérard* présente un ouvrage intitulé : La pleurésie purulente et son traitement, par M. le docteur *Moutard-Martin*.

M. le *Secrétaire annuel* donne lecture de l'ampliation d'un décret, en date du 23 juillet, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur *Tarnier* comme membre titulaire dans

la section d'accouchements, en remplacement de M. Danyau, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. *Tarnier* prend place parmi ses collègues.

C'est demain 31 juillet qu'expire le délai de rigueur pour l'envoi des travaux destinés aux concours des prix de 1872. Aussi y avait-il une véritable avalanche de mémoires dans la correspondance. Les commissions seront nommées mardi prochain, et, d'avance, M. le Président fait appel à leur zèle, afin qu'il n'y ait point de retard dans la confection des rapports, et que la séance annuelle puisse avoir lieu à l'époque accoutumée.

L'ouvrage de notre collaborateur M. *Léon Le Fort*, sur la chirurgie militaire, nous paraît offrir un tel degré d'actualité, que nous croyons devoir le signaler d'une manière toute spéciale, comme l'a fait M. Larrey, à l'attention du monde médical et des hommes qui sont chargés, dans notre pays, de l'immense et glorieuse tâche de la réorganisation de l'armée. Il faut, à tout prix, que le corps de santé militaire jouisse, en France, comme dans toutes les autres contrées de l'Europe, de son indépendance et de son autonomie; il faut qu'il soit entièrement affranchi de la tutelle, de l'arbitraire et du despotisme de l'intendance. A ce prix seulement, cet important service pourra se relever de l'infériorité notoire où il est par rapport à ceux de l'Amérique, de l'Angleterre, de l'Allemagne, de la Suisse, de l'Italie, de la Russie, et même de la Turquie. Telle est l'opinion de M. Le Fort et aussi celle de M. Larrey, lequel est mieux placé que personne pour juger cette question.

Un autre ouvrage que nous devons citer encore parce qu'il a trait directement à la discussion actuellement pendante devant l'Académie, c'est celui de M. le docteur *Moutard-Martin*, présenté par M. *Hérard*, et relatif à la pleurésie purulente et à son traitement. Il renferme une remarquable étude clinique de la question, envisagée plus spécialement au point de vue de l'opération de l'empyème. Sans prétendre que l'incision intercostale doive toujours être préférée, à l'exclusion de tout autre procédé, M. Moutard-Martin rapporte dix-sept observations dans lesquelles il a pratiqué la thoracotomie. Douze de ses malades ont guéri; sur les cinq qui ont succombé, trois étaient tuberculeux. Dans aucun livre on ne trouvera les indications de l'empyème mieux précisées que dans celui de M. Moutard-Martin.

Empyème et thoracocentèse. — Peu de membres de l'Académie possèdent, au même degré que M. *Behier*, le don de l'improvisation. Tous ceux qui ont entendu l'habile professeur savent avec quelle aisance, quelle verve et quelle clarté il parle. Mais cette fois il n'a pas voulu user de ce privilége. Afin de mieux rester maître de sa parole et de ne pas dépasser les justes limites d'une discussion correcte, il a écrit son discours, et il l'a lu,..... même un peu trop vite, malgré les protestations réitérées et bienveillantes de l'auditoire.

L'orateur avait une difficile et lourde tâche. Il devait répondre à de nombreux et puissants contradicteurs, et il l'a fait avec beaucoup de talent et d'esprit.

M. Béhier a divisé son discours en trois parties. Dans la première, il a répliqué aux ennemis de la thoracotomie, et dans la deuxième, aux adversaires de la thoracocentèse appliquée aux épanchements séreux médiocres; dans la troisième partie, il a résumé son opinion et posé des conclusions conformes.

Et d'abord, M. Béhier a rendu à M. Chassaignac la monnaie de sa pièce, comme on dit vulgairement; par malheur, M. Chassaignac n'était pas là pour la recevoir. Autant M. Chassaignac s'était montré vif et caustique dans l'attaque, autant M. Béhier a été mordant et incisif dans la riposte. On se rappelle que M. Chassaignac a parlé pendant trois séances; c'est ce que M. Béhier a appelé les « trois journées de M. Chassaignac ». Il nous est impossible de suivre l'orateur dans la rapide campagne qu'il a menée contre ces trois journées. De pareilles polémiques, qui le plus souvent roulent sur des détails, et dans lesquelles on fait assaut d'esprit et de logique, échappent à l'analyse. Nous nous bornerons à citer les traits principaux de l'argumentation de M. Béhier.

Au reproche capital que lui a adressé M. Chassaignac de n'avoir allégué que trois menus faits en faveur de la thoracotomie, l'orateur répond qu'il ne pouvait pas citer plus de cas qu'il n'en avait observé, et que, d'ailleurs, en plus de ces trois observations qui lui sont personnelles, il avait rappelé celles de MM. Moutard-Martin, Hérard, Woillez, etc., M. Chassaignac se plaint aussi de la concision avec laquelle ces observations ont été rapportées; il voudrait des renseignements nombreux, des détails abondants. A quoi bon? Lorsqu'il s'agit de prouver l'efficacité de la thoracotomie, est-il donc nécessaire de s'appesantir sur des minuties qui n'ajoutent rien à la démonstration?

Ne voulant pas laisser dépouiller la thoracotomie au profit du drainage thoracique, M. Béhier revendique pour le compte de la première opération nn cas de succès que M. Chassaignac attribue au drainage. Au début, le malade avait bien été traité par le drainage; mais le tube de caoutchouc étant tombé dans la cavité pleurale, il fallut, pour le retirer, inciser la poitrine. Or, l'incision ramena non-seulement le tube, mais encore une grande quantité de pus et de fausses membranes. La guérison s'ensuivit; ainsi que M. Béhier, il nous paraît difficile d'en faire honneur au drainage.

Pour avoir été un peu concis dans ses observations de thoracotomie, M. Béhier trouve que M. Chassaignac n'est nullement autorisé à les compléter à sa façon et à les amplifier au gré de son imagination, en y ajoutant des accidents fantastiques, et en créant de toute pièce des complications qui ne se sont jamais produites. C'est ainsi qu'à propos de la troisième opération d'empyème de M. Béhier, il a plu à M. Chassaignac d'imaginer une blessure du poumon, un épanchement traumatique, une hématocèle pleurale, qui n'ont jamais existé.

L'orateur repousse le reproche que lui a fait son honorable contradicteur de ne pas avoir le sentiment exact des incisions thoraciques, de ne pas s'en faire une idée nette, et de ne pas voir clairement les dangers auxquels cette opération expose. M. Béhier soutient que sur ce point les médecins ont autant d'expérience et de dextérité que les chirurgiens; la preuve, c'est que la plupart des thoracotomies pratiquées avec succès ont été entreprises par des médecins, témoin l'ouvrage de M. Moutard-Martin que M. Hérard a présenté au commencement de cette séance.

M. Béhier, tout en excusant la vivacité avec laquelle M. Chassaignac défend le drainage chirurgical, qui est son œuvre, ne saurait partager l'admiration trop exclusive que son contradicteur professe pour ce procédé appliqué à l'empyème. Il maintient que le drainage thoracique n'est pas autre chose qu'un séton perfectionné, un séton plus doux que le séton ordinaire, un « léniséton, » si l'on veut, mais pas autre chose. Il ne lui reconnaît, en aucune manière, la propriété merveilleuse que lui attribue M. Chassaignac, de désagréger, de dissoudre les fausses membranes, ni de guérir la pleurésie purulente plus sûrement que les autres méthodes, notamment que la thoracotomie. Le drainage thoracique peut avoir des indications spéciales dans le traitement de l'empyème; mais quant à l'appliquer dans tous les cas et à suivre le conseil de M. Chassaignac, de *drainare, redrainare et surdrainare*, M. Béhier croit qu'il faut avoir l'aveuglement d'un inventeur pour drainer ainsi à outrance.

L'orateur, répondant à M. Sédillot, déclare qu'il est loin d'éprouver le même enthousiasme que lui pour le traitement hippocratique des épanchements pleuraux. Hippocrate n'établit aucune distinction entre les collections séreuses et les collections purulentes; les préceptes qu'il donne ont un caractère beaucoup trop absolu et ne reposent sur aucune indication précise. Tout cela pouvait être fort beau et fort bon, il y a

deux mille ans; mais on ne saurait s'en contenter aujourd'hui, depuis que l'auscultation et la percussion sont venues fournir des données si exactes et si rigoureuses sur le diagnostic des affections thoraciques.

M. Béhier ne se montre pas opposé à la thoracocentèse sous-cutanée; mais il croit qu'il y a beaucoup à rabattre des avantages supérieurs que M. Jules Guérin attribue à ce procédé. Il pense qu'il n'est pas applicable dans tous les cas, particulièrement lorsque la pleurésie purulente se complique d'énormes paquets pseudomembraneux. Quant à l'aphorisme « la fonction fait l'organe », si cher à M. J. Guérin, l'orateur le discute assez longuement, et s'attache à prouver qu'il est aussi paradoxal que le fameux adage *sublatâ causâ tollitur effectus*.

L'utilité du procédé mixte proposé par M. Gosselin ne paraît pas bien évidente à M. Béhier. Il ne voit pas quel avantage il peut y avoir à combiner ainsi la thoracotomie et le drainage. Puisque M. Gosselin pratique une incision à la partie postérieure de la poitrine, à quoi bon la contre-ouverture antérieure si l'incision postérieure est suffisante?

Résumant en peu de mots sa manière de voir sur la thérapeutique de la pleurésie purulente, M. Béhier reconnaît d'abord l'impuissance absolue du traitement médical, et proclame la nécessité d'une intervention chirurgicale prompte, afin de prévenir la formation des fausses membranes, la putridité du pus, et tous les désordres locaux et généraux qui résultent de la présence d'un foyer purulent dans la cavité pleurale. Au début, et lorsque le pus est franchement chirurgical, ce qu'il est aisé de reconnaître par une ponction exploratrice, on peut employer la thoracocentèse sous-cutanée de M. Jules Guérin, ou mieux encore le procédé de M. Hérard, l'aspiration et les injections iodées. Mais dans une période plus avancée, lorsque le liquide a perdu les caractères du pus chirurgical et lorsqu'il est mélangé à des détritus pseudo-membraneux, on doit recourir soit au drainage thoracique, soit, de préférence, à l'incision intercostale. Cette dernière opération est particulièrement indiquée lorsque le malade présente tous les signes de l'hecticité. Il faut alors ouvrir largement la poitrine et pratiquer des lavages quotidiens dans le foyer, sans trop se préoccuper de l'introduction de l'air dont on a singulièrement exagéré les dangers. On doit s'occuper aussi de l'état général du malade, le relever et le soutenir par les toniques, les reconstituants et un bon régime alimentaire.

M. Béhier, revenant au traitement de la pleurésie séreuse aiguë et subaiguë, qui a été le point de départ de cette discussion, combat la plupart des opinions émises sur ce sujet par M. Roger. Il ne pense pas qu'il soit aussi facile de mesurer exactement un épanchement pleurétique chez les adultes que chez les enfants. Suivant lui, il suffit que l'épanchement séreux soit bien constaté et qu'il apporte une gêne notable aux fonctions respiratoires pour qu'on soit autorisé à pratiquer la thoracocentèse. Il est donc, sur ce point, d'un sentiment tout contraire à celui de M. Roger, qui proscrit l'opération pour les épanchements médiocres. Cette opinion lui paraît d'une prudence excessive ou plutôt d'une timidité exagérée. M. Béhier cherche ensuite à retoucher et à corriger le tableau trop sombre, à son avis, que M. Roger a tracé des abus et des dangers auxquels pourrait exposer la vulgarisation de la thoracocentèse. Il montre, par de nombreux exemples, combien cette opération est devenue inoffensive depuis l'invention des trocarts capillaires et des appareils aspirateurs. Il ne croit que la blessure du poumon avec la fine extrémité des trocarts ou des aiguilles soit aussi fréquente que l'a prétendu M. Marrotte; et afin de prouver que l'expectoration séreuse, à la suite de la thoracocentèse, n'est pas toujours un signe de la lésion du tissu pulmonaire, il cite le curieux exemple d'un homme atteint d'une double pleurésie séreuse, et qui, une heure ou deux après l'évacuation d'un des côtés de la poitrine, rendait par les bronches des flots de sérosité semblable à celle qui avait été extraite par la ponction. Cette sérosité expectorée ne provenait certainement pas du côté opéré; mais elle venait du côté opposé, ainsi qu'on pouvait le constater par l'auscultation et par la percussion. M. Béhier estime donc qu'il faut chercher une autre explication que celle donnée par M. Marrotte à ces expectorations séreuses, souvent très-abondantes, qui suivent la thoracocentèse.

En définitive, l'orateur maintient les conclusions qu'il a déjà formulées sur les avantages de la thoracocentèse dans les épanchements séreux de la plèvre, même médiocres, et sur l'impuissance et l'inutilité des vésicatoires, des sétons, des cautères et autres révulsifs cutanés. Il termine en racontant deux faits douloureux, la mort d'un de ses meilleurs amis et celle de Biett, comme de tristes exemples de l'insuffisance et de l'inanité de ces moyens surannés.

Après une courte explication échangée entre M. Béhier et M. Roger, à propos d'une citation de l'apologue de *l'Ours et l'amateur des jardins*, M. *Jules Guérin* constate que la thoracocentèse sous-cutanée a été un immense progrès sur l'ancienne opération de l'empyème, qui seule était employée avant le procédé dont il est l'inventeur. M. *Marrotte* demande qu'on lui explique de quelle manière et par quelle voie, si ce n'est par une blessure du poumon, la sérosité pleurale peut pénétrer dans les bronches à la suite de la thoracocentèse. M. *Hérard* explique ce fait par une sorte de poussée séro-sanguine qui s'opérerait vers le poumon lorsqu'il est subitement débarrassé, par la ponction, de la compression prolongée de l'épanchement pleurétique.

M. *Barth* appelle l'attention des orateurs sur les cas assez fréquents, et encore inexpliqués, de ponctions *sèches*, c'est-à-dire de thoracocentèses non suivies de l'écoulement de la sérosité pleurale.

M. *Richet* demande la parole pour la prochaine séance.

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1872 (1). — PRÉSIDENCE DE M. MARROTTE.

ULCÉRATION TUBERCULEUSE DE LA LANGUE. — SEIZE CAS DE PLEURÉSIES TRAITÉS PAR LA PONCTION CAPILLAIRE ASPIRATRICE. — DISCUSSION SUR LA TRANSFORMATION PURULENTE DES ÉPANCHEMENTS A LA SUITE DE LA THORACOCENTÈSE.

M. *Féréol* présente un malade atteint d'ulcère tuberculeux de la langue. Un moulage fait par M. Baretta montre quel était l'état de l'ulcération un mois auparavant, c'est-à-dire avant le traitement. L'individu qui fournit le sujet de cette observation est tuberculeux depuis huit mois. Aucun antécédent syphilitique n'existe chez lui. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme s'aperçut de l'existence d'un petit bouton douloureux vers la pointe de la langue et du côté gauche. Le malade fume la pipe avec excès, et, de plus, il a de fort mauvaises dents et plusieurs chicots que l'on pouvait accuser d'avoir blessé la langue. Plusieurs autres boutons semblables survinrent à côté du premier et s'ulcérèrent peu à peu. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'ulcération présentait les caractères suivants : transversale, irrégulière, elle s'étend du milieu de la moitié gauche de la face supérieure en contournant le bord gauche de l'organe pour gagner la face inférieure. Dans sa partie supérieure, l'ulcération a l'aspect d'une fissure à bords nets, dentelés et taillés à pic, un peu décollés. Le fond de la fissure présente une douzaine de

(1) M. Féréol nous prie de rectifier l'opinion qu'on lui avait prêtée dans le compte rendu de la séance du 14 juin, en ce qui concerne l'opportunité de la thoracocentèse (page 442). M. Féreol n'a pas dit qu'il fallait temporiser toujours avant de se décider à l'opération. Son opinion est que, dans les pleurésies aiguës, à épanchement rapidement croissant, il faut opérer le plus tôt possible, et que, au contraire, dans les pleurésies à évolution lente, il ne convient d'opérer que si l'épanchement, abondant, a résisté aux moyens médicaux, cas qui se présente dans les limites du dixième au vingt-cinquième jour, comme l'a indiqué M. Woillez.

saillies mamelonnées, arrondies, pressées les unes contre les autres, d'une couleur violacée ou rosée. Sur la face inférieure de la langue, l'ulcération, plus large, ovale, est colorée en gris avec des teintes jaunâtres pultacées. Ici elle est peu profonde, ses bords sont nets, non taillés à pic, et entourés par la muqueuse saine vivement injectée. La surface de l'ucération est inégale, ondulée, mais non mamelonnée. L'ulcération se prolonge dans la gouttière glosso-gingivale, en formant une petite traînée étroite d'un gris jaunâtre et entourée d'un semis de points jaunâtres, qui ne sont autre chose que les orifices ulcérés de glandules.

Dans son ensemble, l'ulcération est supportée par une base un peu dure, ce qui donne à la moitié gauche de la langue une plus grande épaisseur qu'à la moitié droite. Les ganglions sous-maxillaires sont un peu engorgés et douloureux.

M. Féréol fit limer les dents et prescrivit l'application continuelle sur l'ulcère d'un petit tampon de charpie imbibé d'une solution de chlorate de potasse. Cette prescription exécutée pendant trois semaines modifia l'ulcération. Les saillies mamelonnées ont disparu et ont laissé une dépression au fond de laquelle on aperçoit, si l'on écarte les lèvres de la plaie, les fibres musculaires de la langue. La partie inférieure de l'ulcération semble marcher vers la cicatrisation; mais si l'ulcère semble s'être rétréci dans sa totalité et marcher vers la cicatrisation, il n'en est pas moins réel que dans la profondeur le travail de destruction a progressé; les fibres musculaires sont mises à nu et le décollement s'est étalé au-dessous des bords de l'ulcération. La base indurée a presque disparu, et les ganglions sont à peine appréciables au toucher.

Les points jaunâtres folliculaires persistent autour de l'ulcération ainsi que la traînée glosso-gingivale.

Pendant ce temps, une petite crevasse antéro-postérieure, grisâtre, à base indurée, est survenue sur la lèvre inférieure, près de la commissure droite, dans le point où s'appuyait d'habitude le tuyau de la pipe. Cette crevasse s'est d'abord accrue dans tous les sens, puis elle a été modifiée avantageusement par l'application d'un tampon de charpie au chlorate de potasse.

Quelle est la nature de cette ulcération? Dans une discussion approfondie, M. Féréol rejette l'idée d'un chancre ou d'une gomme syphilitique, d'un épithélioma, d'une ulcération simple traumatique causée par de mauvaises dents, et il admet la nature tuberculeuse de l'ulcération. C'est d'ailleurs aussi l'opinion de M. U. Trélat, qui a examiné le malade. Le mauvais état des dents, pour la langue, le contact du tuyau de la pipe, pour la lèvre, ont agi peut-être comme cause occasionnelle, mais la diathèse qui a frappé le malade a imprimé à ces lésions des caractères particuliers, caractères que l'on retrouve dans toutes les descriptions des ulcères tuberculeux de la langue.

M. *Cornil* a examiné au microscope des fragments de l'ulcération enlevés avec les ciseaux. Voici ce qu'il a constaté : 1° les végétations qui viennent se continuer avec la muqueuse linguale sur les bords de l'ulcère sont des papilles linguales hypertrophiées, sans altération des éléments anatomiques; 2° les bourgeons qui occupent le fond de l'ulcère ne sont que des bourgeons charnus avec la structure connue des bourgeons inflammatoires (cellules embryonnaires rondes, disposées à côté les unes des autres dans une substance amorphe granuleuse); ces bourgeons charnus sont assez riches en vaisseaux; 3° une petite masse grisâtre prise au fond de l'ulcère était également composée de tissu embryonnaire vascularisé.— Cet examen élimine le cancroïde, le carcinome. Il est probable que cette ulcération est dépendante de la diathèse tuberculeuse, mais ses caractères anatomiques ne diffèrent pas de ceux des ulcérations inflammatoires. Dans deux cas d'ulcères dits tuberculeux, dont l'examen histologique avec la pièce entière a pu être pratiqué, M. Cornil n'a pas rencontré de granulations tuberculeuses, mais seulement un tissu embryonnaire à petites cellules pressées les unes contre les autres.

— M. *Bucquoy* lit le résumé de seize observations de pleurésies séreuses ou purulentes traitées par les ponctions capillaires avec aspiration.

De ces observations divisées en trois séries, pleurésies séreuses simples, pleurésies séreuses avec complications, pleurésies purulentes, l'auteur pose les conclusions suivantes :

1° La ponction capillaire avec aspiration est inoffensive. Le trocart de M. Potain est préférable en ce qu'on n'est pas exposé à piquer le poumon.

2° L'opération est plus facile et mieux tolérée que dans le procédé de Reybard. L'écoulement est régulier, continu et ne provoque que peu de toux. Il faut environ dix minutes pour soutirer 2000 grammes de liquide.

3° Aussitôt après les ponctions la dyspnée a cessé, la température a baissé et l'état général a été amélioré.

4° Dans les pleurésies simples, la guérison est rapide. Une seule ponction suffit souvent. Même dans les épanchements séreux survenus comme complication d'états morbides graves, le liquide ne s'est pas reproduit après la ponction.

5° La ponction capillaire peut remplacer tout autre traitement de la pleurésie simple aiguë, et elle est préférée par les malades, aux vésicatoires.

6° Dans certains cas, dans les premiers jours de la pleurésie, la ponction ne donne issue qu'à peu de liquide, bien que l'étendue de la matité semble indiquer un épanchement considérable. Ce désaccord entre les signes physiques et le résultat de l'opération tient à ce que, le thorax n'étant pas encore distendu, ni le poumon refoulé, le liquide peu abondant s'étale sur toute la hauteur, entre les côtes et le poumon. Par contre, une matité assez limitée répond quelquefois à un épanchement considérable.

7° Deux fois la pleurésie est devenue purulente après la première ponction. Dans un cas, l'état cachectique du sujet pouvait expliquer cette transformation; dans l'autre, rien n'a pu motiver la purulence.

En somme, M. Bucquoy reconnaît beaucoup d'avantages aux ponctions capillaires aspiratrices dans les pleurésies séreuses ou purulentes, et pour lui la méthode mérite d'être généralisée.

— Une discussion s'engage sur la transformation des épanchements séreux en épanchements purulents à la suite des ponctions, et sur les conditions qui y président. M. Chauffard pense que la tuberculisation, la convalescence de fièvres graves, jouent un rôle important dans cette transformation, et il se demande si, dans les cas où ce changement peut être présumé, la thoracocentèse est opportune. M. Moutard-Martin reproduit les opinions déjà émises par lui sur le pronostic tiré de la nature du liquide issu d'une première ponction. Si le liquide est clair, limpide, on n'a pas à craindre la transformation purulente. Le contraire a lieu si le liquide est opalin, louche; il contient déjà du pus, dont la quantité augmentera lors de la reproduction de l'épanchement. M. Bourdon élève quelques doutes sur la fidélité de ces signes pronostiques. Il a vu des cas où la première ponction donnant un liquide parfaitement limpide, la seconde thoracocentèse donna issue à du pus. A cela, M. Moutard-Martin répond que la transformation purulente peut dépendre d'une cause spéciale, telle que la malpropreté du trocart. Cette opinion paraît contestable à M. Chauffard qui croit que la transformation purulente dépend souvent de la constitution médicale du moment (fièvres puerpérales, fréquences des érysipèles). M. Bourdon n'est pas éloigné de croire que l'aspiration, parfois si douloureuse pour le malade, peut être pour quelque chose dans la purulence ultérieure des épanchements.

M. *Cornil*, prenant la question sur le terrain purement anatomique, établit que les épanchements, quelque limpides qu'ils soient, contiennent toujours une certaine quantité de globules blancs et rouges, sortis par diapédèse des vaisseaux. Si le liquide épanché est louche, c'est qu'il con-

ient une plus forte proportion de leucocytes; enfin, s'il est opaque et puriforme, c'est que les globules de pus sont encore plus abondants, et que le plus grand nombre est devenu graisseux et granuleux. Il y a donc là une question de degré d'inflammation avec production plus ou moins abondante de pus. La purulence peut survenir du fait d'un petit phlegmon de la peau au niveau de la ponction, du fait d'un noyau de suppuration du poumon, ou par suite de l'état cachectique du sujet, ou encore à l'occasion de la constitution médicale (état puerpéral, voisinage de femmes en couches affectées d'accidents puerpéraux, ou de blessés atteints de pyohémie) Mais il faut tenir compte de la constitution des exsudats fibrineux déposés à la surface de la plèvre. Le microscope démontre que la fibrine coagulée à la surface de la plèvre enflammée contient entre ses couches superposées de très-nombreux globules blancs et des cellules épithéliales granuleuses, irrégulières et à noyaux multiples. A la limite de la plèvre et de la fausse membrane existe un lit de ces cellules d'épithélium. Le tissu conjonctif de la plèvre est aussi infiltré de leucocytes. et les lymphatiques de la membrane sont toujours malades, dilatés par les globules lymphatiques et parfois complétement oblitérés. L'état des lymphatiques est pour beaucoup dans la résorption de l'épanchement. S'ils sont oblitérés, la ponction seule peut faire disparaître l'épanchement : s'ils ne contiennent que des globules blancs libres dans un liquide granuleux, cas le plus fréquent, c'est par leur intermédiaire que se fera la résorption du liquide lors de la résolution de l'inflammation.

En résumé, la purulence de l'épanchement n'est que l'exagération d'un état qui existe dans toute pleurésie avec épanchement séreux.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE. — DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE.

M. *Vanzetti* (de Padoue) adresse à la Société un exemplaire d'un ouvrage intitulé : INTORNO ALL' ONICHIA MALIGNA.

M, *Tarnier* présente, au nom de M. *Chassagny* (de Lyon), un ouvrage intitulé : MÉTHODE DES TRACTIONS SOUTENUES.

M. *Larrey* présente, au nom de M. *Bérenger-Féraud*, un ouvrage manuscrit sur une modification du traitement chirurgical des abcès du foie.

M. *Reviliout* remet, de la part de M. *Deharme* (de Chatou), une observation d'érysipèle contagieux transmis à divers membres d'une même famille. (Renvoyé à une commission composée de MM. Cruveilhier, Panas, Sée.)

— La discussion sur l'érysipèle continue. M. *Després* répond aux argumentations de MM. Le Fort, Trélat et Sée, et revient ensuite sur l'épidémicité et la contagiosité de l'érysipèle...

M. *Forget* lit un discours qui a trait à l'étiologie de l'érysipèle et à la contagion... « Il ne voit pas sur quoi on se fonde, dans tout le cours de la discussion, pour dénier à l'organisme, au sein duquel s'élaborent et se font tous les liquides et les solides vivant sous l'empire d'une anatomie qui ne relève que du dynamisme vital, la faculté de contracter et de receler en soi, par le fait de la perversion et du désordre de ce dynamisme, des aptitudes morbides spéciales se rattachant à des altérations de composition des liquides organisés et vivants. Est-ce que par la respiration et la digestion l'économie, en communication incessante avec les agents extérieurs de la classe si nombreuse des *ingesta* et des *circumfusa*, n'est pas constamment accessible et perméable à des influences extérieures nuisibles, de nature à pervertir les produits normaux de la nutrition et à prédisposer le sujet à des phlegmasies cutanées, notamment à l'érysipèle, dont le traumatisme, au lieu d'être la raison essentielle et génératrice, ne serait que la cause occasionnelle et secondaire. »

M. Forget ne croit pas à la contagion de l'érysipèle.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES. — RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU COUDE; AUTOPSIE. — FISTULE URINAIRE OMBILICALE DUE A LA PERSISTANCE DE L'OURAQUE. — PARALYSIE DES MUSCLES DU BRAS CONSÉCUTIVE A UNE COMPRESSION DU COU. — TRICHIASIS DOUBLE.

M. *Ollier*, en réponse à M. Chassaignac, adresse une note sur l'origine des résections sous-périostées. Cette note réfute complétement les réclamations de priorité formulées par M. Chassaignac.

— M. *Paulet* lit un rapport sur une résection sous-périostée du coude, par M. Jasseron, chirurgien de l'hôpital d'Oran. Un individu de vingt-quatre ans eut le coude droit ouvert par la lame d'un hache-paille ; le quart de l'olécrâne fut séparé du cubitus. L'arthrite traumatique ne céda pas à un traitement antiphlogistique énergique; des abcès péri-articulaires se formèrent. Au bout d'un mois, le malade allait de mal en pis; diarrhée incoercible. M. Jasseron pratiqua la résection sous-périostée du coude malade d'après le procédé de M. Ollier, et en utilisant la plaie faite par l'instrument tranchant. L'articulation suppurait depuis un mois, le périoste se laissa aisément détacher; l'hémorrhagie fut insignifiante. Aucune insertion tendineuse ne fut compromise, sauf celle du triceps détaché au moment de l'accident. La gaîne périostéo-capsulaire est conservée aussi intacte que possible. Le fragment huméral enlevé mesurait 7 centimètres, le fragment cubital, 5 centimètres, le fragment radial, 2 centimètres.

Les suites immédiates de l'opération furent satisfaisantes; l'état général du malade s'améliora. Il se forma des ouvertures fistuleuses qui donnèrent issue à des petites esquilles. M. Jasseron chercha à prévenir l'ankylose; il essaya de communiquer à l'avant-bras de légers mouvements de flexion et d'extension ; mais ses efforts échouèrent. L'opéré sort de l'hôpital huit mois après l'opération avec trois fistules situées en dehors et en arrière. Les mouvements de flexion du coude ne sont que de 25 degrés ; ceux de pronation, de 65 degrés. Plus tard, le malade rentre à l'hôpital ; son état s'est aggravé; les fistules persistent ; mort le 21 novembre 1870, quatorze mois après la résection, par variole confluente.

A l'autopsie, l'insertion radiale du biceps est la seule qui n'ait pas été détruite ; le triceps, le brachial antérieur et les masses musculaires de l'avant-bras s'insèrent circulairement sur une surface fibreuse formée par le périoste et les expansions aponévrotiques, sans qu'il soit possible de distinguer leurs insertions. Sur la pièce, on voit qu'il y a eu reproduction de tissu osseux. L'humérus paraît avoir regagné la presque totalité de ce qu'il avait perdu. Dans la portion qui correspond au corps, le nouvel os représente suffisamment un humérus normal; mais, à la partie libre, rien qui ressemble à l'extrémité articulaire enlevée. Ce sont des stalactites échappant à toute description, et formant une espèce de cage qui retient prisonnier un séquestre fourni par l'extrémité inférieure de la diaphyse humérale reséquée. En dedans, pas trace d'épitrochlée; en dehors, quelque chose qui peut à la rigueur passer pour un épicondyle.

Du côté du radius, ni col, ni tête, ni capsule; la portion régénérée ne représente qu'un tubercule resté sans connexion avec l'humérus. L'extrémité supérieure du cubitus s'est reproduite partiellement, mais avec une configuration très-irrégulière; en avant, une forte apophyse représente l'apophyse coracoïde et s'unit aux stalactites de l'humérus. En arrière, absence presque complète de l'olécrâne; le périoste olécrâ-

nien avait été en partie détruit par la lame du hache-paille.

Le fait de M. Jasseron tend à démontrer que la résection sous-capsulo-périostée du coude ne présente sur le vivant aucune difficulté particulière d'exécution; cette opération permet d'espérer chez l'homme adulte la reproduction presque intégrale, comme longueur, des os enlevés dans les points où le périoste a été laissé intact. Mais on n'en saurait conclure que les extrémités articulaires se reproduiront avec une forme approchant de la forme normale, ni que la jointure se constituera sur son type physiologique primitif.

— M. *Guéniot* présente l'enfant atteint de fistule urinaire ombilicale, due à la persistance de l'ouraque; cet enfant est guéri.

— M. *Guéniot* présente un homme de quarante-cinq ans, qui, à la suite d'une pression exercée par une machine sur la région antéro-latérale gauche du cou, a eu le bras correspondant frappé de paralysie. C'est un fait du même ordre que ceux qu'on observe sur les enfants extraits à l'aide du forceps: contusion du plexus brachial.

— M. *Trélat* présente une fille de vingt ans opérée pour un trichiasis des deux paupières supérieures, occupant les deux tiers du bord libre, avec commencement d'ectropion. A droite, opération par le procédé de William et Pagenstecher; à gauche, procédé d'Anagnostakis; ce dernier paraît plus avantageux.

REVUE DES JOURNAUX.

L'Eucalyptus globulus dans les fièvres intermittentes, par le docteur J. KELLER.

Les résultats contradictoires signalés par le docteur Castan et le docteur Papillon (voy. n° 25, et p. 501 du présent numéro), que nous avons reproduits dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, nous engagent à publier les conclusions d'une enquête comprenant une large proportion de faits observés par le médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer autrichiens.

Le nombre des malades affectés de fièvre intermittente et traités par l'Eucalyptus a été de 432, parmi lesquels 310, c'est-à-dire 71,76 pour 100, ont parfaitement guéri; pour 122 ou 28,24 pour 100 on a dû recourir à l'emploi du sulfate de quinine. Sur les 310 guéris, il ne s'est pas reproduit d'accès après la première dose chez 202 malades, et chez les 108 autres il a fallu répéter plusieurs fois les doses d'Eucalyptus. Le sulfate de quinine avait été donné sans succès chez 118 malades sur les 432; et 293 malades avaient eu des accès les années précédentes; 139 étaient atteints pour la première fois en 1871. Des 122 chez lesquels l'Eucalyptus a échoué, 58 ont guéri par le sulfate de quinine, 38 sont restés malades, et les 26 autres sont restés sans traitement. Sur les 118 chez lesquels le sulfate de quinine avait été donné sans succès, 91 ont guéri par l'Eucalyptus, 27 n'ont présenté aucun résultat.

Les divers types de fièvre intermittente étaient répartis de la manière suivante : fièvres quotidiennes, 190, dont 117 compliquées, 73 simples; fièvres tierces, 221, dont 126 compliquées et 95 simples; fièvres quartes, 20; fièvre quinte, 1 cas. Les complications ont été la tuméfaction de la rate ou du foie, l'anémie et le catarrhe gastrique chronique, la cachexie paludéenne, etc.

L'Eucalyptus a réussi dans 161 des 260 cas compliqués, c'est-à-dire environ 62 pour 100, et dans 149 des 172 cas simples, c'est-à-dire 86 pour 100. La proportion des guérisons suivant les types de la fièvre a été de 57,5 pour 100 dans les fièvres tierces, 70 pour 100 dans les fièvres quartes, et 68 pour 100 dans les quotidiennes. Parmi les cas où la première dose d'Eucalyptus a arrêté la fièvre, 95 étaient compliqués et 107 simples, 28 des premières et 20 des dernières avaient préalablement été traités par la quinine. Sur les cas où les accès se sont répétés, 70 étaient compliqués et 38 simples; la quinine avait ét donnée sans succès dans 27 des premiers et 15 des derniersé.

Les 432 malades comprenaient 353 hommes, 46 femmes et 33 enfants. Il y avait parmi eux 155 immigrants dans la localité, et chez eux la maladie était plus souvent compliquée, plus rebelle au traitement que chez les indigènes.

Le traitement était généralement commencé le cinquième jour après le premier accès; la durée moyenne a été de neuf jours, tandis que le traitement par la quinine dans les années précédentes durait en moyenne douze jours.

La teinture employée était préparée en divisant en petits fragments les feuilles d'Eucalyptus achetées en France, mais provenant du pays d'origine de l'Eucalyptus. Ces feuilles étaient soumises à une macération dans l'alcool pendant trois mois. Dix livres de feuilles produisent vingt-cinq *quarts* de teinture. La dose moyenne a été de 2 drachmes (environ 8 grammes) et la quantité moyenne pour chaque malade de 7 drachmes (environ 28 grammes), mais celle-ci présentait de grandes variations, suivant la nature du cas et des complications.

Le docteur Keller conclut que l'Eucalyptus peut être regardé comme un remède très-important contre la fièvre intermittente, mais que la plante cultivée en Autriche est moins active que celle qui provient d'Australie. L'Eucalyptus est surtout utile dans les cas où la quinine a été donnée infructueusement; enfin, la durée du traitement est plus courte avec l'emploi de l'Eucalyptus qu'avec celui de la quinine. Suivant le docteur Keller, la teinture est la forme la plus active parce qu'elle retient l'huile essentielle; il l'administre mélangée à du sirop simple ou du sirop d'oranges, et deux ou trois cuillerées à café, prises avant l'accès présumé, sont généralement suffisantes. Lorsqu'il y a cachexie, on prendra de petites doses le matin et le soir pendant quelque temps. (*Half yearly Abstract.*, vol. I, 1872, et *British medical Journal*, 11 mai.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de chirurgie d'armée, par L. LEGOUEST, inspecteur du service de santé, etc.

M. Legouest vient de publier la deuxième édition de son TRAITÉ DE CHIRURGIE D'ARMÉE. Nous nous proposons d'en rendre compte.

Lorsque ce livre parut pour la première fois, il devint bien vite classique; il répondait à un besoin de la science pratique; il comblait une lacune, suivant l'expression consacrée. Eh bien, aujourd'hui son actualité reste la même.

Depuis tantôt vingt ans que la vieille Europe et le nouveau monde ont été ensanglantés, à des intervalles rapprochés, par de longues et cruelles guerres, les sujets d'observation n'ont pas manqué aux chirurgiens; aussi un très-grand nombre d'ouvrages ont été publiés traitant des blessures par armes de guerre. Mais ces ouvrages sont des monographies, sont des rapports, sont des statistiques, ou bien des traités particuliers de tel ou tel genre de blessures; leurs auteurs ont imité, dans la forme de ces relations, les anciens chirurgiens de la vieille et toujours illustre Académie de chirurgie. Réunir ces matériaux épars et les classer dans un ordre méthodique, fouiller les statistiques et les observations et arriver par leur étude, par la comparaison des faits analogues, par l'expérience de sa propre pratique, à formuler un certain nombre de préceptes formant un corps de doctrine, tel a été le but de M. Legouest. Son TRAITÉ DE CHIRURGIE D'ARMÉE est donc un ouvrage didactique comparable, relativement à la pathologie spéciale des blessures de guerre, aux traités classiques de pathologie chirurgicale des Boyer, Vidal (de Cassis), Nélaton, etc.

Voici l'exposé du plan de cet ouvrage :

Le premier chapitre est consacré à la description des armes de guerre. La connaissance des armes et des projectiles, de leur forme, de leur volume, de leur poids, est indispensable à l'étude des lésions qu'ils produisent. L'auteur n'entre certes pas dans tous les développements que comporterait un traité d'art militaire, il se contente d'une description exacte et succincte, mais parfaitement suffisante.

Les chapitres suivants renferment l'étude des lésions en général; c'est l'observation des effets produits sur les tissus vivants par l'action des armes de guerre. Cette étude, qu'on me permette une comparaison, est la base de l'édifice; elle embrasse toute la pathologie des blessures; elle réunit toutes les indications, elle contient, au moins en germe, tous les préceptes dont l'application pourra être faite, suivant les circonstances, aux cas particuliers. L'auteur a conservé la division classique, blessures par armes piquantes, tranchantes, par armes ou corps contondants et blessures par armes à feu. Il étudie et décrit ces blessures dans chaque tissu, tissus mous, tissus osseux, etc. Il traite, avec détails, des complications des plaies, et dans un dernier chapitre il signale et décrit les accidents à redouter à la suite de toutes ces blessures, quelles qu'elles soient.

L'hémorrhagie est une des complications les plus redoutables, soit des plaies par armes blanches, soit des plaies par armes à feu, quoi qu'on en ait dit pour celles-ci. Les moyens hémostatiques sont nombreux; mais quand l'artère blessée a un certain volume, le seul auquel on puisse se fier c'est la ligature, et non pas la ligature par la méthode d'Anel, mais la ligature dans la plaie des deux bouts du vaisseau. La ligature par la méthode d'Anel peut réussir dans les cas d'anévrysme, mais une blessure d'artère n'est pas comparable à un anévrysme; dans ce cas, si le sang revient par le bout inférieur ou par les collatérales, il ne s'échappe pas, il est retenu dans la poche anévrysmale, tandis que lorsque l'artère est ouverte le sang qui revient par le bout inférieur, après la ligature du vaisseau entre le cœur et la blessure, s'échappe au dehors, et l'hémorrhagie persiste. M. Legouest pose très-affirmativement le précepte de la ligature des deux bouts de l'artère divisée. Malheureusement cette opération n'est pas toujours possible; alors il faut avoir recours à la ligature du vaisseau suivant les procédés ordinaires. A ce propos, l'auteur a fait suivre le chapitre de l'hémostase de la description des procédés opératoires pour la ligature des principales artères. Cette exposition, qu'on ne trouve pas dans la première édition du Traité de chirurgie d'armée, me semble une addition des plus heureuses.

Continuons l'exposé du plan de cet ouvrage. Après l'étude des blessures en général, l'auteur traite des blessures par armes de guerre dans les différentes régions de l'économie. C'est la partie la plus intéressante de son livre et celle qui est traitée avec le plus de développements. Il s'occupe ensuite des brûlures et des congélations, puis des accidents généraux des blessures, le tétanos, l'infection purulente, l'infection putride et la pourriture d'hôpital, enfin il recherche et expose les résultats éloignés des blessures par armes de guerre. Ce chapitre est très-important; l'observation des résultats éloignés des blessures est le contrôle des moyens de traitement mis en usage et permet de décider de l'opportunité des différentes méthodes de thérapeutique chirurgicale.

Enfin, dans un dernier chapitre, qui a pour titre : *Du service de santé en campagne*, l'auteur indique le mode de fonctionnement de ce service d'après les règlements actuellement en vigueur. Après avoir dit ce qui est, M. Legouest dit aussi ce qui devrait être, et certes les malades et les blessés de l'armée auraient tout à gagner à voir prendre en considération par qui de droit le jugement si compétent en pareille matière d'un de nos maîtres les plus autorisés.

Revenons un peu en arrière. La question de la trépanation du crâne est une de celles qui sont toujours intéressantes, et, disons-le, toujours actuelles; aussi, dès qu'un auteur s'en occupe, chacun vient chercher dans son travail un éclaircissement à ses doutes, une solution motivée. Cette question reste toujours un peu nuageuse; une tradition mystérieuse semble presque l'envelopper. Pendant si longtemps le trépan, appliqué dans tous les cas de blessures du crâne, paraissait être une sorte d'arcane qu'on devait respecter, sans chercher à en pénétrer le secret. Il ne faut demander au trépan que ce qu'il peut donner; il peut enlever une portion d'os malade; il peut faire une ouverture par laquelle les liquides s'écouleront. Tout à fait inutile dans le cas de blessure du cerveau, aucun topique ne pourra le remplacer dans le cas d'un épanchement, pas plus qu'un cataplasme ne peut remplacer la pointe du bistouri qui doit ouvrir un abcès. La vraie difficulté est de savoir à quoi l'on a affaire; les indications paraissent très-nettes à l'amphithéâtre, mais les symptômes certains manquent souvent chez le vivant. M. Legouest fait un exposé très-complet et très-clair de cette question, ne laissant pas de place à l'ambiguïté ou à la mauvaise interprétation des termes, puis il pose des indications aussi précises que le permettent les chances du diagnostic. En résumé, il est partisan du trépan.

Les blessures de l'abdomen doivent nous arrêter un instant. J'arrive tout de suite au point qui me semble le plus important, je veux parler de l'exploration et de l'intervention chirurgicale active dans les cas de blessures des intestins. Que se passe-t-il, le plus souvent, dans ces cas-là? Le blessé est abandonné à lui-même; on institue un traitement général et l'on attend : le blessé meurt de péritonite. Ne vaut-il pas mieux agir, ouvrir résolûment les parois de l'abdomen, rechercher l'intestin lésé, pratiquer une suture, débarrasser la cavité abdominale de toutes les matières épanchées, faire la toilette du péritoine, comme on dit? On peut attendre alors, mais on attend tout armé, après avoir mis les chances de son côté. Le précepte recommandé par M. Legouest me semble excellent; il découle d'une sage observation des faits, il est motivé par les errements d'une pratique expérimentée.

Je regrette de ne pouvoir insister longuement sur l'étude des blessures des membres, blessures fréquentes, souvent graves, et à propos desquelles se pose la grosse question de l'amputation, de la résection et de la conservation. Depuis longtemps, et bien avant de publier son traité, M. Legouest s'était occupé de ce sujet difficile et était arrivé à poser des conclusions qu'il n'a pas dû modifier depuis, et qui sont généralement acceptées aujourd'hui. C'est avec une légitime satisfaction qu'il a pu dire : « Le premier, rappelant les titres de l'Académie royale de chirurgie à la restriction des amputations dans les cas de blessures par armes à feu, poursuivant à ce sujet les recherches indiquées par Malgaigne et Velpeau à l'Académie de médecine, nous avons été suivi dans cette voie par la plupart des chirurgiens de notre époque, et nous avons la satisfaction de dire que le plus grand nombre d'entre eux ont confirmé par leurs travaux l'opinion de l'Académie royale de chirurgie, que les nôtres avaient restaurée ». Je ne peux que renvoyer à ce chapitre, dont l'analyse nous entraînerait dans de trop longs développements. L'auteur, conséquent avec sa doctrine, a dû s'occuper des appareils à fractures, appareils temporaires et définitifs; j'ai remarqué, en particulier, la description des bandages plâtrés, dont les chirurgiens allemands font une fréquente application. Le *bandage bivalve de Port* me semble très-ingénieux et d'un usage utile; je n'en dirai pas autant du bandage plâtré, inamovible, de Neudörfer, bandage, dit son auteur, qui trouve son application dans tous les cas de fracture par armes à feu, blessures des articulations, etc. Je m'associe pleinement au jugement que porte sur lui M. Legouest : « Heureux les chirurgiens dont la pratique excuse de semblables illusions! plus heureux encore ceux qui ne les partagent pas et n'exposent pas leurs blessés aux dangers qu'elles entraînent. »

J'aurais encore beaucoup à dire sur les résections, sur l'infection purulente et l'infection putride, distinction maintenue

par M. Legouest, sur les blessures des nerfs, sur les questions d'hygiène, sur le fonctionnement des ambulances, le transport des blessés, etc., et je l'aurais fait avec plaisir si les bornes de cet article me l'eussent permis; mais je dois m'arrêter.

Qu'on me permette un dernier mot. Derrière le savant, derrière l'auteur on cherche l'homme, et suivant ce que l'on trouve on écoute avec contentement en se laissant aller, ou on lit avec prudence en se tenant sur ses gardes. L'esprit humain est ainsi fait. L'auteur de ce livre inspire la confiance ; il n'a pas les allures provocantes et décidées de ces chirurgiens d'aventure qui, remplaçant le génie par l'audace, le travail par l'inspiration, l'intelligence par la mémoire, vous imposent cavalièrement leurs méthodes et leurs procédés; ils ne se donnent pas la peine d'apporter des preuves qu'on puisse discuter, mais se contentent de citer quelques noms, et pour le reste vous prient de les croire sur parole. Il n'est pas non plus de ces hommes personnels et jaloux, voyant des rivaux dans leurs élèves, des ennemis dans leurs émules, des coupables dans leurs contradicteurs, qui ne montent aux tribunes académiques que pour revendiquer des priorités hypothétiques ou mesquines, qui ne voient, dans une discussion si importante qu'elle soit, que l'occasion de célébrer les méthodes dont ils sont les inventeurs, qui enfin ne disent plus, comme ce vieux et probe chirurgien : « Je le pansai, Dieu le guérit », mais bien : « Je le pansai, et mon procédé le guérit ». Non, l'auteur de ce livre n'est pas de ceux-là, et quand il a succédé dans son enseignement aux Baudens, aux Bégin, aux Larrey, il a su recueillir, au milieu de leur héritage scientifique, les fortes traditions de la chirurgie honnête, droite et laborieuse.

Dr Servier.

VARIÉTÉS.

L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

La France, humiliée après des désastres inouïs dont les Français ne sont pas entièrement responsables, n'a pas été abattue : elle a conservé l'espoir et pense qu'elle pourra encore avoir une influence réelle dans le développement de la civilisation. Sans vouloir insister autrement, on peut dire que, à plusieurs reprises, les faits ont semblé donner raison à cette espérance. Mais pour qu'il y ait un effet certain, pour que ce mouvement de renaissance, de régénération peut-être, ne vienne pas à s'arrêter, il importe, entre autres choses, que chacun, dans la mesure du possible, s'applique à chercher la meilleure utilisation des forces vives de notre pays.

Quelques savants, mus par cette généreuse pensée, ont eu l'idée de mettre en commun leurs efforts pour atteindre ce but. Persuadés du rôle important que doit jouer la science dans les sociétés modernes, convaincus de l'intérêt qu'il y a à favoriser la diffusion des vérités scientifiques, et de la nécessité de réveiller la vie intellectuelle en province, ils ont cru utile de fonder une Association destinée à servir de lien aux savants, que trop souvent les circonstances ont isolés du mouvement scientifique. Cette Association se propose d'intéresser les villes aux progrès de la science, en réunissant chaque année dans l'une d'elles un congrès auquel seront conviés tous ceux qui veulent s'associer à son œuvre, et en encourageant, par des dons en instruments et en argent, les personnes qui travaillent à des recherches scientifiques.

L'*Association française pour l'avancement des sciences* désirerait tenir en France une place analogue à celle qu'a su conquérir en Angleterre « The British Association for the advancement of sciences », dont la réputation est universelle.

L'Association française a emprunté son nom et les principales dispositions de ses statuts à cette célèbre Association britannique.

Un conseil provisoire a été nommé le 17 janvier 1872; il était composé de :

MM. Claude-Bernard, de l'Institut, *président;* P. Broca, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Delaunay, de l'Institut; A. d'Eichthal, ancien député; de Quatrefages, de l'Institut; Ad. Wurtz, de l'Institut; A. Cornu, professeur à l'École polytechnique, *secrétaire de l'Association;* G. Masson, libraire-éditeur, *trésorier.*

Les pouvoirs du conseil ont été confirmés dans la séance d'inauguration du 22 avril 1872. — A cette date, plus de 200 parts de membres fondateurs avaient été souscrites, et le capital de 100,000 fr. jugé nécessaire était acquis à l'œuvre : l'Association était fondée et, après discussion, ses statuts étaient approuvés.

Le conseil s'occupa aussitôt d'assurer le succès en recrutant des adhérents parmi toutes les personnes qui s'intéressent aux choses de l'esprit Il eut aussi à s'occuper de l'organisation de la première session du congrès, qui se tiendra cette année à Bordeaux, et dont la date a été fixée au 5 septembre. La composition du programme des questions qui seront traitées dans cette session, la recherche des excursions qu'il importera de faire, ont occupé plusieurs séances : les unes et les autres présenteront, sans aucun doute, un réel intérêt; comme nous l'indiquons plus loin, les diverses parties de la science sont représentées au congrès et les travaux spéciaux pourront s'adresser à un public compétent dans des séances de section, les questions d'intérêt général étant réservées pour les séances qui réuniront la totalité des membres.

Le but de l'Association a été compris et apprécié, ainsi que le prouve l'empressement qu'ont mis à souscrire, savants, ingénieurs, manufacturiers, etc. La municipalité de Bordeaux a promis un plus large concours pour la session, et le comité local institué dans cette ville a fait preuve du plus entier dévouement et de la plus intelligente activité. Les compagnies de chemins de fer, qui avaient souscrit dès le commencement, ont voulu faciliter en outre la réunion à Bordeaux des savants de la France entière, et ont accordé une réduction de moitié prix aux membres de l'Association se rendant au congrès ou en revenant. Enfin, le conseil a reçu non-seulement l'assurance des sympathies d'un grand nombre de savants étrangers, mais pour plusieurs d'entre eux la promesse de prendre part à la session.

Tout porte à croire, par conséquent, que cette première réunion assurera le succès de l'Association française ; mais pour que ce succès soit vrai et durable, pour que son influence sur l'avenir de notre pays soit réelle, il faut que de toutes parts chacun s'intéresse à cette œuvre. Par leurs études, par leurs connaissances spéciales, les médecins sont appelés à apporter un concours efficace à cette Association; outre une section réservée spécialement aux sciences médicales, le 3e groupe (sciences naturelles) contient les sections de géologie et minéralogie, de botanique, de zoologie et zootechnie, et d'anthropologie, toutes sciences qui comptent de fervents adeptes parmi les disciples d'Hippocrate. Le conseil de l'Association fait appel à leur bonne volonté, non-seulement pour envoyer leur adhésion, mais encore pour faire des communications au congrès; il espère que cette invitation sera entendue dans la France entière.

Dr C. M. Gariel.

Nous indiquons ci-après les principaux articles des statuts qu'il importe de connaître :

Art. 4. — L'Association se compose de membres fondateurs et de membres ordinaires : les uns et les autres sont admis par le Conseil sur la proposition d'un autre membre ou sur leur demande directe.

Art. 5. — Sont membres fondateurs les personnes qui auront souscrit à une époque quelconque une ou plusieurs parts du capital social : ces parts sont de 500 francs.

Art. 6. — Sont membres ordinaires les personnes qui versent une cotisation annuelle de 20 francs. Cette cotisation peut toujours être rachetée par une somme de 200 francs versée une fois pour toutes.

Art. 7. — Tous les membres, fondateurs ou ordinaires, jouissent des mêmes droits. Toutefois les noms des membres fondateurs figurent en tête des listes par ordre d'inscription, et ces membres reçoivent gratuitement pendant toute leur vie autant d'exemplaires des publications de l'Association qu'ils auront souscrit de parts du capital social.

Art. 10. — Il est publié chaque année un volume contenant : 1° Le compte rendu des séances de la session; 2° le texte ou l'analyse des travaux provoqués par l'Association ou des mémoires approuvés par le Conseil. Ce volume est distribué à tous les membres, au plus tard huit mois après la session à laquelle il se rapporte.

Art. 11. — Les personnes étrangères à l'Association qui n'auront pas reçu une invitation spéciale du Conseil seront admises à toutes les séances et pourront prendre part à tous les travaux de la session moyennant un droit d'admission fixé par le règlement.

Art. 12. — Dans les sessions générales, l'Association se répartit en quinze sections formant quatre groupes conformément au tableau suivant :

1er GROUPE : *Sciences mathématiques.*—1. Section de mathématiques, astronomie et géodésie. 2. Section de mécanique. 3. Section de navigation. 4. Section de génie civil et militaire.

2e GROUPE : *Sciences physiques et chimiques.* — 5. Section de physique. 6. Section de chimie. 7. Section de météorologie et physique du globe.

3e GROUPE : *Sciences naturelles.*— 8. Section de géologie et de minéralogie. 9. Section de botanique. 10. Section de zoologie et de zootechnie. 11. Section d'anthropologie. 12. Section de sciences médicales.

4e GROUPE : *Sciences économiques.* — 13. Section d'agronomie. 14. Section de géographie. 15. Section d'économie et statistique.

Art. 13. — Tout membre de l'Association choisit chaque année la section à laquelle il désire appartenir. Il a le droit de prendre part aux travaux des autres sections avec voix consultative.

On peut recevoir des renseignements sur la session en s'adressant soit à M. le docteur Azam, secrétaire du comité local, 14, rue Vital-Carle, à Bordeaux, soit à M. le docteur C. M. Cariel, secrétaire du conseil, 17, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

Les personnes qui désirent assister à la réunion sont priées de faire connaître leur adhésion ainsi que le point d'où elles comptent partir pour Bordeaux : elles recevront prochainement la carte qui leur permettra de profiter de la réduction de prix accordée pour le voyage.

Les personnes qui sont dans l'intention de faire des communications au Congrès sont instamment priées de faire parvenir dans le plus bref délai l'indication du sujet ou du titre de ces communications.

PRIX GODARD : SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.—Les membres du bureau de la Société de biologie rappellent aux personnes qui voudraient concourir pour le *prix Godard*, que leurs mémoires, manuscrits ou imprimés, traitant d'*un sujet se rattachant à la biologie*, pourront être adressés au secrétaire général de la Société *jusqu'au* 31 *août* 1872.

Le Prix Godard sera décerné dans le mois de janvier 1873 et sera de 1000 francs.

Le siége de la Société de biologie est rue de l'École-de-Médecine, 15, Paris.

— La SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE a déclaré la vacance de douze places de membres correspondants nationaux, parmi lesquelles six seront exclusivement attribuées à des membres de la magistrature ou du barreau. Les candidats sont invités à faire parvenir, dans le plus bref délai, leurs demandes contenant l'exposé de leurs titres scientifiques et professionnels.— Ces demandes doivent être appuyées par deux membres titulaires et adressées à M. le docteur T. CALLARD, secrétaire général, rue Munsigny, n° 7, à Paris.

EAUX MINÉRALES. — Un vote récent de l'Assemblée nationale vient de frapper d'un droit de 15 centimes par litre les eaux minérales venant de l'étranger.

— Un projet de loi pour la création d'une Faculté de médecine à Lille vient d'être présenté à l'Assemblée nationale.

M. Théophile Roussel et deux de ses collègues ont également présenté hier un projet de loi sur la révision de la loi de 1838 relative aux aliénés.

NÉCROLOGIE.— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Vingtrinier, médecin en chef des prisons de Rouen, vice-président du Conseil d'hygiène et de salubrité, président de la Société locale des médecins du département de la Seine-Inférieure.

— Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 20 au 26 juillet 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 3.— Rougeole, 19.— Scarlatine, 3.— Fièvre typhoïde, 14. — Typhus, 0. — Érysipèle, 14. — Bronchite aiguë, 25. — Pneumonie, 43. — Dysenterie, 4. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2 (1).— Choléra nostras, 4. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 6.— Croup, 14. —Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 242. — Affections chroniques, 297 (2). — Affections chirurgicales, 46. — Causes accidentelles, 24. — Total, 788.

Londres : Décès du 14 au 20 juillet 1872, 1467. — Variole, 29; rougeole, 12; croup, 13; coqueluche, 60; fièvre typhoïde, 13; diarrhée, 258; choléra nostras, 17; bronchite, 66; pneumonie, 53.

Lille : Décès du 16 au 30 juin 1872, 176. —Bronchite, 12; pneumonie, 15; diarrhée et entérite, 32.

Rome : Décès du 8 au 14 juillet 1872, 169.— Fièvre typhoïde, 7; variole, 9; rougeole, 2; croup et diphthérie, 14; bronchite, 3.

Bruxelles : Décès du 7 au 13 juillet 1872, 73.— Rougeole, 1; fièvre typhoïde, 3, entérite et diarrhée, 12.

(1) Dont 16 enfants au-dessous de six mois, 3 au-dessous de un an, 4 au-dessous de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 297 décès, 141 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Des pneumopathies syphilitiques, par le docteur Landrieux. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

De la gastrotomie dans les étranglements internes, par le docteur Delaporte. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Huitième ambulance de campagne, de la Société de secours aux blessés (campagnes de Sedan et de Paris). Rapport historique, médical et administratif, par le docteur A. Tardieu. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital San-Spirito, par le professeur Guido Baccelli, traduites de l'italien par Louis Jullien, interne des hôpitaux de Lyon. 2e fascicule : De l'empyème vrai de la fièvre subcontinue. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Considérations étiologiques sur l'hydrocèle des adultes, par le docteur Vétault. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Étude sur l'isolement considéré comme moyen de traitement dans la folie, par le docteur Lasserre. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

De la gastrotomie dans les étranglements internes, par le docteur Delaporte. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Le château de Bourbon-l'Archambault, notice historique, par le docteur Périer, médecin-inspecteur de ces eaux. In-8 (avec 3 planches). Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 25

Étude sur la réduction des luxations anciennes d'origine traumatique par les machines, par le docteur Cremion-Mennar. In-8, avec 3 fig. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 8 août 1872.

ASSEMBLÉE NATIONALE : TROISIÈME DÉLIBÉRATION ET VOTE DÉFINITIF DE LA LOI SUR LE RECRUTEMENT DE L'ARMÉE : LA PROFESSION MÉDICALE. — LE NOUVEL HÔTEL-DIEU ET LE CONSEIL MUNICIPAL. — LE SERVICE MÉDICAL DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN.

La profession médicale et la loi sur le recrutement.

L'Assemblée nationale a consacré trois séances à la dernière délibération de la loi sur le recrutement de l'armée, qui depuis le 27 juillet fait partie de notre législation. Elle devient applicable dans son ensemble à partir du 1er janvier 1873 et n'aura son effet que sur la classe 1872, c'est-à-dire sur les jeunes gens nés en 1852. Cependant il importait de relier l'ancien état de choses au nouveau; c'est à quoi ont pourvu les articles 74 à 80, qui, sous le nom de dispositions transitoires, constituent le dernier chapitre de la loi. La totalité de la classe 1871 sera mise à la disposition du ministre de la guerre ; il conservera sous les drapeaux un contingent dont il fixera le chiffre, mais qui sera probablement de 70 000 hommes ; c'est à peu près celui qui paraît devoir être appliqué chaque année à la portion de la classe destinée à servir cinq ans ; le reste de la classe 1871 sera placé dans la réserve, au lieu de l'être dans la garde mobile, ainsi que le prescrivait la loi de 1868.

Il est évident que, sauf ces modifications, le recrutement s'opérera pour cette année comme par le passé, et qu'en particulier la faculté du remplacement sera encore admise. C'est donc pour la dernière fois que nous aurons à voir fonctionner l'ignoble industrie des *marchands d'hommes*, avec son cortége habituel de pratiques immorales, de vices et quelquefois de crime. Nous supposons que les conseils de révision, tout en restant dans l'impartialité qui leur est un devoir, seront plus que jamais sur leurs gardes à l'égard des remplaçants qui leur seront présentés, car bien certainement, comme les commerçants en liquidation cherchant à écouler leurs marchandises, les agents de remplacement vont présenter un nombre inusité de sujets et user de tous leurs artifices pour déjouer la vigilance des médecins attachés aux conseils. Ce sera donc à eux d'apporter une attention toute spéciale dans leurs difficiles et pénibles fonctions. Il existe, en particulier, une pratique bien connue des bureaux de recrutement militaires, mais qu'il est presque impossible de prévenir ; les différents industriels exerçant le métier de courtiers en chair humaine ont entre eux certaines relations destinées à faciliter leur trafic : lorsqu'un de leurs sujets a été refusé par un conseil de révision, ils l'adressent à un confrère d'un autre département, et celui-ci cherche à le faire admettre par un conseil peut-être moins attentif, en sorte que souvent des individus, refusés deux ou trois fois, finissent par être acceptés. Les conseils mettent au moins un mois à parcourir tous les cantons du département, grâce à la rapidité des communications, on peut présenter un remplaçant dans plusieurs départements.

Enfin, la nouvelle loi débarrasse la France et son armée de cette honteuse plaie qui a duré trop longtemps ; nous espérons qu'elle a disparu pour jamais. Ce sera un grand honneur pour l'Assemblée que d'avoir repoussé la substitution entre individus de la même classe; elle n'aurait été en réalité qu'un remplacement déguisé, peut-être plus dangereux que l'ancien. L'Assemblée a néanmoins introduit, avec grande justice, une série d'articles destinés à rendre l'obligation du service compatible avec la nécessité de n'apporter que peu d'obstacles au développement intellectuel de la population, de ne point entraver l'instruction des jeunes gens. C'est dans ce but qu'a été créée l'institution des volontaires d'un an (3e section, articles 53 à 58). Mais en faisant une légitime faveur à tous les individus qui donnent de sérieuses garanties d'instruction et l'espérance de

---

FEUILLETON.

Notes sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

Fin. — (Voyez les numéros 8, 9, 11, 13, 16, 17, 20, 22, 24, 28 et 30.)

Examinons maintenant les programmes des études allemandes, le mode de réception des médecins, leurs droits et leur position, soit au point de vue légal, soit au point de vue scientifique.

La collation des grades diffère notablement en Autriche, en Prusse et dans les petits États de la Confédération du Nord, en Bavière et en Saxe. Nous devons commencer par l'Autriche, qui possède les universités les plus considérables, tant sous le rapport du nombre d'étudiants que sous celui de la variété des cours.

La Faculté de médecine de Vienne ne compte pas moins d'un millier d'élèves, et en 1869 j'y ai trouvé 13 professeurs ordinaires, 13 extraordinaires et 28 privat docenten, ensemble 54 professeurs en exercice. Dans le nombre d'élèves ci-dessus, je ne compte pas un nombre considérable d'auditeurs (500 serait le chiffre minimum) attirés à Vienne pour y suivre certains cours pendant un ou deux semestres, ni les simples visiteurs étrangers voyageant d'une université à l'autre. Il y a deux diplômes de docteurs : le docteur en médecine et le docteur en chirurgie, plus un diplôme spécial pour l'obstétrique.

La durée réglementaire des études est de cinq ans, ou dix semestres. La seule condition exigée pour la première inscription est un certificat d'examen de gymnase ou de maturité (*Maturitäts Zeugniss*) dont les matières sont à peu près celles de nos deux baccalauréats, c'est-à-dire le latin et le grec, les

devenir un jour des hommes utiles à leur pays, la loi entend évidemment que l'instruction publique recevra désormais en France le développement le plus complet, que toutes facilités seront données aux jeunes gens pour acquérir un niveau scientifique leur permettant de concourir pour les engagements d'un an. Envisagée de cette façon, cette institution est éminemment libérale, elle est une prime donnée au travail; sans la généralisation de l'instruction, elle serait, au contraire, une injuste faveur accordée aux classes fortunées de la population, ce qui serait en opposition directe avec l'esprit même de la loi.

La profession médicale se trouve singulièrement intéressée à l'exécution des articles 53 et suivants, tous les étudiants en médecine pouvant, grâce à leurs diplômes universitaires, contracter un engagement d'un an. Mais à quel âge leur sera-t-il le plus avantageux de le faire, et dans quelles conditions seront-ils admis à servir?

En vertu de l'article 53, l'engagement d'un an peut être contracté dans l'année qui précède l'appel de la classe, c'est-à-dire à vingt ans en moyenne; de plus l'article 57 confère le droit d'obtenir un sursis jusqu'à l'âge de vingt-quatre ans. Il y a donc là une période facultative de quatre années, mais elle ne représente pas la durée des études médicales, qui devront fatalement être interrompues pour satisfaire aux obligations de la loi.

Dans l'état actuel des choses, il est peu de jeunes gens qui se trouvent avant dix-huit ans en possession des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint exigés pour les études médicales. La majorité des étudiants ne prennent leurs premières inscriptions qu'à dix-neuf ans, quelques-uns même à vingt. Ils ne pourront donc contracter d'engagement que dans le courant de la première ou au début de la deuxième année d'études. A cette période de l'éducation médicale, une interruption d'un an n'est point fatale, car, en général, l'élève n'a pas encore tracé sa voie, il n'est pas engrené, pour ainsi dire. Du reste, il est probable que, tout en faisant leur service, il sera possible aux étudiants de prendre leurs inscriptions auprès des Facultés ou des écoles secondaires; avec beaucoup de travail et une énergique volonté, le jeune homme pourra faire face à ses deux obligations et se présenter à l'examen de fin d'année, qui jusqu'à présent n'est point en général d'une excessive difficulté.

Il est à croire que beaucoup de familles et les jeunes gens eux-mêmes auront une tendance naturelle à reculer l'obligation de l'année de service jusqu'à son extrême limite. Lorsque des raisons de santé ou d'intérêt tout spécial n'y obligeront pas, nous pensons que cette détermination serait fâcheuse. D'une part, à vingt-trois ou vingt-quatre ans, le jeune homme qui a goûté de l'existence indépendante se plie plus difficilement aux exigences très-légitimes de la discipline militaire, sans doute, il en comprend la nécessité, mais il est moins souple, moins maniable; il trouvera dans la vie militaire des froissements d'amour-propre que plus jeune il n'eût peut-être point ressentis. Au point de vue des études, l'inconvénient est encore plus grand : à vingt-quatre ans l'élève a choisi sa voie, il songe à ses examens de doctorat; il est interne d'un grand hôpital ou se prépare à y arriver. A cette époque une interruption d'un an est infiniment plus nuisible qu'au début des études.

Pour parer à ces difficultés, aussi bien que pour utiliser en faveur de l'armée les études mêmes des jeunes médecins, il est naturel que l'on admette les étudiants à servir non point comme volontaires soldats, mais comme volontaires médecins. Il nous semble qu'en agissant ainsi on restera dans l'esprit de la loi, qui veut que tout Français apporte à la défense de son pays non-seulement le concours de sa personne, mais encore celui de son intelligence, en restant dans sa propre sphère d'activité intellectuelle. L'article 58 spécifie que « des lois spéciales déterminent l'emploi de ces jeunes gens (les volontaires d'un an), soit dans l'armée active, soit dans la disponibilité, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale ou *dans les différents services auxquels leurs études les ont plus spécialement destinés.* » D'autre part, l'article 75, en établissant que, à partir du 1er novembre 1872, les jeunes gens de la classe 1872 seront admis à contracter des engagements d'un an, prescrit que, avant cette date, le gouvernement devra publier un règlement d'organisation pour l'admission et le service des volontaires. Nous devons donc nous attendre à voir très-prochainement paraître ces règlements, car trois mois à peine nous séparent de l'époque où les dispositions spéciales de la loi seront applicables.

L'institution des engagements d'un an a été empruntée à l'armée prussienne. En admettant comme elle le service obligatoire, l'Autriche, la Russie et l'Italie ont aussi créé pour les jeunes médecins une situation spéciale; il n'est donc point sans intérêt de voir comment les intérêts médicaux ont été sauve-

---

classiques allemands, l'histoire, la géographie, les mathématiques élémentaires, la physique, la chimie, l'histoire naturelle. L'élève est tenu de produire des certificats attestant qu'il a suivi les cours des dix semestres réglementaires, et il peut alors se présenter à l'examen du doctorat (*examen rigorosum*). Il n'y a donc pas d'examens de fin d'année, ni d'inscriptions annuelles. Cet examen de doctorat comprend deux séries d'épreuves qui peuvent être subies à quelques jours de distance; elles sont orales et sans thèse : 1° zoologie, physique; botanique, minéralogie, anatomie, physiologie, anatomie pathologique, pathologie générale; 2° chimie, pharmacognosie et pharmacologie, médecine interne, médecine légale, hygiène et police médicale, oculistique. Si les épreuves ont été satisfaisantes, le candidat est docteur en médecine (*doctor medicinæ*).

Pour le doctorat en chirurgie, complétement distinct de celui en médecine, le candidat doit produire son titre de docteur en médecine et subir un nouvel examen, également divisé en deux séries d'épreuves : 1° épreuves théoriques sur les diverses matières de la chirurgie; 2° épreuves pratiques. Cette séparation des deux branches de l'art médical que nous avons trouvée en Hollande, est moins réelle de fait en Autriche, et la plupart des médecins possèdent les deux titres.

De même pour l'obstétrique et l'art dentaire. Il existe en Autriche un diplôme de *magister obstetriæ*, *magister dentisticæ*, mais le titre de docteur en médecine est également indispensable, ainsi qu'un examen spécial. Enfin, l'Autriche possède encore des *Wundarzt*, analogues à nos officiers de santé, avec cette différence qu'il s'agit ici de chirurgiens; mais les écoles chirurgicales qui conféraient ces grades ont été depuis quelques années transformées en Facultés, et le titre de docteur sera par la suite le seul délivré.

Le diplôme de docteur en Autriche entraîne le droit de pratique, mais avec quelques restrictions. Ainsi, le diplôme de la Faculté de Prague est valable pour Vienne, en raison de l'ancienne réputation de cette Faculté, tandis que celui des

gardés par la loi prussienne, qui a servi de point de départ (1).

En Prusse, l'étudiant en médecine peut reculer jusqu'à vingt-trois ans l'époque de sa présence sous les drapeaux; il peut même obtenir un sursis plus long, puisque l'article 6 de l'ordonnance royale du 20 février 1868 dit que « les médecins qui n'ont pas payé leur dette de service à l'âge de vingt-trois ans contractent par ce fait l'obligation de servir comme médecins lorsqu'ils ont passé l'examen d'État ». Les médecins qui n'ont pas demandé de dispense peuvent servir, à leur choix, comme médecins ou comme soldats, aspirant par conséquent à la position d'officier de landwehr.

Ceux qui désirent servir comme médecins se présentent devant le médecin en chef de leur corps d'armée, et celui-ci les attache à un hôpital ou à un corps de troupe, position dans laquelle ils servent pendant un an. L'année expirée, ils obtiennent du même fonctionnaire un certificat constatant leur aptitude à être employés comme médecins. Dans ces conditions, lorsque la loi les appelle en cas de mobilisation, ils reçoivent le grade d'*Unter-Arzt*, assimilé au *porte-épée faenhirch*, position intermédiaire entre le sous-officier et l'officier. Il est facile, du reste, au médecin d'obtenir un emploi plus élevé; il n'a, pour cela, qu'à servir volontairement pendant six semaines comme *Unter-Artz* dans un corps de troupes, puis à se présenter devant l'assemblée des médecins supérieurs de sa division, qui, s'il y a lieu, lui délivrent un certificat d'acceptation comme moralité et suffisante connaissance des règlements militaires. Proposé alors par le médecin en chef du corps d'armée, le médecin reçoit une nomination royale d'*Assistant-Arzt* en position de congé. Il est libre de ses allures, mais si la guerre survient et mobilise la réserve et la landwehr, il est levé en qualité d'officier, et prend rang, pour la durée de la guerre, dans le corps médical militaire.

Peut-être ne pourrions-nous pas adopter en France le texte même de ces dispositions, nous pouvons du moins en emprunter l'esprit en l'appliquant à nos institutions.

Il est évident que la grande majorité des médecins préféreront servir comme tels, plutôt que comme soldats proprement dits; on pourrait donc créer une position de volontaire-médecin dans les conditions suivantes :

Les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions seraient admis comme volontaires médecins. On ne pourrait les accepter plus tôt, car ils n'auraient pas alors une instruction suffisante pour acquérir d'utiles notions sur le service médical de l'armée. Placés pendant neuf mois dans un grand hôpital militaire, où ils feraient un service d'élève, ils recevraient des médecins de cet établissement une instruction spéciale portant sur la chirurgie de guerre, l'hygiène et la médecine légale militaires, l'épidémiologie, l'administration militaire; puis, pendant les trois derniers mois de leur année, ils seraient attachés aux corps de troupes ou aux camps permanents, afin d'étudier le service médical sous tous les aspects. A l'expiration de l'année, après avoir justifié devant un jury médical de connaissances suffisantes et avoir, du reste, donné des preuves de moralité et de bonne volonté, ils recevraient une commission de médecin aide-major de la réserve, mais pour ne jouir de cette situation qu'à partir de leur réception au doctorat en médecine. Classés dès lors dans la réserve de leur corps d'armée, ils seraient libres de tout service, sauf en temps de guerre à être levés comme médecins aides-majors.

Ce serait là le point de départ d'une réserve pour le corps médical de l'armée, réserve absolument indispensable, car si les 1137 médecins du cadre actuel sont suffisants pour les 465 000 hommes de l'armée permanente, ils sont en nombre tout à fait insuffisant pour les 1 300 000 hommes qu'elle pourra atteindre par l'incorporation des classes en disponibilité de l'armée active et des réserves de cette armée. Encore ne parlons-nous pas de l'armée territoriale, dont l'organisation n'est point encore réglée.

Nous espérons que des dispositions sagement élaborées viendront bientôt fixer, en France, le sort des jeunes médecins et assurer les services médicaux de l'armée par de précieuses et nécessaires adjonctions.

En terminant ces quelques réflexions que peut faire naître la nouvelle loi, il convient de faire remarquer qu'elle apporte une heureuse modification aux lois antérieures à propos de la répartition du contingent de l'armée active dans les différents cantons.

Jusqu'à présent, cette répartition du contingent cantonal était établie proportionnellement au nombre des individus inscrits et maintenus sur les listes de tirage, non point à celui des hommes aptes à servir, en sorte que si le nombre des exemptions pour infirmités se trouvait plus considérable dans

(1) Pour de plus amples détails, on consultera avec intérêt le remarquable ouvrage que M. le docteur Léon Le Fort vient de faire paraître sous le titre de *La chirurgie militaire et les sociétés de secours en France et à l'Étranger*. Germer Baillière, Paris, 1872.

---

autres Facultés autrichiennes ne l'est pas rigoureusement, il faut un examen spécial. J'ajoute que ces restrictions sont tombées aujourd'hui en désuétude.

La composition des jurys d'examens est la même que dans toute la Confédération germanique. Les jurés sont toujours les professeurs ordinaires, chacun pour la matière qu'il est chargé d'enseigner. Il n'en sera plus de même dans les pays allemands où l'examen d'État est institué, au moins quant à cet examen propre.

Les professeurs des universités allemandes, à l'exception de ceux de clinique, recherchent peu la clientèle, leur temps est absorbé par l'enseignement, et ils écrivent beaucoup. A Vienne, le ministre, par une circulaire récente, vient de demander au recteur, pour chaque professeur, un rapport annuel qui devra faire connaître : les cours donnés dans l'année, le nombre de leçons et d'élèves, les matières traitées, les ouvrages ou mémoires publiés par les professeurs, les découvertes scientifiques qu'ils ont pu faire, etc. Si cette circulaire ne demeure pas lettre morte, l'on sait que les circulaires en général et en matière d'instruction surtout « vivent à peu près ce que vivent les roses », l'espace... du ministre qui en est l'auteur, elle pourra produire d'excellents résultats.

En Saxe, qui ne possède pas non plus d'examen d'État et où le diplôme de docteur entraîne, comme en Autriche, le droit de pratique, nous trouvons en réalité deux examens. L'un de bachelier en médecine, qui peut être passé après cinq semestres d'études; il est divisé en trois épreuves, savoir : 1° anatomie théorique et pratique, épreuve écrite sur un sujet de sciences naturelles choisi par l'élève sur plusieurs questions posées; épreuve publique sur les matières suivantes : physique, chimie, botanique, zoologie, minéralogie, anatomie et physiologie. L'examen de doctorat ne comprend pas moins de dix examens ou épreuves et une thèse, qui ne peuvent être passés qu'après les dix semestres d'études ou cinq ans. La première épreuve est dite d'admissibilité; elle consiste en deux observations écrites rédigées par le candidat après visite de deux

un canton que dans un autre, la population valide du premier fournissait plus de soldats que celle du second. Il existait certains cantons où toute la population valide était fatalement enlevée par le service, il en existait même qui ne pouvaient fournir le contingent assigné ! Le public traduisait cette situation par cette phrase caractéristique : « Dans ce canton il n'y a pas de bons numéros ». Par suite de ces dispositions, jamais la France, considérée comme la réunion des cantons, n'a pu fournir le contingent voté. Avec les appels de 100 000 hommes, il existait un déficit annuel de 300 h. en moyenne, mais avec les appels de 140 000 hommes, ce déficit montait d'une façon effrayante; il a atteint 2029 h. en 1853, 2129 h. en 1854, 2441 h. en 1855, 3102 h. en 1859, et comme le dit fort bien E. Vallin (1), quel fléau serait la conscription pour la France si, dans un déficit de 3102 hommes, chacun des 2938 cantons était représenté par un individu!

L'article 31 de la nouvelle loi prescrit que, à la fin des opérations du conseil de révision dans chaque canton, il sera dressé par ordre de numéros de tirage une liste de tous les individus reconnus propres au service, et, d'autre part, l'article 40 spécifie que, après une année de service, le Ministre de la guerre ne conservera sous les drapeaux qu'un contingent, dont il fixera le chiffre, mais qui sera établi par l'ordre des numéros de tirage sur la liste précitée. En un mot, le nombre des hommes appelés à servir cinq ans sera, dans chaque canton, proportionnel à celui des individus aptes à servir, ce qui est de toute justice.

Dr G. Morache.

(1) *Traité d'hygiène publique et privée* de Michel Lévy, 5e édition, p. 787.

Le nouvel Hôtel-Dieu. — Les hôpitaux de Rouen.

La question du nouvel Hôtel-Dieu se présente de nouveau devant le conseil municipal, constituant, comme on l'a dit, un des points noirs du budget de la ville. Deux fois déjà le conseil a repoussé les propositions faites pour l'appropriation des nouveaux bâtiments en hospice. La question, on le voit, a complétement quitté le terrain de l'arbitraire et du bon plaisir, et, cette fois, les avis si compétents de la Société de médecine et de chirurgie pèsent de tout leur poids dans la balance. L'Hôtel-Dieu nouveau est jugé comme hôpital. Condamné par les médecins et chirurgiens, il l'est également par le conseil, préoccupé par-dessus tout de la santé de la population. L'Hôtel-Dieu ne vaudra, dit-on, ni plus ni moins que les hôpitaux qu'il doit remplacer : c'est là sa véritable condamnation. On a sacrifié des sommes énormes sans réaliser aucun progrès : de ce côté, la question paraît hors de litige.

Mais ici vient se poser un autre problème. On ne referait certes pas ce qui a été fait; on voudrait s'écarter des errements coupables d'une administration qui, « pour satisfaire des fantaisies stupides, construisait un hôpital détestable, malgré l'avis presque unanime des médecins, les protestations les plus vives des sociétés savantes, se jouant ainsi et de la science et de la vie des malheureux que la maladie jette dans nos hospices ». Mais si la ville adoptait, en désaffectant l'Hôtel-Dieu, un parti radical, elle se trouverait en présence d'engagements écrasants. Elle devrait : 1° fournir 800 lits à l'Assistance publique; 2° payer 2 300 000 francs pour travaux exécutés; 3° consacrer 2 millions à dédommager les entrepreneurs pour travaux non continués; 4° rembourser à l'Assistance 17 millions avancés par elle sur les 35 millions par lesquels se solde dès aujourd'hui la dépense du nouvel hôpital.

On ne peut que reculer devant une pareille perspective. Il faut pourtant sortir de cette périlleuse alternative.

On se souvient que la Gazette hebdomadaire (1871, p. 289) s'est, à plusieurs reprises déjà, occupée de cette question et a proposé, en donnant au bâtiment du nouvel Hôtel-Dieu une autre destination que celle de recevoir des malades, de combler autant que possible l'énorme brèche faite à nos finances, sans sacrifier les intérêts d'ordre purement médical.

Aujourd'hui, MM. les docteurs Thulié et H. Marmottan, membres du conseil municipal, mettent en avant un projet nouveau, dont un des avantages, s'il se réalisait, serait de désintéresser l'État d'une question où ses finances sont si lourdement engagées.

Il s'agit d'approprier les bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu à l'établissement de docks imitant (de bien loin) les docks immenses qui bordent la Tamise. Les auteurs de ce projet trouvent que la situation des bâtiments, entourés de larges voies de communication et baignés en quelque sorte par la Seine, les rend particulièrement propres à cette destination. Le voisinage du fleuve constituerait surtout une condition exceptionnellement favorable, en mettant à portée des magasins une grande voie de transport à bon marché. Cette

---

malades désignés par le professeur de clinique interne. Sur le rapport favorable de ce dernier, l'élève peut subir les autres épreuves dans l'ordre suivant : clinique médicale, service journalier pendant quatre semaines, réception des malades entrants et premier traitement; clinique chirurgicale, même service pendant trois semaines, pansements et préparations d'anatomie; ophthalmologie, même service pendant une semaine; gynécologie, même service pendant une semaine; épreuve d'anatomie pathologique, autopsie pratiquée par l'élève avec leçon orale; épreuve pratique de médecine légale, autopsie et rapport, avec examen oral, sur l'hygiène publique; épreuve sur un sujet de médecine pratique, épreuve écrite, l'élève choisit son sujet entre trois indiqués, et il a quatre heures pour rédiger sa note. Enfin, après toutes ces épreuves, le candidat doit subir encore un dernier examen (*examen rigorosum*), épreuve orale publique, d'une durée de quatre heures, sur les matières ci-après : pathologie interne et externe, ophthalmologie, maladies des femmes, maladies des enfants, aliénation mentale, thérapeutique, hygiène, matière médicale. Il soutient aussi une thèse contre trois opposants.

En Prusse, et dans la plupart des États de la Confédération du Nord, nous allons nous trouver en présence de l'examen d'État, qui seul emporte la pratique, mais un diplôme d'une Faculté est tout d'abord indispensable, et ce diplôme est délivré après l'accomplissement des formalités ci-après. La durée des études est de quatre ans, et non plus cinq, comme en Autriche et en Saxe. Il n'y a plus actuellement qu'un seul diplôme de docteur qui comprend à la fois la médecine et la chirurgie. Muni de son certificat de maturité, l'élève doit passer, après une année ou deux d'études, une première épreuve dite *tentamen philosophicum*, qui comprend la plupart des matières des études préliminaires du *Maturitätzeugniss*, c'est-à-dire la philosophie, la zoologie, la botanique, la minéralogie, la physique et la chimie. Cette épreuve est passée devant la Faculté de philosophie, et le doyen de la Faculté de médecine y assiste. Les élèves nationaux (Prussiens) qui sont

destination une fois admise, on espérerait trouver acquéreur, soit en France, soit à l'étranger, en attirant les capitaux par l'appât de conditions exceptionnellement avantageuses, en offrant, par exemple, les bâtiments, tels qu'ils sont, au prix de 10 millions, somme qui ne représente pas la valeur du terrain. De plus, le prix d'achat serait payable en dix ans et par annuités escomptables.

Dix millions doivent être fatalement dépensés si l'on veut achever l'Hôtel-Dieu, même en n'y établissant que 460 lits au lieu de 800, et en réservant pour le moment la question de savoir si une nouvelle disposition des bâtiments suffirait à en faire un hôpital salubre (voy. Gaz. hebd., 1872, p. 418). MM. Thulié et Marmottan pensent que sur ces 10 millions la ville pourrait conserver 5 500 000 francs, lesquels seraient employés à approprier au service hospitalier quatre des petites casernes situées le long des fortifications (400 lits), et à fonder un hôpital de 200 lits, estimé 2 millions. En y joignant 200 lits conservés dans les bâtiments neufs de l'ancien Hôtel-Dieu, on offrirait ainsi à l'Assistance les 800 lits dont elle a besoin.

Restent les 17 millions à rembourser à l'Assistance publique. Le compte se réglerait à l'aide des fonds provenant de la vente des bâtiments du nouvel Hôtel-Dieu, et en affectant au remboursement le prix du nouvel hospice celui des casernes converties en hôpitaux, etc.

Les auteurs du projet terminent leur travail par un tableau comparatif des résultats financiers que donnent la solution qu'ils proposent et celle que paraîtrait vouloir adopter le conseil municipal.

Il faut être reconnaissant envers tous ceux qui s'évertuent à résoudre ce problème tant de fois étudié de la destination du nouvel Hôtel-Dieu; mais il nous semble, d'après le dire d'hommes compétents, qu'il ne serait pas aussi facile que le croient MM. Marmottan et Thulié, de trouver acquéreur aux constructions dont il s'agit. La cité parisienne n'a rien de commun avec son homonyme la grande cité londonienne au point de vue de l'importance commerciale, et la Seine ne peut soutenir comme voie de communication aucune comparaison avec la Tamise. L'avenir d'un entrepôt de docks établis dans ces conditions serait bien problématique; ce serait là une entreprise tout à fait nouvelle, tout au moins bien hasardeuse, et qui demanderait à être préalablement appréciée par des gens familiers avec les besoins du commerce et la transformation possible de ses habitudes. Quoi qu'il en soit, l'idée est lancée et nous lui souhaitons heureuse chance.

— Dans une de ses dernières séances, le conseil d'arrondissement de la ville de Rouen a entendu la lecture d'un rapport de M. le docteur Le Plé sur l'organisation du service médical dans les hôpitaux et établissements hospitaliers.

Ce rapport vise particulièrement le système de nomination et de fonctionnement du personnel médical.

A Rouen, le choix administratif désigne les médecins chargés du service des hôpitaux.

C'est ce système suranné que critique énergiquement M. Le Plé. Il l'accuse de créer une sorte de privilége pour les fils ou gendres des médecins, et particulièrement des médecins des hôpitaux, à l'exclusion de confrères moins bien apparentés et qui sont un peu trop traités en nouveaux venus; il attaque en outre, et avec raison, les permutations entre les services de médecine et de chirurgie, en vertu desquelles une place de chirurgien devenue vacante peut être occupée par le médecin adjoint, et réciproquement, et trouve que l'on tient compte, en pareil cas, moins de l'intérêt des services que de la convenance personnelle.

A Paris, l'exercice de la médecine ou de la chirurgie constitue deux carrières tout à fait distinctes. Dans les villes de province, cette séparation absolue ne peut avoir lieu, tout au moins dans la pratique habituelle; mais il serait désirable que dans les villes dotées d'hôpitaux importants elle s'établît au moins dans les services hospitaliers.

Le rapporteur déclare sagement, au début de son rapport, qu'il évitera avec soin toute question de personne pour ne s'attaquer qu'aux institutions. D'accord avec lui sur ce point, nous croyons même que son rapport eût gagné à la suppression de faits trop précis, ou tout au moins de date trop récente et trop nettement indiquée; les noms manquent, sans aucun doute, mais à Rouen chacun nommera les intéressés.

Quoi qu'il en soit, la nouvelle mesure réclamée par M. Le Plé mettrait fin à un état de choses qui peut engendrer des abus. Cette mesure n'est rien autre chose que le concours, c'est-à-dire la substitution d'une garantie véritablement scientifique au choix administratif, qui peut s'égarer avec les meilleures intentions.

Le rapporteur demande encore que tout médecin et chirurgien se présentant au concours justifie de cinq années au

---

déjà docteurs en philosophie, sont naturellement dispensés de cet examen. La deuxième épreuve, dite *tentamen medicinale*, ne peut être passée qu'après les quatre années d'études. Elle consiste en une dissertation écrite sur un sujet donné séance tenante et en un examen oral sur une série de questions sur les diverses branches de la science médicale. Ces deux épreuves se font encore en latin devant le doyen, seul examinateur, et celui-ci apprécie si le candidat est apte à subir le dernier examen (*examen rigorosum*). Muni de son certificat d'aptitude, l'élève doit adresser une demande à la Faculté, à laquelle il joint sa biographie et, comme autrefois, une sorte de profession de foi religieuse; la Faculté décide alors si l'élève peut être admis à subir ce dernier examen. Ce dernier est divisé en deux parties : épreuve orale sur les diverses branches de l'enseignement; épreuve écrite, c'est-à-dire thèse imprimée que l'auteur doit défendre publiquement devant trois opposants désignés par l'autorité, et tous les assistants appartenant à l'université ont aussi le droit de présenter des objections au candidat. Lorsque cette double épreuve s'est terminée favorablement, le candidat est reçu docteur en médecine et en chirurgie. La délivrance du titre est encore accompagnée d'un cérémonial, en séance de l'université, dont quelques détails paraîtraient bien surannés en France : petits discours de remercîments, compliments, félicitations, etc. Le récipiendaire a un serment à prononcer qui finit encore ainsi : *Ita me Deus adjuvet et sacro sanctum ejus Evangelium*, avec une légère variante pour les juifs, les Orientaux, etc. Il est avec les formules de serments... des accommodements!

Je dois le répéter encore, ce diplôme de docteur est purement universitaire; celui qui le possède doit subir un examen d'État (*Staatsprüfung*) s'il désire pratiquer. Cet examen est passé devant une commission de médecins, nommée par le ministère de l'instruction publique en Prusse, ou par le fonctionnaire chargé des mêmes attributions dans les petits États. Les membres de cette commission d'examen sont des médecins ne faisant pas partie du corps enseignant, plus deux professeurs

moins de pratique professionnelle; que les médecins et chirurgiens soient relevés de leurs fonctions tous les dix ans, ainsi que cela se pratique dans les hôpitaux de Lyon; que le nombre des lits soit limité à 50 par division.

Le conseil d'arrondissement de Rouen, trouvant ces propositions suffisamment justifiées, émet le vœu qu'elles soient adoptées par les pouvoirs locaux.

Nous sommes, en principe, partisan de ces conclusions. Toutefois, il nous semble que ce terme de dix ans assigné aux fonctions médicales est trop restreint, surtout pour les villes de second ordre; il est à craindre que les concurrents sérieux ne fassent défaut à un moment donné, et que la valeur du concours ne soit elle-même ainsi compromise.

A part ces réserves, le conseil de Rouen, en adoptant les conclusions du rapporteur, entre dans une voie qui nous paraît bonne et dans laquelle les praticiens pourront trouver un puissant encouragement.

B.

COURS PUBLICS

Séméiologie.

Des températures basses excessives. Leçon faite à l'hôpital de la Pitié, par Michel Peter.

Sommaire. — Refroidissement extrinsèque, ou par rayonnement, et refroidissement intrinsèque, ou spontané. — L'abaissement de la température, dans le premier cas, peut être beaucoup plus considérable que dans le second, sans que mort s'ensuive nécesssairement. — Importance de l'intégrité de l'organisme sur le retour à la santé. — Émaciation et refroidissement parallèles par l'inanitiation. — Températures basses de la convalescence, du sclérème, du choléra, des affections chroniques, de l'urinémie, de la lypémanie. — Conséquences pratiques diverses.

(Fin. — Voyez le numéro 31.)

Maintenant il est un état de l'organisme qui se rapproche de celui qu'entraîne l'inanitiation, c'est la *convalescence*. Alors, en effet, les individus sont émaciés comme les animaux de Chossat, et comme eux ils présentent une basse température.

Les convalescents ont encore cela de commun avec les inanitiés que parfois leur estomac est devenu incapable, au moins momentanément, de reprendre ses fonctions. Vous savez, en effet, par l'observation des naufragés de *la Méduse*, recueillie par de Savigny, comme par les expériences de Chossat, qu'au bout de quelques jours de privation absolue d'aliments, non-seulement l'appétit se perd complétement, mais encore l'aptitude digestive est à peu près totalement abolie. La vue même des aliments n'excite plus de désirs et leur ingestion imprudente est bientôt suivie de vomissements. L'estomac a participé à la déchéance générale; il est revenu sur lui-même, s'est anémié et ne sécrète plus, ou ne sécrète qu'en insuffisante quantité le suc gastrique; c'est ce qui résulte d'observations directes faites sur des chiens à fistule épigastrique.

Dans ces cas, il importe de venir au secours de l'organisme par une alimentation réparatrice; mais parfois vous ne pouvez le faire que par des voies indirectes.

Indépendamment, en effet, de cette faiblesse radicale de l'estomac, il peut survenir chez certains convalescents de fièvre continue une telle irritabilité du viscère que l'alimentation semble impossible et contre-indiquée; ils vomissent dès qu'on essaye de les alimenter, ont de la douleur à l'épigastre et une petite fièvre reparaît. Vous entrevoyez alors vaguement le fantôme de la gastrite. Tel était le cas d'un convalescent de fièvre typhoïde que j'avais dans mon service à la Charité, alors que je suppléais le professeur Monneret. Eh bien, malgré les vomissements, la douleur épigastrique et la petite fièvre, je résolus de l'alimenter, persuadé que j'étais qu'il n'y avait pas là d'inflammation de la membrane muqueuse, mais une simple intolérance par hyperesthésie. En vue de combattre celle-ci, je fis appliquer un vésicatoire à l'épigastre et donner, immédiatement, avant chaque petit repas, une solution morphinée (2 à 3 milligrammes chaque fois). Les aliments furent supportés, les vomissements cessèrent, la fièvre disparut et le malade guérit. Je crois qu'en pareille circonstance une injection hypodermique de morphine eût rendu les mêmes services, et que le vésicatoire n'était pas indispensable.

Mais revenons aux basses températures, et, à ce sujet, parlons du *sclérème* des nouveau-nés.

C'est un état morbide qui rappelle les expériences de Chossat. Dans ce cas, en effet, il y a également inanitiation, car les malades sont ou des avortons incapables de se nourrir, ou de malheureux enfants qu'ont abandonnés leurs mères. Mais, indépendamment de l'absence de nourriture ou de l'insuffisance de celle-ci, il y a, comme l'a très-bien fait remarquer M. H. Roger (*De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique*, 1844), l'intervention du froid extérieur, car on observe surtout le sclérème dans les hospices d'enfants trouvés et alors que les enfants ont été abandonnés pendant l'hiver. De sorte que le cas se rapproche tout à la fois de celui de notre femme du numéro 14, qui, elle aussi, s'était refroidie par rayonnement pendant une nuit du mois de mars, et de celui de certains animaux inanitiés par Chossat : je veux dire les très-jeunes animaux que ce physiologiste a vus résister moins longtemps à l'inanitiation et se refroidir beaucoup plus vite.

Dans le sclérème, ou œdème des nouveau-nés, que M. H. Roger propose judicieusement d'appeler *œdème algide*,

---

de la Faculté et le président est l'un des médecins attachés aux affaires médicales, qui en Prusse forment une division du ministère de l'instruction publique, ce qui, pour le dire en passant, témoigne de l'importance reconnue par l'État à cette partie importante de la science. La commission siége dans les villes capitales et se réunit chaque année.

Les épreuves de cet examen d'État sont complexes, à la fois théoriques et pratiques, orales et écrites. C'est d'abord un examen oral sur divers sujets et la démonstration d'une pièce anatomique préparée par le candidat, des observations cliniques de médecine et de chirurgie faites à l'hôpital, une observation d'obstétrique, des exercices sur le mannequin. Le candidat est accompagné dans ses visites quotidiennes, pendant huit jours, par deux membres de la commission d'examen, et il est chargé du traitement des malades qui lui sont confiés. C'est ainsi qu'il fait l'accouchement de la femme qui lui a été désignée, et il est tenu pendant la semaine d'examiner les femmes enceintes ou récemment accouchées que lui indiquent les commissaires. L'examen de clinique chirurgicale a lieu selon le même mode; il est suivi d'une opération sur le cadavre. En outre de ces différentes épreuves, il subit un dernier examen oral sur les sciences naturelles, la pathologie générale et spéciale, la thérapeutique, la chirurgie, l'obstétrique et la pharmacologie. Le jury se compose du président et de trois membres de la commission qui l'interrogent chacun pendant trois quarts d'heure. Lorsque toutes ces épreuves ont été satisfaites, il reçoit l'approbation (*die Approbation*) et est reçu médecin, chirurgien, accoucheur. L'acte d'approbation fait mention du résultat des épreuves, c'est-à-dire : extrêmement bien, très-bien ou bien; les notes médiocrement et mal entraînent le renvoi, avec cette clause que la note *médiocrement* l'ajourne à six mois, celle *mal* à un an. S'il est refusé une seconde fois il ne peut plus se représenter.

Le médecin prussien qui a été reçu à l'examen d'État a le droit de pratique dans tout le royaume; il est astreint à un serment politique. Sans contredit, cet examen d'État est très-

pour bien en préciser les deux éléments morbides, cet habile médecin a vu la température s'abaisser jusqu'à 25 degrés, 23°,5, 22°,5 et même 22 degrés, c'est-à-dire dans ce cas jusqu'à 15° au-dessous de la température normale. Ce qu'il y a de remarquable dans cette maladie c'est que le refroidissement continue jusqu'à la mort. Ainsi, dans la première observation de M. Roger, en quatre jours la température axillaire baisse de 33 degrés à 22 degrés, c'est-à-dire de 11 degrés (la température extérieure étant de 16 degrés le dernier jour de la vie).

Quant à l'autre élément morbide, l'œdème, M. Roger se demande s'il précède ou suit le refroidissement, et il est assez disposé à croire que le refroidissement est l'acte pathologique initial. Il y a d'ailleurs corrélation entre ces deux faits, de sorte que de l'intensité du refroidissement on peut conclure à l'intensité et à l'étendue de l'endurcissement.

Deux fois seulement sur 29 cas, M. Roger a vu les nouveau-nés atteints de sclérème revenir à la santé; chez l'un le thermomètre était descendu jusqu'à 33 degrés, chez l'autre jusqu'à 32°,5. Ainsi un nouveau-né peut, sans en mourir, avoir quelque temps une température de 4 à 5 degrés au-dessous de la normale.

Dans ces conditions, pour rappeler le malade à la vie, il ne suffit pas de le réchauffer artificiellement, il faut encore essayer de l'alimenter. Dans les expériences de *ranimation* de Chossat, dès qu'on cessait de chauffer les animaux ils perdaient leur calorique avec une vitesse presque double de ce qu'ils perdaient dans les heures voisines de la mort (5 degrés par heure). Au contraire, en joignant l'alimentation au réchauffement artificiel, sur six expériences Chossat a obtenu trois rétablissements. Ainsi ce que le réchauffement ne fait pas la digestion peut le faire; elle sollicite la spontanéité calorifique, ou, en d'autres termes, elle provoque les actes thermogènes du foie, des reins et des autres organes sécréteurs, qui, faisant de la chimie vivante, font par cela même de la chaleur animale.

Après le slérème, le *choléra indien* est l'affection aiguë dans le cours de laquelle s'observent les températures morbides les plus basses. Cependant la divergence d'assertions commence quant à la période où le refroidissement est le plus intense. Les uns, avec Barensprung et Doyère, ont dit que c'était dans la période algide, les autres, avec presque tous les médecins des hôpitaux de Paris, que c'était dans la période typhique ou de réaction. Cela tient, dit M. Hirtz (*Chaleur dans les maladies*, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1867), au lieu et au moment de l'application du thermomètre; dans l'anus il donne la température centrale, qui peut être en excès, dans l'aisselle et surtout dans la bouche, il indique la réfrigération périphérique, qui est très-réelle.

Je vous ai dit, dans une leçon précédente, comment, dans cette affection où s'observent en réalité les températures les plus basses, on peut, au moment où la vie va finir, constater de très-hautes températures centrales : le même fait se montrant également dans le cours de l'algidité, ce n'est qu'une affaire d'asphyxie terminale ou momentanée. Si la température axillaire ou rectale est plus basse dans la réaction que dans l'algidité, c'est qu'alors l'hématose recommence à se faire mieux et que la réfrigération pulmonaire est moins incomplète.

Mais, comme l'ont dit quelques auteurs, le choléra asiatique est-il la maladie où la chaleur *descende le plus bas?* Ou bien n'y a-t-il qu'une absence de déperdition du calorique, qui n'arrive plus à la surface par suite de la cessation du cours du sang aux extrémités, comme l'a récemment soutenu M. Marey.

Déjà M. H. Roger avait fait observer «qu'il n'y a pas dans ces cas distribution inégale de la chaleur animale, mais *diminution simultanée* de la température intérieure comme de la température externe» (*Recherches expérimentales sur l'abaissement de la température dans le choléra*, in *Actes de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1850), et ce savant observateur, ayant pris simultanément la température dans la bouche, aux mains, aux pieds, dans l'aisselle, a trouvé que le thermomètre placé dans la bouche ou dans l'aisselle a accusé une diminution de la chaleur interne, de même que, enfermé dans la main, il indiquait un refroidissement de la surface et des parties éloignées du centre circulaire. «Il y avait, dit-il, refroidissement général; cette réfrigération étant du reste moins marquée à l'aisselle, plus prononcée dans la bouche, à son summum aux extrémités.»

M. Lorain, dont les idées théoriques ne s'éloignent pas notablement de celles de M. Marey, a fait cependant sur les températures comparées dans le choléra des recherches qui, en confirmant celles de M. Roger, ont montré que la température du rectum est toujours supérieure à celle de l'aisselle et souvent supérieure à celle de l'état physiologique. «Ainsi (sur 74 malades) le thermomètre ne s'est abaissé à 34 degrés (dans le rectum) que dans 1 cas, à 35 degrés dans 2 cas, et il n'est monté à 40 degrés que dans 5 cas. C'est entre 37 degrés et 38 degrés qu'a lieu l'oscillation dans l'immense majorité des cas. Ainsi, dit encore M. Lorain, la température centrale tend à rester constante» (*Études de médecine clinique; le choléra observé à l'hôpital Saint-Antoine*).

M. Lorain a encore trouvé que quand la chaleur du rectum vient à baisser, aussitôt celle de la bouche baisse dans des proportions énormes. Lorsque, au contraire, la courbe des températures du rectum se relève et se hausse au-dessus de la moyenne, la courbe des températures de la bouche se hausse tout près de la première et reste haut. «Cette dépense (de calorique par la bouche) fait baisser le niveau.» (Lorain, *Op. cit.*)

De tout ceci on peut conclure qu'il n'y a pas dans le choléra

---

sérieux et très-complet, et les jurys présentent certaines qualités d'indépendance, bien qu'ils ne soient pas entièrement composés de médecins étrangers à l'enseignement.

L'organisation des Facultés de Bavière est tout à fait différente de la précédente. Les élèves qui ne recherchent que le diplôme scientifique peuvent, après un an d'études, passer un examen de sciences physiques et naturelles, et, trois ans après, une série d'épreuves à peu près semblables à celles que nous avons énumérées en parlant de l'Autriche. Mais pour ceux qui veulent obtenir le droit de pratiquer, il faut, comme en Prusse, un examen d'État. Les épreuves ont lieu dans l'ordre suivant : après un an d'études, examen de sciences physiques et naturelles, trois ans après un examen dit de Faculté sur les diverses branches de la médecine, y compris la chirurgie et l'obstétrique, à l'exception de la police médicale et des maladies mentales. Ces épreuves sont orales et écrites. Le jury se compose d'un président nommé pour trois ans par le chef de l'État, d'un vice-président et de six membres choisis par le ministre parmi les professeurs ordinaires de la Faculté. Après une année qui complète cinq ans d'études, et pendant laquelle le candidat a dû suivre des cours de médecine légale, de psychiatrie et de vétérinaire (*sic*), après avoir assisté comme *pratiquant* aux cliniques d'une Faculté, le candidat peut alors se présenter à l'examen d'État. Les épreuves sont orales et écrites sur les matières ci-après : pathologie spéciale et thérapeutique, chirurgie, obstétrique, médecine légale et police médicale, maladies mentales, vétérinaire. Les épreuves orales durent trois heures, les épreuves écrites, au nombre de six, sur les mêmes matières, se font sans le secours de livres, et le candidat a quatre heures pour rédiger chacune de ses notes. La commission d'examen, qui se réunit une fois par an dans la capitale, est composée de six membres, savoir : trois professeurs ordinaires (un de chaque Faculté du royaume), et trois médecins praticiens non professeurs, tous nommés par le ministre. Cette commission est présidée par un fonctionnaire

concentration de la chaleur vers les organes internes, mais bien réellement abaissement de la température générale. La soif vive invoquée comme preuve par M. Marey me semble peu probante quant à cette concentration de calorique à l'intérieur, attendu qu'elle s'explique parfaitement, cette soif, par l'énorme spoliation de liquide résultant de la diarrhée, des vomissements et des sueurs cholériques. Il y a là un fait analogue à la soif ardente consécutive aux vastes hémorrhagies : de part et d'autre perte de liquide par l'organisme et besoin impérieux de le recouvrer.

En résumé, le choléra asiatique est bien et dûment une maladie algide, qui entraîne un abaissement considérable de la température à la périphérie, un abaissement moindre mais réel à l'intérieur, et où le calorique ne s'accumule centralement que d'une façon accidentelle et par le fait de l'asphyxie momentanée ou ultime.

☞ Cela dit, quels sont les chiffres les plus intéressants et les résultats les plus pratiquement utilisables obtenus par les auteurs?

Czermak a vu la température des *extrémités* osciller entre 23 et 29 degrés; H. Roger a trouvé une fois 21 degrés dans la *main* (3 degrés 1/2 au-dessus de la température ambiante).

Le refroidissement des extrémités, et en particulier du nez, de la langue, des oreilles, n'est pas dans la proportion de l'abaissement de la température générale; il va bien au delà.

Au point de vue pratique, M. H. Roger admet que dans le choléra le thermomètre peut servir au pronostic : l'abaissement étant synonyme de danger. Dans toutes ses observations, sauf une seule, la mort eut lieu lorsque le thermomètre avait marqué moins de 32 degrés dans la bouche et moins de 23 degrés dans la main. Il y eut comme exception le fait d'une jeune fille dont la bouche marqua 24 degrés un jour, 36°,5 le lendemain et qui guérit.

Dans ses recherches si bien conduites, M. Lorain est arrivé à cette conclusion que, dans le choléra, des courbes de températures *uniformément descendantes* sont signes de mort, et il rapporte deux observations dans la première desquelles on voit en cinq jours la température de la bouche baisser de 5°,1 (de 36°,6 à 31°,5), celle de l'aisselle de 3°,2 (de 37°,2 à 34 degrés), et enfin celle du rectum de 2°,8 (de 38 degrés à 35°,2). Dans la seconde observation, en huit jours, la chaleur de la bouche tomba de 3°,6 (de 34 degrés à 30°,4), celle de l'aisselle de 3°,2 (de 35°,2 à 32 degrés), et celle du rectum beaucoup plus, de 5 degrés (de 37°,8 à 32°,8). Il y eut mort dans les deux cas. L'abaissement de la température du rectum, dit à ce propos M. Lorain, est un phénomène d'une extrême gravité lorsqu'il se maintient.

Inversement, et d'après le même médecin, les courbes de température *uniformément ascendantes* marquent la tendance à la guérison. Ainsi, dans deux cas terminés par la guérison, on voit chez un malade la température de la bouche s'élever graduellement de 2°,6 (de 34 degrés à 36°,6), celle de l'aisselle de 1°,6 (de 35°,6 à 37°,2), et celle du rectum de 0°,6 (de 37°,4 à 38 degrés); chez l'autre malade, la température de la bouche s'élève de 2°,6 (de 35°,8 à 38°,4), celle de l'aisselle de 2°,1 (de 36°,3 à 38°,4), et celle du rectum de 1°,7 (de 37°,6 à 39°,3).

Ainsi le choléra est, de toutes les affections aiguës, celle où la température peut s'abaisser le plus sans que mort s'ensuive; ce qui tient vraisemblablement, suivant moi, à l'*intégrité relative* de l'organisme. Mais dans aucun cas nous ne voyons, sans que la mort en soit la suite, la température baisser autant que chez notre malade du numéro 14 de la salle Saint-Charles (26 degrés dans le vagin), laquelle a cependant guéri; et il nous semble n'y avoir d'autre raison de ce fait que l'*intégrité absolue* de l'organisme. Cette femme n'avait rien perdu que du calorique, tandis que les cholériques subissent des spoliations excessives et ne sont pas moins épuisés dans leur innervation par l'intensité de leurs douleurs et de leurs crampes.

On peut encore observer un abaissement de la température sous l'influence de vastes brûlures. A la clinique de Billroth, à Zurich, le docteur Ladé a constaté une température de 33 degrés et quelques dixièmes seulement dix-huit heures avant la mort chez un ouvrier dont la moitié ou les deux tiers de la surface du corps avaient été brûlés par de la vapeur.

A ce sujet, le docteur Ladé se demande si un pareil abaissement de la température ne serait pas la suite constante d'une brûlure très-étendue; puis, comparant les lésions analogues de la combustion et de la congélation, il cite un cas de congélation intéressant à des degrés divers la peau de tout un bras et d'une partie de l'épaule et de la poitrine, cas dans lequel la température a oscillé entre 35°,5 et 36°,8 jusqu'au moment où la fièvre de suppuration s'est établie (*op. cit.*, p. 27).

En général, on peut dire que, le choléra excepté, il est rare d'observer dans les maladies aiguës de basses températures; aussi, quand le thermomètre descend au-dessous de 35°,5, peut-on porter un fâcheux pronostic, bien que la température puisse ultérieurement se relever. Ainsi Ladame cite un cas de fièvre puerpérale où cinq jours avant la mort la température de l'aisselle était tombée à 35°,2, pour remonter dans les derniers jours sans que la malade pût se remettre.

Dans quelques *maladies chroniques*, surtout dans celles qui s'attaquent aux sources mêmes de la nutrition, la température peut notablement s'abaisser. J'ai fait à cet égard, et sous vos yeux, des recherches dont je vais vous entretenir.

Chez une malade atteinte de *cancer de l'estomac*, et qui entra dans notre service de la salle Saint-Charles le 29 janvier pour y mourir le 20 février, la température, qui était à l'entrée de 37°,2 et de 37°,3 le soir, tombait graduellement, le 1er février,

---

médecin qui dirige et résume l'examen, mais n'examine point lui-même. Lorsque l'élève a subi cet examen d'État d'une manière satisfaisante, il doit retourner devant la Faculté où il a passé son examen dit de Faculté pour soutenir une thèse; c'est alors seulement qu'il reçoit un diplôme de médecin praticien et qu'il peut se livrer à l'exercice de l'art médical. L'examen d'État est donc passé avant la délivrance du diplôme de doctorat. Les médecins bavarois ne sont pas libres de pratiquer où ils veulent; ils dépendent de l'administration, qui les envoie, ou plutôt ne leur permet de s'établir d'abord, que dans les localités les moins importantes du royaume; après un certain laps de temps qui est toujours de plus d'une année, deux ou trois ans, par exemple, il leur est possible de résider dans une localité plus importante, et ainsi de suite. Cette restriction, singulièrement aggravante, existait aussi dans le Hanovre dans des conditions analogues avant l'annexion de ce pays à la Prusse. L'intention du législateur était évidemment de favoriser les petits centres de population dépourvus de praticiens; mais dans l'exécution de ces dispositions légales, que de faits laissés à l'arbitraire!

Avant de terminer ce que nous voulions faire connaître de l'organisation médicale en Allemagne, nous devons rappeler que les médecins qui ont passé l'examen d'État dans les divers États où il existe, peuvent nécessairement être admis à la pratique dans chacun de ces États, après de simples formalités administratives, remise de leurs titres, etc., et tout en se soumettant, bien entendu, aux règlements particuliers de la contrée où ils veulent résider. Il ne faut pas oublier non plus que dans les pays où cet examen d'État n'est pas institué, l'Autriche et la Saxe, par exemple, le médecin qui n'est pas muni du diplôme légal des Facultés de ces deux pays doit passer un examen pratique spécial, et tout naturellement les médecins d'Autriche et de Saxe ont de leur côté à passer un examen d'État lorsqu'ils vont s'établir dans un pays où cet examen existe.

On a beaucoup parlé des diplômes *in honoris causa* conférés par les Facultés allemandes à des étrangers. Toutes les Facultés

à 36°,6 le matin et à 36°,9 le soir; puis à 36 degrés le 7; à 35°,6 le 8. La température se relevait un peu du 9 au 10, où la malade n'avait pas vomi et avait pu assimiler quelque nourriture; elle allait de 36°,2 à 37°,6; puis elle baissait de nouveau, du 11 au 19, veille de la mort, où elle tombait à 35°,7 le matin et à 35°,3 le soir.

Voici les chiffres des derniers jours, où la mort s'annonçait par l'altération profonde des traits et l'impossibilité de rien prendre : 17 février, matin 36°,9, soir 36°,3; 18 février, matin 36°,6, soir 36°,5; 19 février, matin 35°,7, soir 35°,3.

Chez le malade du numéro 43 de la salle Saint-Paul, atteint de *cancer du duodénum*, qui resta dans notre service du 26 mai au 22 juillet, la température axillaire fut, un mois avant la mort, aux environs de 35 degrés (14 juin, matin 35°,2, soir 35°,6; 15 juin, matin 35 degrés, soir 36°,2; 16 juin, matin 35°,4, soir 36°,5).

Elle ne remonta jamais au-dessus de 36°,4 dans le cours du mois, retomba à 35°,2, puis resta aux alentours de 36 degrés, pendant les premiers jours de juillet. Malheureusement la température des derniers jours de la vie n'a pas été prise.

Mais ce que nous apprend cette observation, c'est que, dans ces maladies d'inanition, la température peut tomber à 35 degrés plus d'un mois avant la mort, et que, par conséquent, cet abaissement notable de la température n'annonce pas la mort très-prochaine, comme elle le fait dans le cas d'une maladie aiguë. Cependant elle indique une altération profonde de la nutrition, et en général une fin qui ne tardera pas trop. Récemment encore, je l'ai observée chez un malade atteint de cancer de l'estomac et qui mourut le lendemain de son entrée dans mon service : la chaleur axillaire était le soir de son admission de 35°,1.

Nous avons vu la chaleur tomber au-dessous même de 35 degrés (à 34°,6) chez une *phthisique* qui avait en même temps de la *démence sénile* et refusait ordinairement les aliments, ou plutôt ne songeait pas à manger; à peine la religieuse du service pouvait-elle lui faire prendre un à deux biscuits par jour et 200 grammes de vin environ. La température fut, du 10 au 14 février : le 10 février, matin 36°,1, soir 36°,4; 11 février, matin 36°,4, soir 36°,8; 12 février, matin 36 degrés, soir 34°,6; 13 février, matin 35°,6, soir 35°,6; 14 février, matin 35°,2.

Enfin, chez la femme du numéro 6 de la salle Saint-Charles, atteinte d'*urinémie*, et dont je vous ai longuement entretenus dans mes leçons sur ce sujet, chez cette femme, dis-je, qui vomissait tout, la température ne s'arrêta pas dans sa décroissance à 35 degrés, mais atteignit même le chiffre extrême de 34°,5 trois heures avant sa mort. Or, cette malade passa les derniers jours de sa vie dans un état comateux entrecoupé de délire et de rêvasserie; et elle eut, également à cette période ultime, des épistaxis, des ecchymoses multiples, un saignement gingival, et enfin une hémorrhagie utérine qui ne cessa qu'avec la vie. A l'autopsie, nous trouvâmes les reins ratatinés au point de n'avoir plus que le volume de ceux d'un enfant de cinq ans; à la coupe, ils présentaient l'aspect de la chair d'anguille, et leurs tubuli sécréteurs étaient tous dégénérés, les uns granuleux, les autres, et c'était le plus grand nombre, hyalins. Quant au foie, il était cirrhotique. La membrane muqueuse de l'estomac était mamelonnée et ardoisée. Toutes ces lésions étaient celles de l'alcoolisme. Mais la seule chose qui nous importe à propos de cette femme, c'est que la température baissa aux derniers jours de sa vie, et que nous avons trouvé chez elle une suppression presque complète des principaux organes thermogènes, tels que le foie et les reins (1).

En résumé, un certain degré de chaleur, 37 degrés dans l'aisselle en moyenne, étant l'expression même de la vie normale chez l'homme, une température plus basse sera l'expression d'une vitalité réduite au minimum; aussi les températures basses s'observent-elles surtout le matin, dans toutes les maladies chroniques qui ne sont pas accompagnées de fièvre, où le corps se trouve dans un état plus ou moins prononcé de marasme, et où les phénomènes de nutrition sont peu actifs; ainsi, dans la tuberculose lente, les épanchements pleurétiques chroniques, la cirrhose du foie, la maladie de Bright, certains cas de diabète. (Ladé, *De la température du corps dans les maladies*, p. 28; Genève, 1866.)

On observe encore les basses températures dans la convalescence des maladies aiguës, et vous savez que rien ne ressemble plus à un vieillard qu'un convalescent dans ce cas : sa voix est cassée, ses cheveux tombent, etc. Or, on observe, *à fortiori*, ces basses températures dans la vieillesse; chez les sujets faibles, souffreteux; chez ceux qui sont soumis à une alimentation restreinte; on les observe enfin chez les aliénés mélancoliques, dont il est de règle de voir la température au-dessus de la normale, « ce qui se conçoit, dit le docteur

(1) Dans un très-intéressant travail sur *la température dans l'urémie comparée à la température dans l'éclampsie puerpérale* (*Mouvement méd.*, n° 2, p. 15, 1872), M. Bourneville a rapporté entre autres deux observations recueillies par lui, et où la température descendit plus bas encore. Ainsi, dans un premier cas, la température rectale était, la veille de la mort, de 30°,1. A l'autopsie, on trouva, dans le rein gauche, qui ne pesait que 75 grammes, une atrophie considérable des deux substances qui étaient confondues, pâles, jaunâtres. Le rein droit offrait les mêmes lésions, à un degré encore plus avancé : il ne pesait que 52 grammes. » Dans un second cas, la température, à 33°,7 la veille de la mort, descendit encore dans cette même journée à 32°,6; elle était à 31°,8 une douzaine d'heures avant la mort. A l'autopsie, on trouva « les lésions rénales répondant au troisième degré des néphrites parenchymateuses ». Les urines ne contenaient que 13gr,68 d'urée pour 1000, ou la moitié environ de la proportion normale. M. Bourneville termine cette première partie de son travail par les conclusions suivantes : « 1° L'urémie s'accompagne d'un abaissement considérable de la température ; 2° cet abaissement s'accuse de plus en plus à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale ; aussitôt après la mort, l'abaissement thermométrique atteint son maximum. »

---

peuvent délivrer, en effet, des diplômes à des étrangers qui ont illustré la science, mais le nombre en est de plus en plus restreint. Quelques-unes, moins réservées, décernaient sans doute assez facilement des diplômes scientifiques à des étrangers en quête d'un titre de docteur. Mais l'on a beaucoup exagéré le nombre de diplômes délivrés, et depuis plusieurs années l'Allemagne ne délivre plus de diplômes de docteurs *in absentia*. Tout étranger qui recherche un diplôme scientifique est obligé maintenant de justifier d'études antérieures et de passer un examen, et il ne faut pas perdre de vue que ce diplôme scientifique n'entraîne aucun droit de pratique dans les États allemands, soit en raison de l'examen d'État, soit en raison d'un examen particulier dans les pays où le premier n'existe pas; et si un semblable diplôme, ne donnant aucun droit dans la contrée où il avait été délivré, devenait bon et valable dans un pays voisin, c'était évidemment par suite d'une profonde ignorance ou d'une insouciance de l'administration qu'il est inutile de qualifier. Il faut bien le reconnaître, la plupart de ces diplômes, accordés autrefois assez facilement sans doute, étaient généralement sollicités par des personnes munies déjà d'un grade médical quelconque, le nombre n'en a jamais été important, au moins en ce qui concerne la France, et ce n'est pas eux qui ont fait péricliter chez nous l'enseignement de la médecine. Il est juste aussi de constater que les Facultés allemandes, auxquelles on reproche si souvent ces largesses de parchemins, sont depuis plusieurs années en voie de progrès. En 1869, Giessen et Iéna ne comptaient pas moins, la première 170 élèves, la seconde 80. Ces deux Facultés ont offert dans la succession de leurs professeurs des maîtres éminents de la science. Tout homme impartial doit convenir que le programme de leur enseignement actuel est certainement bien plus complet que celui de plus d'une de nos écoles secondaires.

En résumé, l'organisation de l'enseignement de la médecine en Allemagne devra fournir un riche contingent de documents à nos futurs réformateurs. A. Dureau.

Ladé, en considérant le peu de mouvement qu'ils se donnent et le peu d'activité de leurs fonctions digestives, leur pouls petit et rare et leur respiration peu fréquente ».

REVUE CLINIQUE.

Thérapeutique chirurgicale.

Nouveau procédé de dilatation du rétrécissement de l'urèthre, par M. Coze, ancien professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin principal de deuxième classe auxiliaire à l'hôpital militaire de Perpignan.

Les rétrécissements organiques du canal de l'urèthre peuvent être traités par trois moyens chirurgicaux : 1° la dilatation; 2° la cautérisation; 3° l'uréthrotomie.

Incontestablement, lorsque le rétrécissement est très-difficile à franchir, le chirurgien commence par essayer la dilatation du canal, qui, dans bien des cas, sera l'unique traitement et, dans des circonstances différentes, permettra de mettre en usage les autres procédés curatifs.

Les moyens de dilatation actuellement consacrés par la pratique sont les bougies, les sondes et quelques instruments spéciaux.

Les chirurgiens savent combien grandes sont les peines que leur donnent les rétrécissements très-étroits lorsqu'il s'agit de les franchir avec des bougies filiformes.

Le procédé de thérapeutique chirurgicale que je vais faire connaître pourra rendre service même aux spécialistes dont l'habileté reconnue a été plus d'une fois mise en défaut.

Il m'a été démontré dans plusieurs circonstances que l'emploi d'une pression liquide suffisante favorise d'une manière remarquable l'introduction de bougies que quelques instants auparavant on n'avait pu faire pénétrer, et que l'on peut arriver ainsi à une dilatation relativement très-grande sans déterminer ni douleur ni érosions, et par conséquent en évitant le cortége assez habituel des complications qui accompagnent les procédés ordinaires.

La nouveauté du moyen de dilatation que je propose ne consiste pas seulement dans l'emploi de l'eau, mais dans l'application d'une pression réglée. Amussat avait essayé dans le temps les injections forcées et, si ma mémoire me sert bien, les accidents qui se développèrent en firent abandonner l'usage, et je constate qu'il n'en est fait aucune mention dans le Traité de médecine opératoire de mon savant collègue le professeur Sédillot. Dans un ordre d'idées à peu près analogue, Ducamp (*Traité de médecine opératoire*, par Sédillot et Legouest, p. 628; Paris, 1870) a proposé un instrument auquel était adaptée une poche de baudruche que l'on insuffle d'air ou que l'on remplit d'eau. Sans discuter la valeur de l'instrument de Ducamp, on comprend que pour en faire l'application il faut avoir préalablement dilaté le canal dans une certaine mesure.

A l'aide de l'appareil dont je recommande l'emploi aux chirurgiens, je prends le rétrécissement dans son étroitesse presque extrême, et je rends assez rapidement possible le passage d'une bougie de très-mince calibre, que l'application répétée de l'appareil permettra bientôt de choisir de plus en plus grosse.

L'observation suivante va nous montrer la mise en pratique du procédé :

Observation. — M. A..., lieutenant de cavalerie, entre à l'hôpital militaire de Perpignan le 13 septembre 1871, atteint d'une grande difficulté dans l'émission de l'urine, causée par des rétrécissements anciens du canal de l'urèthre.

Quelques jours avant l'entrée à l'hôpital, l'urine, au dire du malade, sortait péniblement et presque goutte à goutte. Cette grande gêne mettait M. X... dans un état d'angoisse qu'augmentaient encore de vives douleurs du b -ventre dues à la distension de la vessie. Le cathétérisme était devenu impossible avec une sonde de très-petit calibre. Le médecin du corps, qui avait eu recours à une bougie filiforme, engagea le malade à se faire transporter à l'hôpital.

Antécédents. — A la suite de plusieurs blennorrhagies, M. X... fut atteints de deux rétrécissements qui, en 1867, amenèrent des accidents semblables à ceux qui se présentent aujourd'hui. Traités alors par la dilatation forcée et successive, les rétrécissements cédèrent, et après un traitement long et excessivement douloureux, M. X... se vit en situation de pouvoir uriner assez facilement. Pendant et après la guerre, l'introduction des bougies fut négligée, et petit à petit, sous l'influence de nouvelles blennorrhagies, les rétrécissements se resserrèrent et déterminèrent enfin les accidents relatés plus haut.

Examen local. — Avec une bougie filiforme et en queue-de-rat, je parvins avec beaucoup de peine à franchir les deux rétrécissements et à pénétrer dans la vessie; il s'écoula un peu d'urine le long de la bougie. Le premier rétrécissement est situé environ à 4 centimètres du méat urinaire. Le second, placé beaucoup plus bas, en est distant de 13 centimètres; il se trouve donc à peu près à l'entrée de la partie prostatique du canal. Ces mensurations prises plusieurs fois, la verge étendue et à l'état de flaccidité, ont donné à peu de chose près les mêmes résultats. Je crus reconnaître que ces rétrécissements étaient de simples coarctations fibreuses, que je ne pus franchir qu'en imprimant à l'instrument un mouvement de vrille. L'urine s'écoulant d'une manière continue le long de la bougie, cet instrument fut laissé en place jusqu'à la nuit. Le malade prit un bain prolongé et des boissons émollientes en petite quantité.

Le lendemain, 14 septembre, j'essayai de passer une bougie n° 1 de la filière métallique (1/3 de millimètre de diamètre). Je pus à grande peine franchir le premier rétrécissement; la bougie était tellement serrée par les tissus indurés que je pouvais soulever la verge avec l'instrument engagé; il me fut impossible de traverser le deuxième obstacle, et je fus obligé de recourir à la bougie filiforme qui m'avait servi la veille. Un bain fut de nouveau prescrit. Nourriture légère; peu de boissons.

Je fis, le troisième jour, la même tentative que la veille sans obtenir de meilleur résultat. La sensibilité de la muqueuse uréthrale était très-vive et le malade redoutait extrêmement le traitement par dilatation, fait en 1867.

J'eus alors la pensée de mettre en pratique une idée que j'avais eue depuis longtemps; je songeai à créer avec une colonne d'eau un moyen nouveau de dilatation.

L'appareil dont je donne la description plus loin fut établi au-dessus du lit du malade et, le 17 septembre, j'en fis la première application. La pression aqueuse, maintenue pendant quatre à cinq minutes, je pus à mon grand étonnement, franchir avec la bougie n° 1 de la filière les deux rétrécissements : le premier fut traversé avec facilité; le deuxième, avec plus de peine et avec cette circonstance que la bougie était retenue par le canal, comme elle l'avait été précédemment dans l'essai de passage du premier obstacle. Enfin l'instrument arriva très-bien dans la vessie et quelques gouttes d'urine apparurent.

Cependant, pour ne point fatiguer le canal, je remplaçai la bougie n° 1 par la bougie filiforme, qui ayant passé avec la plus grande facilité, permit à l'urine, additionnée de l'eau de l'appareil, de s'écouler peu à peu. (Bain de siége; émulsion d'amandes; régime léger.)

Le 18 septembre, application de la pression; passage facile des deux rétrécissements avec la bougie n° 1, qui est laissée à demeure pendant deux heures. Le soir, à la contre-visite, nouvelle application de pression; la bougie n° 1 est gardée encore pendant deux heures. Le malade urine sans bougie avec un peu plus de facilité. (Même prescription.)

Le 19 septembre, après l'application de la pression, la bougie n° 3 (1 millimètre de diamètre) passe les rétrécissements. Le malade applique lui-même la pression en dehors de la visite et se sonde lui-même.

Le 20 septembre, n° 5 (1 millimètre 2/3).

Le 21, n° 7 (2 millimètres 1/3).

Les 22, 23, 24 et 25 septembre, le malade avait été pris de diarrhée (épidémique alors dans la garnison, l'hôpital et la ville); un traitement approprié modifia rapidement cet accident qui ne fut que passager.

Le 26, reprise de la dilatation par l'eau; passage de la bougie n° 7.

Le 27, dilatation par l'eau; bougie n° 9 (3 millimètres de diamètre).

Le 28 et le 29, même numéro.

Le 30, après application de la pression, bougie n° 12 (4 millimètres de diamètre). Il est inutile de dire que depuis quelques jours le malade urine avec facilité et qu'il n'a jamais eu ni écoulement sanguin, ni déchirure, ni fausse route; la douleur a été à peu près nulle.

Les 1er, 2 et 3 octobre, continuation de la dilatation et de l'usage de la sonde n° 12, qui deux fois par jour est maintenue dans le canal pendant un certain temps. Le malade, satisfait du résultat, désirait vivement quitter l'hôpital.

Le 4 octobre, je décidai M. X... à rester encore quelques jours. Je passai, après pression, une bougie n° 14 (4 millimètres 2/3 de diamètre). Pour diminuer la rapidité d'écoulement de l'eau de l'appareil dans la

vessie, on comprimait le canal aussi bas que possible; mais il est bien entendu que l'on ne put comprimer au delà du deuxième rétrécissement.

Pendant quelques jours, M. X... passe lui-même, après dilatation et même sans dilatation, la bougie n° 14, et, pressé de reprendre son service, il quitte l'hôpital. Le jet d'urine avait repris une ampleur qu'il n'avait plus depuis longtemps.

J'ai revu plusieurs fois M. X... depuis sa sortie. La dilatation du canal se maintient bien, et aujourd'hui, 5 décembre, M. X... urine avec la plus grande facilité, et avait tout récemment encore passé la bougie n° 14, se promettant bien, en cas de besoin, d'organiser lui-même un appareil à pression.

L'observation que l'on vient de lire démontre la facilité avec laquelle, à l'aide du procédé nouveau, on parvient à franchir et à dilater des rétrécissements très-étroits.

La dilatation par l'eau étant très-peu douloureuse enlève aux procédés de dilatation ordinaires des éléments de complication quelquefois très-graves. C'est un moyen thérapeutique mixte en ce sens que la pression aqueuse dilate, puisqu'elle facilite le passage de la bougie, et que la bougie maintenue temporairement dans le canal prolonge et assure peut-être la dilatation.

Description de l'appareil. — L'appareil, très-facile à organiser et à monter, donne une pression d'eau représentée par une colonne de liquide de diamètres variés et d'une hauteur de 2m,40.

Il se compose : d'un entonnoir de fer blanc adapté à un tuyau de caoutchouc ayant environ 1 centimètre 1/2 de diamètre; à ce tuyau est fixé un robinet de cuivre; au robinet fait suite un petit tuyau de caoutchouc dans lequel est inséré à frottement un tube de verre effilé et à bords mousses.

Les dimensions de ces diverses parties, adaptées l'une à la suite de l'autre, sont les suivantes :

Entonnoir; longueur	0m,22
Grand tuyau de caoutchouc; longueur.	1m,63
Robinet (partie visible)	0m,06
Petit tuyau de caoutchouc	0m,15
Tube de verre (partie visible)	0m,34
	2m,40

L'appareil ainsi établi et d'une construction, comme on le voit, très-simple, est hissé au plafond à l'aide d'une corde légère roulant sur une poulie; suspendu au-dessus du lit du malade, on le descend facilement pour le remplir d'eau; il contient environ 750 grammes de liquide.

Précautions à prendre dans l'application. — L'eau que l'on emploie doit avoir une température de 25 à 27 degrés C.; j'ai toujours eu la précaution de demander de l'eau ayant bouilli, afin d'éviter autant que possible l'introduction dans la vessie de germes ou de ferments dont la présence pourrait, jusqu'à un certain point, être nuisible.

Avant d'introduire dans le méat urinaire la partie effilée du tube de verre, un aide ouvre le robinet de manière à faire arriver l'eau à l'extrémité du tube et constituer ainsi en entier la colonne de pression.

Cela fait, le chirurgien, tenant le gland de la main gauche, introduit et maintient de la main droite le tube de verre de manière qu'il ne s'écoule aucune portion de liquide au dehors. La pression s'opère. Le liquide passe, et lorsque l'on s'aperçoit que l'air remplace l'eau au haut du tube de verre, le robinet est fermé et l'on enlève l'appareil. Dans certains cas, comme je l'ai dit plus haut, on peut prolonger le contact en interceptant, par la compression du canal, le cours du liquide. Ce robinet sera ouvert au début avec précaution et en partie, la pression pouvant être quelquefois difficilement supportée par le malade.

L'appareil enlevé, le chirurgien fait les essais d'application des bougies.

Un malade intelligent peut lui-même appliquer la pression trois ou quatre fois par jour.

Conclusions. — 1° Une pression d'eau convenablement appliquée dilate les rétrécissements très-étroits et permet de les franchir avec facilité.

2° Ce procédé de dilatation a l'avantage de ne déterminer ni douleur ni aucun des accidents qui accompagnent habituellement l'emploi des autres moyens de dilatation.

3° La dilatation obtenue par l'eau est continuée et maintenue par l'usage de bougies à demeure temporaire.

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Variolæ sine variolis.

Messieurs,

Dans votre Revue des journaux du numéro 29 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, à propos du travail du docteur Bierwirth, intitulé : FEBRIS VARIOLOSA SINE VARIOLIS, le journal allemand semble émettre des doutes sur l'existence de cette forme de la variole, admise par Sydenham, Trousseau et bien d'autres (1). Après l'épidémie de 1870-71, je crois que le doute n'est plus permis. Pour moi, j'en ai rencontré un certain nombre de cas, et plusieurs de mes collègues à la Société de médecine de Jonzac en ont rapporté des exemples.

Permettez-moi de vous en citer un seul, qui peut servir de type à tous les autres. Le 29 juillet 1871, je suis appelé auprès d'une femme âgée, atteinte de variole hémorrhagique; cette femme meurt le 2 août. Le 10 du même mois, je suis demandé de nouveau dans la maison pour donner des soins au gendre et à la fille de ma première malade. Tous deux ont été pris la veille. Ils ont de la fièvre, quelques envies de vomir, céphalalgie intense; mais ce qui les fatigue le plus c'est une *douleur lombaire* des plus intenses. Devant ces symptômes, je n'hésite pas à prédire une éruption variolique prochaine. En effet, une varioloïde, très-discrète du reste, se montre le troisième jour chez le mari; mais la femme en est quitte pour des sueurs profuses, qui jugent la maladie. J'ajoute que ces deux sujets avaient été vaccinés.

Le docteur Bierwirth ne parle point de sueurs critiques. Je les ai observées dans tous les cas, et elles ont été signalées par tous ceux de mes collègues qui en ont rapporté des exemples à la Société médicale de Jonzac.

Je pourrais citer une dizaine de faits semblables à celui que je viens de rapporter.

Veuillez agréer, etc.

Dr ROCHER.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 29 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

FER DU SANG. — M. *Boussingault* communique une note sur la répartition du fer dans les matériaux du sang. L'auteur s'est proposé de rechercher comment le fer est réparti dans les trois principes essentiels du sang rouge Le sang provenait d'une vache demi-grasse. Voici le résumé des dosages qu'il a opérés sur la fibrine, les globules et l'albumine-sérum.

(1) Notre honoré confrère commet ici une méprise; ce n'est pas « le journal allemand », mais la GAZETTE HEBDOMADAIRE qui a émis des doutes sur la portée des observations de Bierwirth. Sans contester absolument l'existence de la fièvre varioleuse sans variole, nous pensons que l'auteur allemand a mis, quelquefois au moins, au compte de cette fièvre de simples fièvres gastriques avec lumbago, telles qu'on les observe fréquemment en dehors de toute épidémie de variole.

(*Note de la rédaction.*)

Dans 100 grammes de matières sèches :

	Substances minérales.	Fer, exprimé en métal.
Fibrine	2gr,151	0gr,0466
Globules	1gr,325	0gr,3500
Albumine	8gr,715	0gr,0863

Ainsi, dans les globules, on a dosé sept fois autant de fer que dans la fibrine; quatre fois autant que dans l'albumine. En comparant ces résultats avec les données connues sur la composition du sang, on constate que le fer calculé d'après sa répartition dans la fibrine, l'albumine et les globules, s'accorde avec le fer dosé dans le sang.

La forte proportion de fer dans les globules tient à la présence de la matière colorante.

Fabrication des matières colorantes dérivées de l'aniline. Note de MM. *Ch. Girard* et *G. de Laire.* — Dans une note insérée aux Comptes rendus de l'Académie, le 8 juillet, M. Lauth avait rappelé que, dès 1861, il avait publié le fait de la production d'une matière colorante violette par l'oxydation de la méthylaniline. Les auteurs font remarquer qu'ils ont proposé une méthode simple et générale pour la production des monamines secondaires, et constaté la généralité du fait de leur transformation en triamines colorantes substituées par élimination d'hydrogène. Ils affirment en outre, contrairement à une assertion de M. Lauth, n'avoir rien exagéré quant aux dangers de la fabrication de la rosaniline par l'acide arsénique.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 6 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Une demande du consul général d'Autriche-Hongrie à Paris, tendant à ce que, dès à présent et jusqu'à la fin de l'exposition de Vienne, c'est-à-dire jusqu'au mois d'octobre 1873, des renseignements périodiques lui soient transmis sur l'état de la santé publique en France. (*Renvoyé à la section d'hygiène*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Chavernac* sur une épidémie de variole qui a régné à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône), du mois de mai 1870 au mois de mai 1871. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit un rapport de M. le docteur *Évrard* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Beauvais en 1871. (*Commission des épidémies.*)

M. *Tardieu* offre en hommage un ouvrage qu'il vient de publier et intitulé : Étude médico-légale sur la folie.

M. *Amédée Latour* présente une brochure de M. *Félix Achard* sur le traitement des plaies par la résino-thérapie.

M. *Larrey* présente un volume intitulé : Nouveaux éléments de physiologie humaine, par le professeur *Wundt* (d'Heidelberg), traduit de l'allemand par M. le docteur *Bouchard*, professeur agrégé à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg.

M. *Gavarret* présente, de la part de M. le docteur *Maurice Perrin*, la deuxième partie du Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie.

M. *Wurtz* dépose sur le bureau : 1° une notice sur l'hôpital civil de Strasbourg pendant le siége et le bombardement, par M. le docteur *Gross*, agrégé de l'ancienne Faculté; 2° une note sur la conservation du vaccin, par M le docteur *Melsens* (de Bruxelles).

M. *le Secrétaire annuel* donne lecture de l'ampliation d'un décret, en date du 23 juillet, par lequel l'Académie est autorisée à accepter le legs de *dix mille francs* qui lui a été fait par feu le docteur Falret, pour l'institution d'un prix. Bon exemple, qui mérite de trouver des imitateurs.

Si jamais le choléra vient de nouveau s'abattre sur Paris, ce ne sera pas la faute de M. *Jules Guérin.* Chaque année, à pareille époque, lorsque les diarrhées saisonnières sévissent avec le plus d'intensité, et qu'on observe quelques cas de choléra nostras, l'honorable académicien ne manque point de sonner la cloche d'alarme et de prononcer le *caveant consules!* C'est ce qu'il a fait dans cette séance, en demandant que l'Académie prenne toutes les mesures nécessaires pour être exactement renseignée sur une question qui intéresse à un si haut degré la santé publique.

M. *Barth,* président, répond que toutes les communications relatives au choléra seront accueillies avec empressement par l'Académie, et mentionnées dans le Bulletin; il fait un appel au concours de la presse médicale, dont les informations peuvent aider si puissamment l'Académie dans cette sorte d'enquête.

M. *Larrey* fait remarquer que la question du choléra est l'objet le plus constant de la vigilance de l'administration préfectorale et de la sollicitude du conseil d'hygiène et de salubrité publique. Toutes les fois qu'un cas de mort par le choléra sporadique est signalé dans quelque quartier de Paris, un des membres de ce conseil est chargé de vérifier le fait et d'adresser un rapport à la préfecture. M. Larrey a rempli dernièrement une mission de ce genre dans le quartier de Grenelle.

Expériences sur la digitaline. — Déjà, dans une première note, communiquée le 8 juillet dernier, M. *Roucher* cherchait à établir que la digitaline cristallisée, découverte par M. Nativelle, n'est ni un produit homogène, ni un agent supérieur, quant à ses propriétés physiques et chimiques, à la digitaline globulaire cristalline de MM. Homolle et Quevenne. Dans une seconde note, lue aujourd'hui, M. Roucher s'applique à démontrer, par de nombreuses expériences faites sur des grenouilles, avec le concours de MM. Homolle fils et Percheron, que cette même digitaline, couronnée par l'Académie, ne l'emporte sur sa rivale ni par son action physiologique, ni par ses vertus thérapeutiques. Ces deux substances, employées comparativement de diverses manières, en nature, en suspension dans la glycérine et en solution dans l'alcool, ont donné des résultats à peu près semblables, sauf de légères différences provenant de leur mode et de leur degré de solubilité. Ainsi, la digitaline de M. Homolle, qui est plus soluble dans l'eau et dans les humeurs de l'organisme, est plus active que celle de M. Nativelle lorsqu'on l'administre en nature; au contraire, celle de M. Nativelle agit avec un peu plus d'énergie que celle de M. Homolle quand on l'injecte en solution alcoolique.

Cette nouvelle note de M. Roucher, sous ses apparences modestes, est un assez gros événement auquel l'Académie ne peut pas rester indifférente. Car si les expériences de M. Roucher sont exactes, et si ses conclusions sont légitimes, elles détruisent la suprématie de la digitaline cristallisée de M. Nativelle, proclamée par la commission du prix Orfila, battent en brèche le rapport de M. Buignet, infirment ses conclusions, et remettent en question un problème que l'Académie, sur la foi du rapporteur, regardait comme résolu. On le voit, cela ne tiendrait à rien moins qu'à invalider un jugement académique. Quant aux conséquences pratiques, elles ne sont pas moins importantes; car il s'agit de savoir, non-seulement qui à raison ou qui à tort de M. Buignet ou de M. Roucher, mais encore quelle est celle des deux digitalines, de M. Homolle ou de M. Nativelle, qui mérite de fixer le choix des pharmaciens et d'obtenir la préférence des médecins.

M. Roucher ne s'est pas borné à expérimenter comparativement la digitaline globulaire de M. Homolle et la digitaline cristallisée de M. Nativelle; ses recherches ont porté aussi sur les autres variétés de digitaline, celles de Morson, de Merck, de Tromsdorff, de Milan, etc.; sur la digitaléine, la digitalose et la digitine; sur les principes immédiats extraits de la digitale pourprée, de la digitale ferrugineuse, de la digitale jaune, etc.; enfin sur l'acide digitaléique et sur les produits sublimés de la digitaline.

A l'exception de la digitalose et de la digitine, qui paraissent inertes, tous les autres dérivés de la digitale agissent sur le cœur de la même façon, mais à des degrés variables. Quant à l'unicité du principe actif de ce médicament, M. Roucher, tout en reconnaissant les progrès réalisés sur ce point par les recherches de M. Nativelle, déclare que le problème reste encore à résoudre.

L'Académie peut donc remettre au concours la question de la digitaline.

Empyème et thoracocentèse. — M. *Richet* débute en promettant

d'être court, car il craint, dit-il, d'abuser de l'attention de l'Académie, « qui doit être rassasiée d'une si longue discussion ». Si quelque orateur se propose de parler encore, il fera bien de prendre bonne note de cette déclaration aussi opportune que sincère. Toutefois, ceux qui ont entendu le dicours de M. Richet ne regretteront pas que le débat se soit prolongé assez longtemps pour permettre à l'éminent chirurgien d'exposer ses opinions sur un sujet de cette importance.

L'orateur n'a pas l'intention de s'occuper des épanchements séreux de la plèvre; ce côté de la question est du domaine de la pathologie interne, et concerne plus spécialement les médecins. Il veut se borner à parler des épanchements purulents, dont il revendique le traitement pour les chirurgiens. Et d'abord il critique les expressions de *pleurésie purulente* et d'*épanchements purulents*, employées généralement et à tort, suivant lui, et auxquelles il préfère le vieux mot d'*empyème*, ou mieux encore la dénomination d'*abcès pleuraux*. Pour prouver la justesse de cette expression, il rapporte l'observation d'un malade du service de Grisolle, à l'Hôtel-Dieu, en 1854. On diagnostiqua une pleurésie purulente. Une ponction fut faite, sans résultat. Le malade mourut, et à l'autopsie on trouva dans la plèvre trois collections purulentes isolées, renfermant chacune environ 300 grammes de liquide. Le trocart avait pénétré dans l'intervalle des foyers, d'où le résultat négatif de la thoracocentèse.

C'est donc « abcès pleural » qu'il faut dire, et non « pleurésie purulente », ou « épanchement purulent ».

Et ceci n'est pas une querelle de mots, c'est l'expression même d'une réalité pathologique, d'une lésion déterminée, dont M. Richet décrit avec un très-grand soin le mode d'évolution et le mécanisme.

Il montre comment les abcès de la plèvre sont circonscrits par deux parois concentriques, à savoir : une paroi médiate, qui est la paroi costo-pulmonaire; une paroi immédiate, qui constitue le sac pseudo-pleural; celui-ci est formé par le feuillet séreux enflammé que double une fausse membrane organisée, végétante, semblable à celle qui entoure tous les foyers purulents, et dont le rôle a été fort bien étudié par Delpech.

M. Richet expose la physiologie pathologique des abcès pleuraux, et les moyens que la nature emploie pour en amener la guérison. La paroi costo-pulmonaire, n'ayant aucune tendance au rapprochement, maintient, par sa rigidité même, l'écartement de l'espace dans lequel s'est effectuée la collection purulente. Sous ce rapport, les abcès pleuraux présentent une grande analogie avec les abcès de l'aisselle et les abcès péri-rectaux. Mais la propriété rétractile du sac pseudo-pleural vient heureusement neutraliser et contre-balancer cette rigidité de la paroi costo-pulmonaire. La rétraction du sac s'opère d'une manière lente, progressive, continue, et tend ainsi à réduire les dimensions de l'abcès, à en diminuer sans cesse la capacité. Cette compression détermine sur le pus un effort d'expulsion qui est surtout efficace et sensible lorsqu'il existe une fistule par laquelle le liquide morbide peut s'échapper. Un trajet fistuleux est donc nécessaire pour assurer l'évacuation constante et complète du foyer, et pour produire la cure spontanée de l'abcès pleural. Si le trajet fistuleux n'existe pas ou s'il vient à s'oblitérer, le pus séjourne dans le sac pseudo-pleural, et donne naissance aux symptômes graves de l'infection purulente.

M. Richet pense que le chirurgien doit imiter, autant que possible, les procédés que la nature emploie pour la guérison spontanée des abcès pleuraux. La méthode opératoire la meilleure sera donc celle qui réalisera le mieux les conditions du mécanisme qui vient d'être exposé. A cet égard, il y a deux cas à considérer: celui où l'abcès pleural est hermétiquement fermé et sans communication avec l'air atmosphérique, et celui où le foyer communique avec l'air extérieur, soit par une fistule costo-pleurale, soit par une fistule pleuro-bronchique.

Dans le premier cas, toutes les méthodes opératoires, d'après M. Richet, sont applicables.

La ponction simple, avec le trocart ordinaire, suivant le procédé de Reybard, a procuré quelques rares guérisons, surtout lorsque l'opération était suivie d'une fistule temporaire; mais le plus souvent elle est insuffisante, parce qu'elle ne laisse pas au pus une sortie libre et permanente.

Les ponctions réitérées, selon le procédé de Dupuytren, sont certainement préférables, bien qu'elles laissent encore beaucoup à désirer, puisqu'elles ne guérissent que dans la proportion d'un tiers environ, 5 sur 14.

La ponction aspiratrice paraît un progrès réel à M. Richet, et de tous les instruments destinés à la produire, celui qu'il préfère est la seringue de M. Jules Guérin, qui a sur les autres l'avantage d'agir doucement, sans violence, d'une manière lente et mesurée. Cependant ce procédé a l'inconvénient grave de n'exercer qu'une action intermittente, de ne produire qu'une évacuation temporaire, et de laisser au pus le temps de se reproduire dans l'intervalle de chaque aspiration. Il s'éloigne donc sur ce point essentiellement des conditions physiologiques de la guérison spontanée.

Aussi ses résultats ne sont-ils pas beaucoup plus favorables que ceux des grandes opérations chirurgicales. D'après la statistique de M. Jules Guérin lui-même, la proportion des guérisons ne serait que de 37 pour 100, c'est-à-dire égale et même inférieure à celles des résections et de l'ovariotomie.

La méthode qui paraît à M. Richet se rapprocher le plus des conditions de la guérison spontanée, est, sans contredit, le drainage thoracique, dont l'invention et la vulgarisation reviennent bien à M. Chassaignac, en dépit des revendications d'un chirurgien anglais dont M. Gustave Monod s'est fait récemment l'interprète. Le drainage pourtant, tout excellent qu'il est, n'est point irréprochable. Il a deux imperfections notoires: il donne un libre accès à l'air dans le foyer purulent, et il ne permet pas de débarrasser assez vite l'abcès pleural des fausses membranes qui l'obstruent. M. Chassaignac prétend bien que le drainage désagrége à la longue ces paquets pseudo-membraneux; c'est possible; mais que de temps il faut pour obtenir ce résultat!

Faut-il donc revenir à l'opération primitive de l'empyème, à la large incision intercostale? M. Richet convient que cette opération telle qu'elle était pratiquée autrefois, a donné les résultats les plus funestes, les plus désastreux, même entre les mains des chirurgiens les plus illustres, d'Astley Cooper, de Dupuytren et de Velpeau. Mais, depuis cette époque, grâce surtout à la thèse de M. Sédillot, le procédé primitif a été singulièrement amendé et perfectionné. Pour s'en convaincre on n'a qu'à lire le mémoire récent de M. le docteur Moutard-Martin, où l'on voit que l'opération de l'empyème a réussi 12 fois sur 17.

Toutefois, le procédé auquel M. Richet accorde la préférence est celui de M. Gosselin, qui réunit les avantages de l'incision et du drainage, et qui, de cette manière, permet de débarrasser l'abcès pleural des produits pseudo-membraneux et de donner au pus un écoulement permanent.

M. Richet passe ensuite aux abcès pleuraux communiquant avec l'air extérieur par une fistule artificielle ou spontanée, costo-pleurale ou pleuro-bronchique. Ces cas sont les plus difficiles, les plus épineux, ceux qui reviennent le plus souvent aux chirurgiens.

Dans ces circonstances, l'orateur est d'avis de ne pas recourir aux procédés d'aspiration, qui en faisant trop rapidement le vide dans le foyer, appellent infailliblement l'introduction de l'air par la fistule, ainsi qu'il advint chez un blessé dont M. Richet rapporte l'observation.

L'incision et le drainage pris isolément ne satisfont pas davantage aux indications fournies par ces cas spéciaux. Voilà pourquoi M. Richet a eu l'idée d'associer ces deux méthodes. Il pratique d'abord l'incision, couches par couches, des téguments et de l'espace intercostal; puis, quand il a reconnu le

foyer pleural, il l'ouvre soit avec le bistouri, soit avec le trocart, et il place un tube élastique dans l'ouverture. Lorsque l'abcès est étroit et anfractueux, il y introduit un trocart et il perfore, de dedans en dehors, soit un autre espace intercostal soit le même, dans un point différent, pour y passer un séton tubulé, un tube à drainage à anse. Dans le cas où l'on aurait fait fausse route et où le trocart n'aurait pas pénétré dans le foyer, M. Richet conseille, pour éviter la blessure du poumon, de retirer la canule du trocart, d'agrandir l'ouverture interne avec le bistouri boutonné, et d'y introduire une sonde de femme et même l'extrémité du doigt, ce qui permet de reconnaître et d'explorer la cavité dans laquelle on a pénétré, et d'aller ultérieurement à la recherche du sac pseudo-pleural. M. Richet ajoute qu'il a eu récemment l'occasion de vérifier l'utilité de cette pratique sur un malade du service de M. Fauvel, atteint d'un abcès pleural avec fistule pleuro-bronchique. L'évacuation du pus s'effectuant d'une manière insuffisante par cette fistule, M. Richet l'opéra par le procédé mixte de l'incision et du drainage, et aujourd'hui, trente jours après l'opération, le malade est en voie de guérison.

Endocardite végétante. — M. le docteur *Oulmont* met sous les yeux de l'Académie deux cœurs provenant de malades qui ont succombé dernièrement, dans son service d'hôpital, aux suites de cette lésion rare et curieuse, désignée sous le nom d'endocardite végétante. Les valvules aortiques et mitrales sont couvertes de végétations de volume variable qui, en se fragmentant, ont donné naissance à des embolies viscérales et à des infarctus hémorrhagiques ou inflammatoires, dans le cerveau chez l'un des malades, dans le poumon chez l'autre. C'est la production de ces embolies et de ces infarctus qui donne à l'endocardite végétante un caractère de gravité qu'elle n'a point par elle-même, tant que la lésion reste locale.

REVUE DES JOURNAUX.

Topographie de l'uretère chez la femme,
par le professeur Luschka.

Les recherches de Luschka sur les rapports des uretères mettent en relief des détails anatomiques qui, sans offrir une nouveauté réelle, méritent cependant d'être analysés, parce qu'ils montrent les applications immédiates de ces détails à l'explication de certains phénomènes pathologiques :

1° *Portion abdominale de l'uretère.* — Jusqu'à leur entrée dans le petit bassin, les uretères ont une direction convergente. Éloignés d'abord de 9 centimètres, ils se rapprochent de 2 centimètres. Ces canaux décrivent une courbe en forme d'S au-dessus du muscle psoas, s'étendant du bord externe au bord interne de ce muscle, situés au-dessous du péritoine, entourés de tissu cellulaire et croisant les vaisseaux spermatiques, mais il y a dans le trajet des deux uretères des différences utiles à connaître.

L'uretère droit est placé en arrière de l'extrémité inférieure de la portion descendante du duodénum, de sorte qu'il peut s'établir dans des conditions anormales une communication entre les deux organes. Dans un trajet ultérieur jusqu'au bassin, l'uretère situé sous le feuillet pariétal du péritoine n'est recouvert que par les circonvolutions de l'intestin grêle. La partie abdominale de l'uretère gauche à son entrée dans le petit bassin est située en arrière de la courbure sigmoïde du rectum, et malgré la mobilité de cette portion du rectum, une communication a pu s'établir entre l'uretère et le rectum ; en effet, le docteur Siegel a cité une observation remarquable de fistule recto-uretérique. Lorsque l'intestin est vide et rétracté et que les parois abdominales sont facilement déprimées, on peut sentir la tumeur formée par l'uretère dilatée à un haut degré et constituant une tumeur allongée. Le docteur Hildebrandt a cité des exemples de cette affection singulière, dans divers cas de rétroflexion de l'utérus.

2° *Portion pelvienne des uretères.* — Cette partie de l'uretère, longue de 12 centimètres environ, ne présente pas les mêmes rapports à droite et à gauche. Du côté gauche, l'uretère croise l'artère iliaque primitive à 15 millimètres au-dessus de sa bifurcation, tandis qu'à droite l'uretère croise l'artère iliaque interne. Les rapports des deux uretères avec l'utérus présentent des différences dignes de remarque. L'axe longitudinal de l'utérus s'écarte légèrement de l'axe fictif du bassin, par suite de la présence du rectum ; c'est pourquoi les deux uretères ne sont pas également distants de l'utérus. Le plus ordinairement l'utérus est légèrement dévié à droite, et par conséquent l'uretère droit est un peu plus rapproché de cet organe que le gauche. Dans leur trajet intra-pelvien, les uretères cheminent sous le péritoine, et en partie au milieu du tissu cellulaire qui entoure le plexus veineux péri-utérin, et qui s'étend à la portion sus-vaginale du col, à la base du ligament large et au voisinage de la voûte du vagin. Jusqu'à la base des ligaments larges, les uretères sont appliqué, sur la paroi du bassin où l'uretère gauche répond à la partie moyenne de l'artère hypogastrique, et l'uretère droit longe le vaisseau. Les uretères croisant les bords latéraux de la base du ligament large, s'avancent vers la ligne médiane dans le tissu cellulaire péri-utérin, croisent les ligaments ronds et traversent les plexus veineux situés autour du col utérin et du fond du vagin, ils se contournent légèrement en forme d'S et poursuivent leur marche le long de la portion sus-vaginale du col, contre la paroi vaginale, et enfin sont appliqués à la paroi antérieure du vagin sur une étendue de 15 millimètres. Les uretères convergent donc dans leur trajet vers l'utérus et le vagin, à la partie moyenne de l'utérus, la distance des uretères est de 25 millimètres, tandis qu'au niveau de la portion sus-vaginale du col elle n'est plus que de 8 millimètres, et au niveau du fond du vagin, 6 millimètres.

L'existence de tissu cellulaire qui unit les uretères à ces organes explique comment il peut s'établir une communication fistuleuse par infiltration et gangrène de ce tissu ; on comprend également que dans la rétroflexion, la déviation soit assez prononcée pour mettre obstacle au passage de l'urine de l'uretère dans la vessie.

On peut admettre, comme règle générale, que les uretères se prolongent jusqu'à la limite du tiers supérieur et du tiers moyen de la paroi antérieure du vagin ; et, comme ils sont voisins du col de l'utérus et du fond du vagin, les fistules uretéro-utérines ou uretéro-vaginales semblent ne pouvoir se produire que sur les parties latérales du vagin ou de l'utérus ; par conséquent les fistules situées vers le milieu de la paroi vaginale antérieure ne peuvent provenir que de la vessie ou de l'urèthre.

Les rapports de la vessie avec l'utérus et le vagin méritent une attention particulière. A l'état de distension la vessie s'élève en arrière à une hauteur de 6 centimètres ; elle dépasse les deux tiers inférieurs de la portion sus-vaginale du col. Toute la région du trigone de Lieutaud et les extrémités des deux uretères sont unies à l'utérus et au vagin par un tissu cellulaire lâche et extensible.

Les coliques vésicales observées dans la rétroflexion de l'utérus s'expliquent par la traction exercée par la portion sus-vaginale du col sur la paroi vésicale, et d'ailleurs cette traction est rendue plus directe encore par l'action des faisceaux musculaires qui unissent la paroi vésicale à l'utérus. (*Archiv für Gynäkologie*, Bd. 111, Heft 3, 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Atlas d'anatomie pathologique, par le docteur Lancereaux et Lackerbauer, artiste dessinateur. Huit livraisons, de la neuvième à la seizième. Chez Masson, éditeur. 1869-1871.

Nous avons déjà rendu compte dans la Gazette d'une partie de l'ouvrage de M. le docteur Lancereaux. Cet ouvrage est aujourd'hui terminé : il forme seize livraisons avec atlas. C'est

une œuvre considérable où se trouvent consignées un nombre immense d'observations, et qui témoigne d'une bien rare activité.

L'étude des maladies de l'appareil génito-urinaire forme une partie de la 9e livraison. L'auteur y étudie les différentes néphrites qu'il divise en néphrites catarrhales ou épithéliales et en conjonctives ou interstitielles. Les dégénérescences des reins, les obstructions de leurs vaisseaux complètent ce chapitre.

Dans un parallèle intéressant des affections diverses comprises sous le nom de maladie de Bright, M. Lancereaux démontre qu'on décrit encore aujourd'hui sous cette dénomination des maladies tout à fait différentes. Sans nul doute, les travaux de Bright et de ses successeurs, au moment de leur apparition, constituaient un progrès considérable; mais il est absolument nécessaire aujourd'hui d'introduire des divisions dans ce qu'on veut encore considérer comme une unité. Tandis que les néphrites catarrhales, consécutives ordinairement aux maladies fébriles ou infectieuses, tendent naturellement à la guérison, les néphrites interstitielles, effet habituel des maladies diathésiques (syphilis, goutte, etc.), ont une tout autre gravité. Les stéatoses aiguës (phosphose, fièvre jaune) provoquent peu d'œdème, peu d'exsudation albumineuse; les stéatoses chroniques (alcoolisme) s'accompagnent d'un œdème considérable et rapide, d'altérations de la rétine, d'accidents urémiques. Et toutes ces lésions, dont les effets sont, comme on le voit, fort différents dans leur nature ou tout au moins dans leur marche, sont souvent confondues et réunies sous le nom de maladie de Bright. On voit combien il importe de remonter à leur étiologie.

Après avoir étudié les maladies si variées de l'appareil génito-urinaire, maladies où le chirurgien a bien plus souvent à intervenir que le médecin, nous abordons la grande classe des affections de l'appareil de l'innervation. Les travaux antérieurs de l'auteur nous promettaient une riche moisson d'observations et une étude particulièrement autorisée du sujet. Notre attente n'a pas été déçue.

Les méningites sont divisées en prolifératives et suppuratives. Les premières comprennent les méningites alcooliques, syphilitiques, tuberculeuses, rhumatismales. M. Lancereaux démontre que ces méningites présentent des différences réelles en rapport avec leurs conditions originelles. Tandis que la méningite alcoolique, quand elle s'attaque aux méninges molles, se localise spécialement à la convexité des hémisphères, et peut, d'un autre côté, envahir la dure-mère et y déterminer la pachyméningite hémorrhagique, nous voyons, au contraire, lé méningite tuberculeuse se manifester par un semis de granulations grisâtres accompagnant les artérioles de la base du cerveau, de la scissure de Sylvius, de la grande fente de Bichat. La méningite syphilitique aura une tout autre allure : elle s'attaquera de préférence à la dure-mère, mais sans y produire la pachyméningite hémorrhagique. Si elle touche l'arachnoïde ou la pie-mère, elle y déterminera des épaississements diffus, de petites tumeurs avec adhérences au tissu cérébral sous-jacent, bien différentes des exsudats de la méningite tuberculeuse. Quant à la méningite rhumatismale, elle se caractérise par une riche injection méningienne avec une formation plus ou moins abondante de jeunes éléments. On voit par là que la méningite n'est pas une morbide toujours identique, mais l'expression de maladies diverses qui en modifient singulièrement les caractères.

Quant à la méningite suppurative, c'est ordinairement l'effet d'un traumatisme ou du transport d'un produit septique. Nous demandons cependant à faire quelques réserves à l'endroit de la méningite cérébro-spinale épidémique, où la suppuration est en quelque sorte la règle.

L'étude des maladies de l'encéphale comprend les encéphalites qui se manifestent, comme les méningites, sous deux formes différentes : les scléreuses et les suppuratives.

A l'occasion des tumeurs encéphaliques des méninges et du cerveau, l'auteur nous donne, principalement sur les sarcomes et les névromes, de nombreuses et intéressantes observations. Il signale les erreurs auxquelles peut donner lieu le ramollissement central de ces tumeurs, prises souvent en pareils cas pour de véritables ramollissements du cerveau. Peut-être, sans sortir de son cadre, l'auteur eût-il pu s'étendre un peu davantage sur les rapports qui existent entre la localisation de ces tumeurs et les symptômes qu'elles déterminent. C'est une des grandes difficultés de la pathologie cérébrale, et nul plus que lui n'avait qualité pour l'aborder.

Après l'étude des lésions de la trame conjonctive du cerveau, vient celle des altérations vasculaires : hémorrhagies et ramollissements cérébraux. Le sujet était familier à M. Lancereaux qui en traitait dans sa thèse inaugurale lui avait été consacrée.

Nous voudrions pouvoir suivre l'auteur dans le détail des recherches intéressantes qu'il consacre aux diverses espèces de myélites, dont il résume les caractères anatomiques dans un parallèle où il les étudie particulièrement sous le rapport étiologique, montrant qu'à chaque maladie différente correspondent des myélites dont les caractères anatomiques peuvent révéler la cause.

L'ouvrage se termine par l'étude des altérations de l'appareil locomoteur : lésions du tissu musculaire, stéatose, atrophie, etc.; lésions du squelette, lésions des articulations, arthrites exsudatives, prolifératives, etc.

Un dernier chapitre traite des dermatites et des affections parasitaires de la peau.

Nous ne pouvons mieux terminer cette rapide analyse qu'en citant un passage de la préface dans lequel l'auteur développe lui-même les principes fondamentaux qui l'ont guidé dans son long et consciencieux travail :

« Appliqué, depuis plus de dix ans, à rapprocher de l'étude des lésions matérielles des organes celle des causes qui leur donnent naissance, je n'ai pas tardé à reconnaître que toute cause morbifique fait subir à l'organisme une modification propre, que celui-ci traduit par des lésions constantes et identiques. Ce principe, que j'ai autrefois formulé à propos de quelques maladies, notamment la syphilis (*Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 18 janvier 1864, et *Gaz. méd.*, même année, p. 71) et l'alcoolisme (*Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 4 juillet 1865, et *Gaz. méd.*, même année, p. 419), incontestable en ce qui concerne la variole et la fièvre typhoïde, est également vrai pour d'autres maladies : la goutte, le rhumatisme, etc., ainsi que je m'efforce de le démontrer dans ce travail. On m'objectera, je le sais, que les preuves apportées à l'appui de cette doctrine ne sont pas toujours suffisantes; mais, s'il est vrai qu'elles le sont pour un certain nombre de faits, et si l'on veut bien tenir compte de la difficulté de rencontrer des types, on ne peut hésiter à admettre le principe dans sa généralité. Sans doute, les différences anatomiques résultant de la diversité des causes sont quelquefois peu sensibles et consistent dans le siége, dans la physionomie et dans l'ensemble des altérations, plutôt que dans la modification histologique elle-même. Mais en réalité il n'y a pas lieu d'en être étonné, car les modes d'altération pathologique ne pouvant être plus nombreux que les modes d'évolution physiologique, les lésions anatomiques ne sont forcément que des formations ou des dégénérescences des tissus.

» Ainsi subordonnée à l'agent étiologique, la lésion anatomique est la conséquence ou le fruit de la maladie, son expression phénoménale, sa signature, pour ainsi dire, mais non la maladie elle-même. L'identifier avec cette dernière, c'est méconnaître la valeur de deux termes distincts et confondre l'effet avec la cause; l'en séparer, c'est reconnaître à la maladie un caractère certain et simplifier la pathologie, en ce sens que le nombre des types anatomo-pathologiques est relativement restreint. »

B.

VARIÉTÉS.

CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE (QUATRIÈME SESSION A LYON).

On veut bien nous communiquer l'article suivant. Non-seulement nous nous faisons un plaisir de l'insérer ; mais c'est, à nos yeux, un devoir pour la presse de prêter son concours à une œuvre qui s'annonce sous les meilleurs auspices, et dans laquelle on peut être assuré que l'importance des discussions scientifiques égalera le zèle et l'intelligence des organisateurs du Congrès.

L'ouverture du Congrès, fixée au 18 septembre prochain, s'annonce sous les plus favorables auspices. Outre un nombre très-considérable de membres adhérents, français et étrangers, cent quatre-vingts fondateurs, déjà inscrits, répondent d'un concours bien suffisant pour assurer le succès moral et financier de l'entreprise. On sait que, pour la première fois dans un Congrès médical, les questions professionnelles pourront être discutées ; et l'opportunité de cette innovation sera d'autant plus vivement appréciée qu'une Commission nommée par les bureaux de l'Assemblée nationale va, on le sait, proposer une réorganisation de l'enseignement et de l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Nul moment n'est donc mieux choisi que celui-ci pour nous concerter sur les vœux à formuler ; nulle occasion ne saurait être plus favorable que le Congrès de Lyon pour présenter à nos législateurs ces vœux comme l'expression la plus récente et la plus autorisée des sentiments et des convictions de la corporation tout entière.

La grande exposition industrielle et artistique ouverte en ce moment à Lyon est un attrait de plus, — un attrait qui s'adresse à tous les instincts, à tous les goûts, — pour nos visiteurs du dehors.

Enfin la *Commission exécutive* a dû s'occuper encore d'un point délicat et essentiel. A notre Congrès médical de 1864, l'hospitalité, envers nos invités français et étrangers, ne fut exercée que par l'initiative individuelle. Cette initiative reste, aujourd'hui comme alors, empressée, affectueuse, et ne désire qu'une chose : que de nombreuses occasions lui soient offertes de prouver qu'elle n'a point dégénéré. Mais on a pensé qu'une ou plusieurs réunions comprenant tous les membres du Congrès réaliseraient mieux encore l'ensemble des objectifs que doivent se proposer ces grandes solennités, en complétant la fête de la science par les fêtes de la confraternité. En conséquence, le nombre des souscriptions et la généreuse allocation départementale le permettant, il a été décidé que deux séances de délassement — vulgairement *parties de plaisir* — seront offertes à nos visiteurs. L'une d'elles, la seule dont le plan soit arrêté à cette heure, consistera en une excursion à Bourg-en-Bresse. Les merveilles populaires de l'église de Brou, les sites délicieux de la forêt de Seillon, les joyaux renommés d'un atelier de céramique artistique, la statue de Bichat, sont déjà des attractions suffisantes, surtout quand ce trajet, de moins de deux heures, se fait dans les compartiments si confortablement aménagés de l'habile Compagnie des Dombes.....

Mais le département de l'Ain n'est pas seulement la patrie de Bichat, c'est aussi le pays de Brillat-Savarin ; et la Commission exécutive, forte de ses intelligences dans la place, espère bien prouver à ses invités qu'elle a compris toute la responsabilité qu'elle assume en les conduisant dans un lieu illustré par de tels souvenirs ?

La science, et la science dans ses applications les plus utiles à l'hygiène publique, aura sa place dans cette fête. Sur le parcours entre Lyon et Bourg sont situés les *étangs des Dombes*. Un temps d'arrêt aura lieu à ce point et permettra à nos visiteurs d'explorer avec tous les détails nécessaires l'aménagement de ces réservoirs productifs mais insalubres, la composition du sol, qui en favorise la formation, les alternatives de rendement par la culture et par l'empoissonnement, mode usuel de leur exploitation, les travaux de dessèchement déjà opérés sur une large échelle, etc., etc.; toutes questions bien dignes d'intéresser nos visiteurs et sur lesquelles nous espérons bien recueillir d'eux plus d'un conseil utile.

Rappelons que les questions composant le programme du Congrès médical de Lyon sont les suivantes. Première : Des épidémies de variole; — deuxième : Des plaies par armes à feu; — troisième : Des ambulances en temps de guerre ; — quatrième : De la peste bovine ou typhus contagieux du gros bétail ; — cinquième : Des causes de la dépopulation en France et des moyens d'y remédier ; — sixième : Du traitement de la syphilis ; — septième : De la réorganisation de l'enseignement de la médecine et de la pharmacie en France ; — huitième : Des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin et de la mettre en harmonie avec l'importance du rôle qu'il est appelé à remplir dans la société.

Le Comité exécutif du Congrès a arrêté dans sa dernière réunion, sur la proposition du docteur Gernier, qu'une commission prise dans son sein recevra de la part de tous les médecins ou pharmaciens les notes relatives à leurs *intérêts professionnels*, — exercice illégal, — honoraires, — spécialités, affiches médicales, — réclames des journaux, — médecins cantonaux, — bureaux de bienfaisance, — Sociétés de secours mutuels, — dispensaires, — assistance publique des malades à domicile et dans les hôpitaux, — médecins étrangers, — abus et délits, — déclaration des naissances par le médecin, secret médical, — conseils de discipline, — service médical administratif, — les vaccinateurs, — les médecins sanitaires, — conseils d'hygiène et de salubrité, — médecins des eaux minérales, etc., — les deux ordres de médecins et de pharmaciens, — les accoucheuses, — responsabilité médicale, — les médecins légistes ou aux rapports, — des certificats, — le fisc et le *timbre* près des médecins, etc., etc., — enseignement, — Facultés, — Écoles, — professeurs, — agrégés, — professeurs libres, — examens, — réception, etc.

La Commission examinera toutes les questions qui lui seront soumises, les classera et enfin les soumettra au Congrès pour les faire adopter ou rejeter.

Celles qui seront adoptées seront, par les soins du bureau, transmises au gouvernement sous forme de vœux.

Toutes les questions devront être adressées à M. Dron, secrétaire général du Congrès, rue Pizay, 5, avant le 31 août 1872.

Nous avons annoncé (N° 20) le recueil intitulé : REVUE TRIMESTRIELLE DES SCIENCES MÉDICALES EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER, qui doit être publié à dater du mois de janvier 1873 à la librairie de G. Masson, sous la direction de M. Hayem. Une entreprise du même genre, conçue depuis longtemps, se fonde à Montpellier. L'ANNÉE MÉDICALE UNIVERSELLE, qui aura pour directeur M. Émile Bertin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, sera publiée en six fascicules échelonnés dans le courant de l'année, sur le plan du CANSTATT's JAHRESBERICHT. Le prospectus ajoute : « En raison des dépenses élevées que nécessite une semblable entreprise, notre publication n'aura lieu que si un nombre suffisant de souscriptions témoigne à son égard des sympathies du public médical. Dans ce cas, la première année des Comptes rendus, qui sera relative aux travaux publiés en 1872, paraîtra dans le courant de l'année 1873, et ainsi de suite. Le prix de l'abonnement ne sera exigible qu'après l'apparition du premier fascicule de l'année correspondante. »

Nous avons reçu de M. le docteur A. de Fleury une lettre que le défaut d'espace nous force à renvoyer au prochain numéro.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 27 juillet au 2 août 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 4. — Fièvre typhoïde, 13. — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 13. — Pneumonie, 20. — Dysenterie, 6. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 49 (1). — Choléra nostras, 7. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 289. — Affections chroniques, 315 (2). — Affections chirurgicales, 55. — Causes accidentelles, 26. — Total, 850.

Londres : Décès du 21 au 27 juillet 1872, 1643. — Variole, 33 ; rougeole, 25 ; scarlatine, 7 ; croup, 10 ; coqueluche, 50 ; fièvre typhoïde, 17 ; diarrhée, 394 ; choléra nostras, 19 ; bronchite, 65 ; pneumonie, 40.

(1) Dont 32 enfants au-dessous de six mois, 8 au-dessous de un an, 9 au-dessous de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 315 décès, 142 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 15 août 1872.

DES FERMENTATIONS. — LE SERVICE MÉDICAL DANS LES HÔPITAUX DE LILLE.

Des fermentations.

(Troisième et dernier article.)

V

Les connaissances que nous avons acquises sur les ferments, vivants ou non, peuvent-elles être de quelque utilité pour le médecin? Je crois que la réponse n'est pas douteuse. L'économie est un laboratoire où se passent incessamment des phénomènes de dédoublement et de destruction progressive des aliments. Il y a lieu de rechercher si le mécanisme de ces transformations n'est pas le même, ou au moins analogue. Il est possible en outre que certaines maladies soient engendrées par un ferment venu de l'extérieur.

Il y a grand intérêt à étudier la question des ferments à ce dernier point de vue, et à rechercher quelles sont les conditions défavorables à leur évolution.

Il suffit de rappeler les principales phases de la digestion pour montrer l'analogie frappante qui existe entre la plupart d'entre elles et les fermentations à ferments solubles. L'aliment introduit dant le tube digestif doit, comme les preux chevaliers des romans qui amusaient nos pères, passer par une série d'épreuves de plus en plus redoutables. Tout est combiné pour sa dissolution finale, prélude obligé de l'absorption. Trituration mécanique bien graduée, passage de la réaction acide à la réaction alcaline, chaleur modérée favorable à la dissolution, ferments divers qui le guettent au passage, rien ne manque pour atteindre le but. Cette analogie d'action entre les phénomènes de la digestion et certaines fermentations a de tout temps frappé les observateurs. Les idées plus nettes que nous possédons sur la nature des ferments et les progrès de la chimie n'ont fait que justifier cette manière de voir de nos devanciers.

La fermentation stomacale est celle qui a d'abord été étudiée. On a été assez heureux pour isoler la diastase gastrique ou pepsine, qui rend solubles tous les aliments de la classe fibrine. On l'obtient en traitant la portion glanduleuse de l'estomac par l'eau froide. On précipite par l'acétate de plomb, on sépare ce dernier par l'hydrogène sulfuré, la pepsine reste dissoute dans l'eau; on la précipite une ou deux fois par l'alcool, et on la dessèche à une douce chaleur.

La pepsine n'agit qu'à l'état de solution acide; une chaleur de 100 degrés la détruit. Il est impossible de méconnaître l'analogie d'action de ce corps avec la diastase du malt. On l'emploie aujourd'hui en médecine.

Le suc pancréatique renferme également un ferment qui a la propriété de transformer l'amidon en glycose, de dissoudre la fibrine dans une solution alcaline (ce que ne fait pas la pepsine) et de dédoubler les corps gras en glycérine et acides gras. Selon toutes probabilités, chacune de ces actions spéciales est due à un ferment particulier. Ces deux exemples incontestables de fermentations répondant à un but physiologique suffisent pour faire entrevoir l'importance de cette étude. Dans ces deux cas, on voit nettement une fermentation qui aurait très-probablement été mise sur le compte d'un phénomène vital par nos prédécesseurs, et qui, grâce à la découverte du ferment proprement dit, n'est plus qu'un phénomène chimique.

Les applications des connaissances acquises sur les ferments sont certainement très-nombreuses, toutefois il faut reconnaître que les auteurs ont à cet égard plus fait de théories que d'expériences; et bien que l'esprit entrevoie la légitimité de certains aperçus, il est du devoir de ceux qui cultivent la mé-

FEUILLETON.

Inspection des pharmacies, drogueries et épiceries.

De Cherbourg on nous communique, avec prière d'en dire notre avis, un article inséré dans le PHARE DE LA MANCHE du 16 juin dernier, et relatif à l'inspection des pharmacies et des maisons de droguerie et d'épicerie. Ce qui choque l'auteur anonyme de l'article, c'est : 1° que l'inspection puisse être confiée à des médecins ou pharmaciens de la localité, de telle sorte que certains pharmaciens soient placés sous leur propre contrôle; 2° que, «grâce au favoritisme préfectoral», les inspecteurs, dans une localité, restent toujours les mêmes, au lieu d'être soumis à un roulement ou à l'épreuve du concours; 3° que ces sortes de sinécures soient à la charge des inspectés; 4° enfin que des pharmaciens de deuxième classe puissent devenir les inspecteurs de pharmaciens de première classe. Quatre gros vices dans un tout petit coin de ces pauvres lois de ventôse et de germinal, percées en ce moment des mille flèches de la presse médicale et politique, et sur lesquelles est en train de se lever la massue de l'Assemblée nationale.

Il en est qui se montrent plus exigeants encore que le correspondant du PHARE, et qui mettent en doute la légitimité même de l'inspection. De quel droit, dit-on, une visite domiciliaire en l'absence de tout indice de contravention? A quel titre prétend-on instrumenter contre une intention présumée, quand la présomption même ne repose sur aucun fait apparent? Et si la société voulait se mettre en garde contre tous ceux à qui il peut prendre un jour envie de tuer ou d'empoisonner, ne faudrait-il pas forcer le domicile de tous les citoyens? Cette théorie n'est pas la nôtre. Le pharmacien, le droguiste, l'épicier, en tant que commerçants, sont simplement placés par la loi dans la même situation que l'éleveur, le boucher, le débitant des halles, le marchand de vin, le bou-

thode expérimentale de ne croire qu'aux faits et de résister au facile plaisir d'expliquer toutes choses avant que le temps ne soit venu.

J'ai insisté à dessein sur la différence capitale des ferments vivants et des ferments solubles. Cette division, peu importante au point de vue exclusivement spéculatif, puisque, en fin de compte, le ferment vivant ne peut que sécréter un ferment soluble, a au contraire une importance considérable au point de vue médical. Cette importance provient de ce que le ferment vivant, placé dans des circonstances favorables, se reproduit indéfiniment, tandis que le ferment soluble ou non vivant a une action limitée et proportionnelle à la quantité que l'on considère. Donnez à un expérimentateur un seul globule de *Torula cerevisiæ* vivant, et il pourra, après une certaine période de temps (j'allais dire d'incubation), en exporter une quantité considérable, et fabriquer autant d'alcool que vous lui fournirez de sucre. Donnez à un deuxième chimiste une certaine quantité de ferment soluble, de diastase par exemple, il pourra bien changer en sucre une certaine quantité d'amidon, mais cessera bientôt. Cette différence est capitale et montre combien il est important de pouvoir distinguer à coup sûr le ferment vivant des autres ferments. Tel est le problème qu'il s'agit de résoudre avec certitude. Le microscope à cet égard peut nous être d'un grand secours; sans lui, nous aurions ignoré à tout jamais l'existence de tout un monde que sa petitesse dérobe à nos regards. Est-ce à dire pour cela que là où il ne décèle plus rien il n'y ait rien réellement? Le croire serait s'exposer à une grande erreur. Et d'abord, à chaque perfectionnement nouveau de l'instrument, on fait des découvertes qui avaient échappé aux prédécesseurs. Le micrographe, sous ce rapport, se trouve dans la même position que l'astronome qui, à chaque perfectionnement de l'objectif, découvre des astres nouveaux. Où sera la limite de ces découvertes, et qui aura le dernier mot dans cette lutte de l'homme contre la nature avare de ses secrets? Nul ne saurait le dire; mais pour l'instant, tout démontre que nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir. La divisibilité des corps n'est certainement pas infinie, mais néanmoins sa grandeur effraye l'imagination. Il faut se rappeler que le micrographe le plus habile ne pourrait distinguer avec certitude les zoospermes de l'homme de celui du chien, malgré la différence immense qui sépare ces deux êtres, si petits, et qui, néanmoins placés dans des circonstances convenables, reproduiront non-seulement un être semblable à celui qui leur a donné naissance quant à l'espèce, mais encore lui légueront en héritage ses goûts, ses aptitudes intellectuelles et même morbides, ses instincts et jusqu'à l'analogie des moindres détails de structure.

On est forcé de conclure de tous ces faits incontestables, que malgré la perfection à laquelle il est arrivé, malgré les progrès qu'il réalise tous les jours, le microscope est un instrument grossier, qui ne nous fait voir que des objets d'un volume considérable, de véritables montagnes relativement aux dimensions des corps organisés dont l'intelligence nous révèle l'existence. Il faut déduire nécessairement de là qu'un liquide dans lequel il est absolument impossible de rien voir au microscope peut néanmoins renfermer des corps organisés qui nous échappent facilement par leur petitesse. Le moyen infaillible pour les reconnaître est de chercher à les faire multiplier en les mettant dans des circonstances favorables. Je considère comme parfaitement démontré que tout corps qui se reproduit et se multiplie est un être vivant, et par conséquent formé d'organes solides, puisqu'on ne saurait admettre la vie dans un liquide ou un gaz.

Il est certain que si le microscope n'était pas encore inventé, aujourd'hui, nous pourrions, néanmoins, en nous guidant sur les considérations qui précèdent, affirmer que le ferment de la bière est un être vivant et organisé. S'il existe, comme tout le porte à croire, des êtres qui échappent par leur taille à l'œil du micrographe, il faut que ces mêmes considérations nous en révèlent l'existence.

Il est facile de voir pourquoi il importe tant au médecin de savoir si les ferments qui peuvent infecter l'économie sont ou non vivants. Dans le premier cas, la question de quantité de matière inoculée est secondaire; l'empoisonnement aura toujours lieu. Il suffit d'inoculer un seul champignon du ferment pour qu'après une incubation convenable, employée à la reproduction, non-seulement le poison puisse se répandre dans l'économie du malade inoculé, mais encore envahir toute une contrée et ne s'éteindre que faute d'aliments. Dans le second, au contraire, la question quantité intervient. Il faut que la proportion de poison introduite soit suffisante; l'effet lui est proportionnel. Dans aucun cas la maladie ne sera contagieuse. Cette distinction est bien autrement importante, s'il s'agit, non plus de guérir, mais de prévenir le développement de la maladie.

---

langer; et ils ne sont pas plus mal traités, au point de vue professionnel, que le militaire, l'ingénieur civil, le receveur général, le garde-port, le membre de l'enseignement, même de l'enseignement privé, etc. Tous sont assujettis à l'inspection, les uns dans le but d'assurer la marche régulière et la bonne direction d'un service public, les autres en vue de sauvegarder la santé des citoyens. Or, il nous paraît difficile de contester à l'État le droit de prévention (car c'est le caractère préventif qui déplaît dans l'inspection) à l'égard de tout ordre de faits mettant en cause à chaque heure, à chaque minute, sur la totalité du territoire, les intérêts vitaux et permanents de la société. Il faut considérer d'ailleurs, en ce qui concerne les vendeurs de médicaments et de substances alimentaires, que, antérieurement à l'acte ostensible qui devrait seul, aux yeux de quelques-uns, motiver l'intervention d'un agent public en constituant le délit, à savoir, la vente d'un produit avarié ou mal préparé, il y a déjà *commencement d'exécution* du délit par le seul fait de la mise en vente de ce produit, laquelle ne pourrait jamais être constatée sans le système de l'inspectorat.

L'inspectorat est donc légitime; mais hâtons-nous d'ajouter que, sous sa forme actuelle, il est illusoire. En effet, la loi de germinal ne prescrit qu'*une* visite par an; de sorte que le commerçant improbe, quand il a une fois fermé sa porte sur les inspecteurs, peut reprendre en toute tranquillité ses petites habitudes pendant douze mois. Nous n'oublions pas l'épée de Damoclès suspendue sur la tête des suspects : la visite doit avoir lieu « une fois l'an *au moins* ». Cet *au moins* est une ressource; mais on va voir qu'il est de peu d'emploi. D'abord les suspects sont fort inférieurs en nombre aux délinquants, attendu que, même dans les grandes villes, et à plus forte raison dans les petites, le jour de la visite, préalablement fixé par le préfet de police à Paris, et ailleurs par le préfet des départements, est aisément connu des intéressés, qui se préviennent mutuellement et se hâtent, s'il y a lieu, de se mettre en règle. Nous en avons eu, pour notre part, maintes fois la preuve. Ensuite, ce n'est pas toujours chose facile que de

Au point où nous sommes arrivé, et si j'ai réussi à exposer avec clarté les principaux phénomènes de la fermentation, il ne serait pas difficile d'établir entre l'action des ferments insolubles ou solubles et certaines maladies un parallèle qui s'impose forcément à l'esprit.

Au ferment vivant correspondent toutes les maladies dans lesquelles la cause du mal se multiplie. Le terrain est l'organisme, l'incubation est le temps nécessaire à la multiplication, la diffusion des germes ne peut avoir lieu que lorsqu'ils se sont reproduits en grand nombre, quand, en un mot la récolte est mûre; l'expérience montre précisément que la contagion est à craindre, surtout aux dernières périodes de la maladie. Celle-ci à son début ne se transmet pas; on en voit facilement la raison. Quant à la cause première de toute l'évolution morbide, c'est un être vivant, organisé par conséquent, solide comme le ferment de la bière et insoluble. Il est tenu en suspension dans les liquides inoculables, et il est bien vrai que je ne puis le voir avec le microscope, mais ce résultat n'a rien qui puisse surprendre. C'est une affaire de taille; il se reproduit, cela me suffit pour que j'affirme son existence avec tout autant de certitude que s'il était accessible à ma vue. En ce moment, du reste, son insolubilité paraît démontrée par les remarquables recherches de M. Chauveau, qui tendent à prouver que lorsqu'on filtre un virus à travers un filtre assez fin, la partie active reste sur le filtre, et le liquide filtré est inerte.

Il paraît du reste que dans certaines maladies à ferments vivants, le ferment a une taille suffisante pour que le microscope nous permette de le voir. Telle serait la maladie appelée sang de rate, dont la cause serait une bactérie spécifique. J'ai souvent observé cette curieuse production, mais, d'après l'examen au microscope, on ne saurait rien préjuger sur sa spécificité, car elle ressemble aux bactéries qu'on rencontre dans toutes les infusions. C'est à la clinique de décider la question.

Peut-être semblera-t-il à quelque lecteur que finalement, dans tous ces travaux modernes, il n'y a rien d'entièrement nouveau, rien qui n'ait été dit par les anciens. Je demande la permission de faire remarquer qu'il y a loin d'une assertion lancée au hasard dans un écrit, et la même assertion démontrée d'une manière complète à l'aide d'expériences bien dirigées et logiques. Il est des auteurs qui ont passé leur vie à faire des hypothèses. Dans le nombre, il peut bien s'en trouver de justes, mais comment les distinguer des autres? Les preuves manquent. En réalité, le vrai savant est celui qui donne la preuve d'un fait, et non celui qui l'énonce au hasard. Tel est le caractère des expériences modernes que j'essaye de retracer en ce moment; elles substituent la certitude au doute et à l'hésitation. Je puis encore citer quelques faits qui trouveront une application naturelle à nos études médicales.

Comment les maladies à ferments vivants peuvent-elles pénétrer dans l'économie, et quelle est leur origine? La réponse n'est pas douteuse. M. Pasteur a démontré d'une façon complète, selon moi, que la génération spontanée était une erreur. Tout être vivant provient d'un être vivant semblable. Il ne saurait se créer spontanément dans l'état actuel de notre planète. Certes M. Pasteur n'est pas le premier à avoir énoncé ce fait : Spallanzani l'avait dit avant lui; toutefois, malgré l'assertion du grand naturaliste, la question n'était pas claire, et il y aurait eu imprudence à l'employer comme prémisse d'un raisonnement important. Aujourd'hui ce doute n'existe plus. Or, puisqu'il nous est démontré que dans les maladies virulentes la cause du mal est un être vivant, il est logique d'admettre que ce dernier rentre dans la loi générale, ne se crée point spontanément, mais provient, au contraire, d'un être semblable à lui, et est apporté du dehors. C'est une espèce qui pourra se transporter, s'acclimater là ou elle n'existait pas, et qu'on pourrait, à la rigueur, détruire partiellement, ou gêner dans ses migrations. Il n'y a pas lieu de se préoccuper de la difficulté que doit rencontrer l'élément solide et actif du virus pour pénétrer dans l'économie. On voit des êtres bien plus gros circuler facilement à travers nos tissus. D'ailleurs, il est le plus souvent facile de surprendre le moment de l'inoculation et son mécanisme. Pour la rougeole, la scarlatine et autres, c'est la pellicule épidermique qui voltige dans l'air et qui pénètre dans les poumons. Ceux-ci sont d'ailleurs les appareils les plus parfaits pour happer tous les corps innombrables de l'air. C'est la mouche imprégnée de sang charbonneux qui vient humer la sérosité qui s'échappe d'une petite plaie; c'est la lancette du chirurgien pour la vaccine. Ce doit être, quelquefois à son insu, le doigt ou l'instrument dont il se sert. M. Villemin, à qui revient l'honneur d'avoir démontré que la phthisie était une maladie contagieuse, croit qu'elle ne naît jamais spontanément, et qu'elle s'inocule le plus souvent par les crachats des malades qui tombent à terre, se dessèchent et se réduisent en poussières qui sont respirées

---

mettre en mouvement un jury d'inspection : il faut déranger à Paris et dans les grandes villes des professeurs de l'École de médecine, des professeurs de l'École de pharmacie; dans les autres départements il faut réunir et envoyer quelquefois assez loin des membres désignés des jurys médicaux et quatre pharmaciens, ou tout au moins (si l'on suit l'usage introduit dans certains départements par une circulaire ministérielle d'avril 1859) une *section* du jury, c'est-à-dire un médecin et deux pharmaciens. Ce n'est pas avec un rouage aussi compliqué qu'on peut opérer vite et souvent. A nos yeux, cette partie du service médical devrait être entièrement remaniée. Il n'est de surveillance utile que celle qui s'exerce très-fréquemment, sans préparation, à l'improviste, et nous avons sur ce point quelques vues particulières; mais on nous permettra de ne pas les développer aussi incidemment.

Tel qu'il est, l'inspectorat est-il passible des reproches que lui adresse le Phare de la Manche? Oui, sans contredit. Il est inadmissible, par exemple, que des pharmaciens soient contrôlés par des confrères de la localité : c'est jeter dans la profession des semences de discorde; c'est provoquer la jalousie et la haine; c'est donner à l'esprit de concurrence une nouvelle âpreté; c'est offrir une tentation à l'injustice. Et il est plus étrange encore que certains pharmaciens, devenus inspecteurs, se voient par cela même soustraits à l'inquisition qu'ils font sentir aux autres. Ce soin délicat du contrôle ne devrait être confié qu'à des savants actuellement étrangers à la pratique et n'y ayant aucun intérêt. Peut-être éprouverait-on quelque peine à en rencontrer en nombre suffisant loin des écoles de pharmacie; mais au lieu de voir dans cette difficulté la justification du mode actuel, nous n'y apercevons qu'une preuve nouvelle de son imperfection. Rien ne peut justifier une atteinte aussi directe à l'équité, aussi bien qu'à l'égalité professionnelle. Il importe peu que le préfet emprunte, comme il est dit dans un autre numéro du Phare (N° 47), aux commissions d'hygiène le personnel des inspecteurs; ce peut être une garantie de savoir, non une garantie d'indépendance mo-

dans l'air. Tous ces faits me paraissent certains, et leur importance est immense pour l'hygiène. Ce sont de pareils travaux qui font marcher la science. Si le mécanisme de la propagation de la phthisie est, en effet, celui qu'il a indiqué, il est probable qu'on pourra réduire de beaucoup ses ravages. C'est, dans tous les cas, une maladie à germes peu diffusibles; il y a entre ces derniers et les germes des fièvres exanthémateuses la différence qui existe entre une graine de chardon et celle d'une plante à graine non ailée. Cette dernière tombe directement à terre et ne peut voyager. Cette difficulté de diffusion a été la cause qui a retardé la découverte faite par M. Villemin, malgré les travaux considérables de ses prédécesseurs sur cette cruelle maladie. Selon toutes probabilités, elle rendra plus efficace les mesures qu'on prendra pour prévenir son extension, car ces beaux travaux et la certitude que l'affection ne peut naître spontanément indiquent d'une manière certaine la route à suivre pour limiter ses ravages.

Parmi les virus dans lesquels on peut apercevoir l'organisme dont le développement cause la maladie, il faut encore citer les corpuscules vibrants qui causent la pébrine des vers à soie, et le *Botrytis bassiana* qui attaque le même insecte. Il est certain que si les micrographes n'avaient pu voir ces corps organisés, ces maladies seraient encore rangées à côté des autres maladies contagieuses; et en cela on aurait eu parfaitement raison. En revanche, on aurait tort de nier cette parenté évidente, parce que l'être parasite qui produit la maladie est découvert. C'est malheureusement, cependant, une tendance assez générale, et qui s'oppose à ce que la véritable nature des maladies zymotiques se fasse jour. Que demain un observateur soit assez heureux pour voir l'organisme de la rougeole, et il semblera que la parenté de cette maladie avec la scarlatine sera détruite par ce fait.

La putréfaction et la fermentation, disait Kunckel, sont sœurs. Les découvertes modernes ont pleinement justifié l'assertion de ce grand chimiste. De son temps, c'était une hypothèse; aujourd'hui c'est un fait acquis. C'est à Appert que revient l'honneur d'avoir démontré que tous les tissus organiques renfermés avec précaution dans des vases clos se conservaient indéfiniment. L'explication de ce fait si curieux et si bien utilisé de nos jours a été complétement donnée par les expérimentateurs modernes; il est démontré aujourd'hui que le corps le plus susceptible de subir la fermentation putride, mis dans les circonstances les plus favorables, se conserve indéfiniment si l'on parvient à empêcher les germes solides que charrie l'air de pénétrer jusqu'à lui. Que si, au contraire, ces germes réussissent à s'introduire, c'est alors que les phénomènes putrides commencent. C'est l'être vivant qui décompose la matière organique, sans lui elle serait indestructible. Les êtres organisés qui sont les agents de la destruction paraissent appartenir tous au règne animal. Ce sont surtout des vibrions et des bactéries qu'on retrouve partout où un atome de matière organique se prête à leur développement. La fermentation putride est loin d'être un phénomène toujours identique; il est probable que, suivant l'espèce et la variété des animaux développés, elle varie dans son allure et ses produits. Les anatomistes apprennent malheureusement trop souvent que la piqûre du scalpel, le plus souvent inoffensive, produit dans d'autres cas semblables en apparence une affection mortelle. Les gourmets savent très-bien que le faisandage du gibier est loin d'être toujours le même : souvent il tourne mal et le parfum développé est fort différent.

Toutes ces découvertes ont parfaitement expliqué, depuis que la doctrine de la génération spontanée a été abandonnée, pourquoi la conserve d'Appert échappe à la fermentation, pourquoi il est nécessaire, non de chasser tout l'air de cette conserve, mais seulement de tuer, après fermeture, tous les germes qu'elle contient; pourquoi enfin, en laissant entrer dans cette conserve de l'air tamisé par un filtre un peu fin, l'altération ne se produit pas davantage.

Aussitôt qu'un liquide est excrété par l'économie et qu'il a le contact de l'air, la vie tend à s'y développer; il se peuple d'infusoires si les circonstances sont favorables, et ses propriétés changent. Son absorption ou son inoculation peut devenir source d'accidents au même titre que l'inoculation par piqûre anatomique, si le genre de fermentation putride qui se produit est de mauvaise nature. Les parties liquides de la suppuration qui se décompose sur une plaie peuvent renfermer des ferments solubles analogues, par exemple, au ferment soluble qui est sécrété au dehors par le *Torula* de la bière et qui transforme le sucre de canne en glycose. Telle est une des causes qui modifie l'aspect de la suppuration d'une plaie et qui explique le soin avec lequel le chirurgien cherche à s'assurer de sa bonne ou mauvaise nature. En général, on peut affirmer que tout liquide organique qui a subi le contact de l'air est par cela même plus dangereux s'il vient à être réabsorbé.

---

rale. C'est bien pis encore si, comme on le dit, le choix tombe quelquefois sur des pharmaciens de seconde classe, qui sont, on le sait, aux pharmaciens de première classe ce que les officiers de santé sont aux docteurs. Confier l'examen des substances médicamenteuses à des praticiens qui n'ont donné de leur compétence qu'un aussi modeste témoignage, c'est livrer le soin de la santé publique au hasard et l'honorable profession de pharmacien à l'humiliation.

Quant à la charge imposée aux inspectés de rémunérer les inspecteurs, elle a un très-grand inconvénient. La rémunération, fixée à 6 francs par visite pour un pharmacien et à 4 francs pour un droguiste ou un épicier, est loin de suffire aux dépenses de l'inspectorat ; et il est notoire que là où les départements se refusent à parfaire la somme nécessaire, les visites n'ont pas lieu, et l'exercice de la pharmacie est affranchi de tout contrôle, contrairement aux prescriptions formelles de la loi. Il doit d'ailleurs paraître assez étrange aux commerçants honnêtes, scrupuleux, qu'on leur fasse supporter les frais d'une suspicion légale qu'ils n'autorisent pas personnellement.

Enfin, si nous ne regardons pas le concours comme aisément applicable ni comme bien utile dans l'espèce, nous voudrions au moins que les fonctions d'inspecteur ne fussent pas monopolisées, mais qu'elles fussent, au contraire, accessibles à tous ceux qui en seraient dignes; — non, comme on le propose, par le roulement, qui ferait tomber en toutes mains des fonctions importantes, mais plutôt par l'élection. Rien ne serait plus aisé que de réunir les votes des pharmaciens d'un département, soit par lettre, soit au moyen d'une assemblée générale.

Nous le répétons, la question n'est envisagée ici que dans les termes où elle nous a été posée, toute réserve faite quant aux meilleurs moyens qu'on pourrait imaginer de mieux satisfaire au vœu de la loi et aux légitimes besoins de la sécurité publique.

Il est impossible que la lumière qui résulte de tous ces travaux n'éclaire pas l'hygiène et la thérapeutique. Pour l'hygiène, les conséquences découlent naturellement; il est clair qu'il faut soustraire l'homme sain à l'inoculation, et le problème sera d'autant plus facile que la maladie est moins diffusible. Tel est le cas de la phthisie.

Pour la thérapeutique, il faut s'enquérir de toutes les méthodes qui peuvent tuer les ferments, pour les appliquer lorsque la chose est possible.

Le plus sûr moyen de tuer un être organisé quelconque est de le chauffer au contact de l'eau. La température de 100 degrés paraît suffisante dans l'immense majorité des cas. Il suffit de passer l'instrument contaminé dans l'eau bouillante pendant quelques instants pour le rendre inoffensif. C'est à l'action du calorique qu'on doit la purification la plus énergique des linges à pansement. C'est encore elle qui rend inoffensive l'ingestion de viandes provenant d'animaux morts de maladies virulentes. C'est en définitive au calorique que le chirurgien demande la destruction du virus, lorsque ce dernier doit produire une maladie mortelle.

Dans les cas où le calorique n'est pas applicable, il est possible que l'emploi des corps qui arrêtent ou entravent la fermentation produisent de bons effets. C'est évidemment parmi eux qu'il est logique de rechercher des spécifiques.

Dr Coulier.

Les hôpitaux de Lille.

La Gazette hebdomadaire, dans son dernier numéro, à propos d'un vœu émis par le Conseil d'arrondissement de Rouen, formulait le désir que partout la nomination au concours des médecins et des chirurgiens des hôpitaux remplaçât la nomination purement administrative. Au nombre des grandes villes qui ont déjà adopté cette excellente mesure et qui méritent ainsi d'être proposées en exemple aux autres cités, il faut nommer Lille. L'administration des hôpitaux de cette ville adoptait, il y a un an, le principe du concours en motivant sa décision sur les arguments que nous ne pouvons mieux faire que de citer :

La Commission administrative des hôpitaux et hospices civils de la ville de Lille,

Considérant qu'il est de son devoir d'assurer aux malades confiés à sa charge les soins les plus intelligents et les plus dévoués, en désignant pour les services de médecine et de chirurgie des hôpitaux les praticiens les plus éminents et les plus capables;

Considérant que, bien qu'elle tienne de la loi de 1851 le droit exclusif de nomination, elle ne se reconnaît cependant pas la compétence nécessaire pour juger, en parfaite connaissance de cause, l'aptitude des candidats;

Considérant que le concours présente les plus sûres garanties pour apprécier le mérite des candidats ; et que l'expérience que plusieurs villes, comme Paris, Lyon, Marseille, etc., en ont faite a donné, depuis longtemps, les résultats les plus satisfaisants, tant au point de vue du traitement des malades qu'à celui de l'instruction pratique des médecins ;

Considérant enfin que le renouvellement fréquent des chefs de service entretient, dans le corps médical, une émulation salutaire en rendant les fonctions de médecin et de chirurgien des hôpitaux accessibles à un plus grand nombre ;

Arrête les dispositions suivantes :

Suit un règlement dont voici les principales dispositions :

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices civils de la ville de Lille seront désormais nommés au concours.

Le jury du concours sera composé ainsi qu'il suit :

1° Un membre de la Commission administrative, président ;

2° Six juges, désignés par l'administration. — Elle choisira quatre juges parmi les docteurs en médecine, attachés à ses établissements hospitaliers, et les professeurs titulaires de clinique de l'École de médecine ; deux juges parmi les docteurs en médecine étrangers à ses établissements.

L'administration désignera également deux suppléants pour remplacer les juges titulaires, en cas d'absence. L'un devra appartenir aux établissements hospitaliers, et leur être étranger.

Les juges, médecins et chirurgiens, poseront les questions et jugeront seuls la valeur des épreuves.

Les épreuves du concours seront :

1° Une composition écrite ;

2° Une épreuve de clinique orale (sur deux malades);

3° Une consultation écrite ;

4° Une épreuve de médecine opératoire (épreuve imposée seulement aux concurrents pour des places de chirurgien).

Les médecins et chirurgiens, nommés au concours, auront le titre de médecins et chirurgiens adjoints des hôpitaux. Ils auront le droit exclusif de suppléer les médecins et chirurgiens titulaires, en cas d'absence. De plus, ils seront à la disposition de l'administration, qui leur confiera exclusivement toutes les missions temporaires ou définitives qu'elle croira devoir établir pour le service des malades.

Les médecins et chirurgiens adjoints seront, à l'exclusion de tous autres, désignés pour les places de médecins et chirurgiens titulaires vacantes, conformément à leur rang d'ancienneté et de nomination.

Les fonctions de médecins et chirurgiens titulaires seront conférées pour dix ans ; elles pourront être prolongées pendant cinq ans, mais jamais plus.

Nous ne sommes pas entré dans les détails de ce règlement, où l'on trouverait peut-être quelques modifications légères à introduire; mais ces améliorations peuvent être réalisées plus tard, et il faut reconnaître que, dès à présent et prise dans son ensemble, l'œuvre de l'administration hospitalière de Lille est empreinte d'un esprit de bon sens et de sage libéralisme. Nous l'en félicitons hautement; car nous savons tout ce qu'il faut de hauteur de vues et de générosité de sentiments pour se démettre, même dans l'intérêt public, de la moindre parcelle d'autorité.

Nous sommes convaincus qu'en accordant une légitime satisfaction aux vœux de tous les hommes compétents par l'adoption du principe du concours, l'administration lilloise n'a pas seulement favorisé les jeunes médecins intelligents et instruits auxquels elle ouvre largement les portes de ses hôpitaux; elle a encore travaillé dans son intérêt bien entendu, et elle n'aura, nous n'en doutons pas, qu'à se féliciter de la réglementation qu'elle vient d'inaugurer. Nous désirerions vivement voir ces dispositions adoptées dans toutes les villes où la population médicale permet le fonctionnement matériel du concours.

Le règlement que nous venons de reproduire n'est pas resté lettre morte; il a été mis à exécution à la fin de l'année dernière. Le concours a eu pour résultat la nomination de MM. Paquet et Folet, chirurgiens-adjoints, et de MM. Hallez et Castelain, médecins-adjoints.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

De la thoracocentèse dans les épanchements pleuraux anciens, extrait de leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu par le docteur Noël Gueneau de Mussy.

On admet généralement que dans les épanchements purulents de la plèvre la thoracocentèse est souvent inefficace, et que l'ancienneté de l'épanchement est une contre-indication

à cette opération. Dans ces conditions, en effet, le poumon est habituellement enveloppé de fausses membranes nombreuses, résistantes, qui s'opposent à son expansion; l'évacuation complète du liquide peut être impossible; la ponction ne procure qu'un soulagement très-incomplet. Le plus souvent l'épanchement ne tarde pas à se reproduire, quelquefois avec des phénomènes généraux alarmants. En outre, si le cœur est déplacé, fixé par des adhérences dans une situation anomale, si son tissu, ce qui n'est pas rare, a subi le retentissement du travail morbide développé dans la plèvre, la soustraction brusque d'une quantité considérable du liquide épanché peut provoquer des troubles circulatoires qui ne seraient peut-être pas sans importance.

Ce dernier inconvénient, qui est peu sérieux, se retrouvera dans toutes les opérations qui auront pour objet d'évacuer le liquide purulent; il suffit, pour y obvier, de ne pas extraire en une fois une trop grande quantité de liquide. D'ailleurs, l'examen attentif des modifications qui surviennent dans la respiration et dans la circulation, les sensations perçues par le malade, la tension intra-thoracique mesurée par la vitesse de l'écoulement, permettent de régler avec précision les limites dans lesquelles on doit se renfermer.

Ces considérations, dans beaucoup de cas de pleurésie purulente, font préférer l'opération dite de l'empyème, ou stéthotomie, à la thoracocentèse. Celle-ci peut, cependant, intervenir quelquefois utilement dans les circonstances qui semblent les moins favorables; les observations suivantes nous montreront des malades chez lesquels la ponction du thorax a amené chez l'un une guérison apparente, chez l'autre une amélioration considérable et qu'on n'aurait pas pu demander à l'opération de l'empyème.

Obs. I. — *Thoracocentèse pratiquée dans un cas d'épanchement pleurétique datant de quinze années; amélioration considérable.* — Le malade était un général russe, âgé de cinquante ans; il était fort, bien constitué, et son apparence extérieure, quoique altérée par l'âge et la maladie, témoignait de cette vigueur originelle. Il avait longtemps fait la guerre du Caucase, où il s'était signalé par des actions d'éclat; une fois, entre autres, il s'était trouvé enfermé avec une poignée d'hommes dans un fort ennemi, entouré d'une troupe nombreuse qu'il avait tenue en respect et à travers laquelle il s'était frayé un passage l'épée à la main. Ce fut à la suite de cette aventure, qui rappelle les hauts faits d'Alexandre et de Bayard, qu'il fut atteint de pleurésie du côté gauche, quinze ans environ avant qu'il vînt me consulter. Mal soigné, ou plutôt manquant de tout soin, il traîna pendant plusieurs semaines son mal à travers ces contrées sauvages, se couchant quand la violence de la fièvre l'exigeait, bravant, dès qu'il pouvait se relever, les fatigues et les intempéries du climat; ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois qu'il lui fut possible de réclamer des conseils éclairés; alors seulement il apprit la nature de sa maladie, qui avait été méconnue jusque-là. On le soumit au repos, à l'emploi des révulsifs extérieurs et de différentes médications internes qu'il ne peut indiquer. Ce traitement resta inefficace : le côté malade avait acquis des dimensions énormes; le cœur était repoussé en dehors du mamelon droit; le malade souffrait d'une dyspnée habituelle qui s'exaspérait par intervalles et le forçait à s'arrêter. A partir de ce moment, et à part ces repos obligatoires que lui imposait la maladie, la vie du général D... devint une odyssée médicale : allant de médecin en médecin, de climat en climat pour chercher un soulagement que les moyens médicaux ne lui procuraient que très-imparfaitement. La question de l'intervention chirurgicale avait été bien souvent posée, mais résolue contradictoirement. Quelques médecins lui avaient parlé de l'opportunité d'une opération, mais le plus grand nombre y avaient vu un danger immédiat et avaient porté sur ses conséquences le plus funeste pronostic. Le malade qui, comme la plupart de ses compatriotes, était polyglotte, avait plusieurs fois entendu ces opinions discutées devant lui par des médecins qui ne croyaient pas être compris de lui en parlant leur langue.

Au printemps de 1868, ce malade me fut adressé par mon ami le docteur Pupior, qu'il avait consulté en traversant Lyon. Son état s'était beaucoup aggravé : la dyspnée était continue et s'exaspérait d'une manière inquiétante au moindre mouvement; il ne pouvait garder la position horizontale; les lèvres étaient livides, et les régions circum-malléolaires étaient œdématiées. Une matité absolue occupait tout le côté gauche de la poitrine et la région sous-sternale; on entendait près du rachis un bruit inspirateur sourd et rude; partout ailleurs silence complet. Le cœur était déplacé; sa pointe, repoussée en dehors du mamelon droit, avait décrit un mouvement de rotation autour de sa base; de telle sorte que, suivant la judicieuse remarque du docteur Mattei, le cœur dans ce cas ne subit pas un simple mouvement de propulsion, qui le repousserait en masse, mais il pivote autour de son point fixe, constitué par l'aorte et par les vaisseaux pulmonaires. Sa pointe est toujours excentrique par rapport à la base. Cet organe offre évidemment un volume exagéré. L'impulsion est énergique et un bruit de souffle au deuxième temps vers l'orifice de l'aorte accuse une insuffisance des valvules sigmoïdes; le pouls, large, rebondissant et brusquement affaissé après une ample et brusque diastole, témoigne de la même lésion. Les fonctions digestives, moins entamées que les fonctions circulatoires et respiratoires, ont ressenti cependant le contre-coup de ces désordres importants, et l'appétit est languissant. Le malade est las de l'existence, des intérêts importants l'appellent en Russie, et il est hors d'état de continuer le voyage. Dans ces conditions, voyant les premiers symptômes d'une asphyxie lente, les progrès de la dyspnée, craignant que, si l'on ne cherchait pas à diminuer la gêne de la respiration, une syncope favorisée par la lésion du cœur n'amenât un arrêt définitif de la circulation, constatant que le refoulement du médiastin et du cœur et que la pression croissante exercée sur cet organe restreignait et menaçait d'une gêne de plus en plus grande l'expansion du poumon droit, je proposai la thoracocentèse à laquelle le malade n'objecta autre chose que la sentence funeste prononcée par plusieurs médecins allemands contre cette opération.

Je réclamai alors l'appui de mes amis les docteurs Barth et Trousseau, qui, après quelques objections adoptèrent tous deux cette proposition, et M. Barth voulut bien m'assister dans l'opération. Elle fut pratiquée dès le surlendemain avec l'instrument de Reybare, et je retirai une première fois 1800 à 1900 grammes d'un liquide puriforme, jaune, opaque, homogène, sans odeur. Les suites de l'opération furent des plus simples; je maintins le malade au lit pendant plusieurs jours; il avait éprouvé presque immédiatement un soulagement considérable. La voussure thoracique faisait un relief moins prononcé en arrière; la matité était moins généralisée et moins absolue; près du rachis surtout la sonorité avait reparu, et l'on entendait dans une assez grande étendue un bruit respiratoire profond, rude et obscur; le cœur restait fixé à droite, mais sa pointe était moins en dehors. L'aspect de la physionomie était infiniment meilleur, le malade avait retrouvé le sommeil et l'appétit.

Je n'avais pas voulu retirer en une seule fois une plus grande quantité du liquide, convaincu que les organes refoulés par l'épanchement étaient fixés dans leur position nouvelle par des adhérences trop anciennes et trop solides pour qu'il fût permis d'espérer leur voir reprendre leur situation normale. Je craignais pour ce cœur sérieusement lésé la secousse d'un brusque changement dans la pression intra-thoracique, et j'aimais mieux pratiquer des ponctions successives en observant leurs effets, et prévoyant par là ce que je pouvais en attendre.

Le liquide retiré de la cavité pleurale, examiné au microscope, ne renfermait pas un seul leucocyte; c'était une émulsion de matière grasse.

La dyspnée avait considérablement diminué, et le malade pouvait faire quelques promenades; au bout de quinze jours, quand je crus complétement effacée l'incitation qui avait pu être produite dans la plèvre par la première ponction, et qui ne s'était révélée d'ailleurs par aucun symptôme, j'en pratiquai une seconde qui fit couler environ 1700 grammes de liquide identique avec le premier et aussi inodore. J'arrêtai l'écoulement quand je vis qu'il devenait faible, intermittent, et que la tension intrapleurale était considérablement affaiblie. Les suites de cette opération furent aussi simples que la première fois, et trois semaines après j'y revins de nouveau pour tirer à peu près la même quantité de liquide. L'amélioration fonctionnelle s'accentua davantage sans que les signes physiques fussent considérablement modifiés, excepté en ce qui concernait la voussure. Celle-ci avait disparu, et le côté gauche, au lieu de présenter une dilatation insolite, était un peu affaissé. Mon intention était de répéter encore cette opération. J'avais fait faire au malade une gymnastique respiratoire à laquelle j'ai toujours recours après les épanchements de longue durée, et qui consiste à faire plusieurs fois par jour une série d'inspirations aussi profondes que possible. Le malade se trouva tellement soulagé qu'il voulut retourner en Russie, où quelques mois après je sus qu'il jouissait d'une santé passable. Depuis lors j'ai perdu sa trace.

Je ne connais pas d'autre exemple de thoracocentèse pratiquée pour un épanchement aussi ancien; quand j'aurai rapporté ma seconde observation, je reviendrai sur quelques-unes des particularités contenues dans celle-ci, et sur les conséquences qu'on en peut tirer.

On ne peut contester que ce malade ne doive à la thoracocentèse d'avoir échappé à une mort prochaine, et d'avoir

passé d'un état d'asphyxie imminente à une situation qui lui a permis de reprendre une vie active et d'entreprendre des voyages lointains.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE CLINIQUE.

NOTES CHIRURGICALES : ABCÈS DE LA FOSSE ISCHIO-RECTALE. — CHUTE DU RECTUM. — HÉMORRHOÏDES INTERNES. — FISSURE ANALE, par le docteur LAROYENNE, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

Sur les abcès de la fosse ischio-rectale avec ou sans perforation appréciable de l'intestin; leur traitement par les incisions multiples et étendues, sans intéresser le rectum.

Les collections purulentes de la fosse ischio-rectale se présentent sous des formes différentes, les unes à marche rapide ont reçu la dénomination d'abcès gangréneux; les autres, à marche lente, sont circonscrites et entrecoupées par des tissus et des brides indurés. Entre ces deux extrêmes se rencontrent toutes les formes intermédiaires avec un fonds commun caractérisé par l'extension de la maladie à toute ou presque toute l'étendue d'une fosse ischio-rectale, quelquefois même aux deux en même temps. Ces abcès se compliquent aussi forcément d'une dénudation du rectum qui ne présente pas toujours de perforation au moins apparente. Cet intestin constitue donc une des parois de l'abcès sans qu'on puisse avec certitude assigner toujours à son développement une origine intestinale.

Si l'on cherche par la lecture des auteurs à s'éclairer sur le traitement qui convient à ces abcès dépourvus de fistule appréciable de l'intestin, on est bien vite convaincu de leurs dissentiments et de leur indécision à son égard. D'après quelques-uns, ce traitement se résume dans la nécessité de les ouvrir de bonne heure et largement pour empêcher de se produire, soit des décollements, soit la perforation du rectum, si elle n'existe déjà, et d'attendre d'y être contraint avant de débrider ce dernier. M. Chassaignac considère comme indispensable de diriger une des incisions vers l'orifice anal. D'autres, les assimilant complétement aux fistules anales ordinaires, jugent comme presque inutile de rappeler que c'est le traitement habituel de celles-ci qui doit leur être appliqué. Cependant si une ouverture est constatée à travers la paroi intestinale, s'il s'agit, en un mot, d'une fistule rectale complète ou qui le deviendra par le fait de l'incision cutanée, l'accord s'établit, et il est admis aujourd'hui comme indispensable de recourir alors à l'opération de la fistule, en usant toutefois de certaines précautions commandées par l'étendue du décollement de l'intestin. Ainsi, l'écraseur linéaire, l'entérotome de Dupuytren, permettront de sectionner le rectum à une grande hauteur, si sa dénudation l'exige; et, grâce à l'intervention de ces instruments, il sera possible de prévenir une hémorrhagie, dans ces conditions difficile à arrêter, ainsi que le développement d'une péritonite qu'une section rapide du péritoine provoquerait presque infailliblement.

En effet, par cette conduite à la fois rationnelle et prudente, sans négliger les incisions que l'étendue de l'abcès fait rendre nécessaires sur d'autres points, on peut venir à bout de cette affection. Mais cette section du rectum remontant à une grande hauteur, si lente qu'elle soit, comporte certains dangers immédiats que M. Gosselin voudrait ajourner ou éviter s'il est possible. Dans cette espérance, ce chirurgien propose, pour toutes les fistules à décollement rectal supérieur étendu (sans viser spécialement celles que nous avons en vue), contrairement à la pratique suivie par Gerdy, Richet, Verneuil, de ne diviser l'intestin qu'à partir de son orifice fistuleux, de respecter la portion décollée au-dessus de lui, qui touche au péritoine, et de recourir à l'entérotome seulement après un certain temps, si l'on constate l'insuffisance de la première opération.

Quel que soit celui de ces avis qui prévaille, les malades seront tourmentés pendant le cours du traitement par une incontinence fécale qui persistera chez quelques-uns, sinon chez tous, après la cicatrisation de la plaie. Ainsi, qu'on y réfléchisse! Un certain nombre d'entre eux, une fois guéris, seront dans l'impuissance de retenir les gaz, et les selles peu consistantes. M. Gosselin, dans son article du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES mentionne cet accident à la suite des opérations de fistules anales dont l'ouverture supérierre nécessite la section complète du sphincter, et il pense que peut-être cette incontinence va s'affaiblissant avec le temps. En effet, ce retour du sphincter à un fonctionnement régulier n'a rien de surprenant, si son incision, tout en comprenant toute son épaisseur, s'étend d'un abcès superficiel ou peu éloigné de l'orifice anal pour aboutir à l'ampoule dans sa portion qui confine à l'anneau sphinctérien. Seulement, il n'en est plus de même pour l'abcès ischio-rectal, profond de sa nature, et qui exigera un débridement s'étendant de 8 à 10 centimètres de l'anus à une partie élevée de l'intestin. Le tissu de cicatrice qui lui succède se rétracte proportionnellement à l'étendue et à la profondeur des incisions, et la brèche faite au constricteur demeure irréparable; pour toujours il persistera, avec toutes ses conséquences, chez certains opérés, une rigole cicatricielle qui interrompra sa continuité. C'est l'observation d'une semblable lésion chez un malade qui avait été soumis à l'opération classique pour une de ces fistules avec abcès ischio-rectal qui m'a déterminé à abandonner les errements de la pratique.

A tous ces abcès compliqués ou non d'une perforation de l'intestin, nous avons fait subir le même traitement, qui peut se formuler ainsi : les ouvrir largement ainsi que toutes leurs ramifications; détruire avec les doigts et les ciseaux les brides qui se trouvent dans le foyer; fouiller toutes les cavités et arrière-cavités, pour empêcher le pus d'y stagner et de se répandre dans les parties voisines. Elles seront alors en état de recevoir les bourdonnets de charpie destinés à produire le travail de granulation à leur surface et à l'exciter jusqu'à ce qu'on ait obtenu leur complète cicatrisation. Ne pas s'inquiéter autrement ni des décollements du rectum, ni de sa perforation; s'abstenir, en oubliant ce qui nous est enseigné à cet égard, de toute opération de fistule rectale, conséquemment de toute incision du sphincter.

Les malades soumis à ce mode de traitement guérissent de leurs abcès et de leurs fistules en conservant l'intégrité des fonctions d'exonération intestinale. Mais voulût-on suivre la méthode thérapeutique que je voudrais voir proscrire, la considérant comme un aggravement du mode opératoire précité et de ses suites immédiates et éloignées, qu'on ne serait en aucun cas, je le répète, dispensé d'agir autrement que je viens de le rappeler contre les décollements fessiers ou périnéaux périphériques.

Un premier pansement au perchlorure de fer met à l'abri de l'hémorrhagie en nappe et modifie heureusement les tissus indurés. Si cette induration paraît sur quelques points de nature à résister à l'action de ce liquide, on y applique pendant une heure ou deux des lamelles de pâte de chlorure de zinc, en ayant soin avec de la charpie de préserver de ses atteintes la surface extérieure du rectum. Les pansements successifs se font à ciel ouvert, grâce à l'étendue et à la multiplicité des incisions que l'on a dû pratiquer; et l'on peut suivre la cicatrisation graduelle du foyer qui n'est pas complète d'ordinaire avant trois mois. Après ce temps, il persiste des cicatrices convergeant vers le centre de la région ischio-rectale fortement déprimée; et quelquefois, en ce point, une dépression, une lacune cicatricielle très-étroite, qui permet au stylet de péné-

trer, seulement directement en haut, à une profondeur de 5 à 6 millimètres, témoigne, sans présenter aucun inconvénient, des obstacles à la réparation des tissus dans cette région.

Ce traitement ne saurait convenir aux fistules anales et rectales, que l'on observe journellement, constituées, comme on sait, par un ou plusieurs *trajets* plus ou moins *canaliculés :* elles méritent d'être traitées à l'ordinaire. Tandis que celles qui nous occupent, je veux dire celles de la fosse ischio-rectale présentent une tout autre disposition. Leur caractéristique est de ne pas offrir de trajet fistuleux à proprement parler, mais bien une perforation intestinale s'ouvrant directement dans une vaste cavité qu'il est facile de faire communiquer largement avec l'extérieur, et dont la cicatrisation, malgré des conditions anatomiques désavantageuses, que je n'ai pas à rappeler, s'obtiendra avec le temps et sera définitive, contrairement à l'opinion qui a cours. Cette cicatrisation entraînera avec elle celle de l'ouverture intestinale pathologique. On a du reste, dans d'autres circonstances, l'occasion de constater avec quelle facilité relative s'obtient l'occlusion de ces fistules, de ces perforations de la paroi rectale. Ainsi, qu'arrive-t-il lorsqu'on incise une fistule anale ou rectale sans abcès ischio-rectal proprement dit, complète ou borgne interne, dont l'orifice interne a été constaté avec certitude et qui est demeuré introuvable au moment de l'opération? L'intestin décollé est perforé intentionnellement par le chirurgien avec la sonde cannelée, et la guérison s'obtient comme s'il n'y avait pas eu d'ouverture préexistante à l'opération que celle-ci pourtant a laissée intacte.

Nous avons soumis à ce traitement simplifié six malades atteints d'abcès de la fosse ischio-rectale, parmi lesquels trois seulement présentaient une communication facile à découvrir entre l'intestin et le foyer de l'abcès. Tous ont guéri sans accident et sans qu'il ait été nécessaire de recourir à aucune intervention complémentaire. Une de nos opérées était en pleine éclosion d'accidents secondaires syphilitiques; une seconde, exempte de semblables accidents, avait mis au monde deux mois auparavant un enfant atteint d'une syphilis congénitale que nous avons pu constater. Relativement aux quatre autres, on ne saurait invoquer aucune cause prédisposante ou occasionnelle de son affection. Le plus âgé avait quarante-cinq ans.

Nous ne sommes pas en mesure de dire ce qu'il adviendrait d'un abcès ischio-rectal compliqué d'une vaste perte de substance de la paroi rectale. S'oblitérerait-elle comme les fistules de petite ou de moyenne dimension qui viennent de nous occuper? ou bien faudrait-il, pour atteindre ce but, s'abstenir de toute tentative innovatrice et fendre complétement le sphincter et l'intestin que nous supposons, sans l'avoir observé, aussi largement endommagé? Si, ce que nous sommes tout disposé à admettre, cette dernière hypothèse est la vraie, le mode thérapeutique que nous avons précédemment recommandé pour combattre une telle affection ne compromettrait nullement le résultat d'une intervention ultérieure. Celle-ci viendrait compléter la première opération, ou, si l'on veut, le premier temps d'une opération à laquelle on aurait eu recours sans certitude d'un succès complet et dont les suites auraient démontré l'insuffisance.

Chute du rectum traitée par la ligature caustique.

Les chutes du rectum, qui atteignent en longueur des dimensions considérables, sont évidemment le fait du renversement complet de toutes ses tuniques. L'apparition à l'extérieur d'une tumeur faisant saillie dans une étendue de 10 ou 20 centimètres, comme celle de l'observation que nous allons relater, ne saurait tenir à la simple chute de la muqueuse :

Observation. — Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, bien constitué et bien portant, qui, depuis six mois, lorsque nous l'avons vu pour la première fois, présentait une invagination du rectum des plus étendues. Sa forme était celle d'un cylindre renflé vers son milieu, ou mieux d'un ovoïde allongé; son grand diamètre était de 20 centimètres, le transversal de 9 à 10. Elle était assez facilement réductible, mais elle se reproduisait à tout instant, en déterminant presque toujours l'expulsion de quelques matières fécales ou glaireuses. Le cathétérisme démontrait que la vessie avait conservé dans le bassin sa position à peu près normale.

Assisté du docteur Perroud, médecin de l'Hôtel-Dieu, nous pratiquâmes, à deux mois d'intervalle, sur la muqueuse des cautérisations longitudinales et circulaires, avec le fer rouge et la pâte de Vienne. Les mêmes accidents reparurent au bout de très-peu de jours, et le seul résultat, bien insignifiant, de notre intervention fut de diminuer de quelques centimètres en longueur et en largeur le volume de la tumeur.

C'est après ce double insuccès que nous décidâmes avec notre collègue, de la sectionner complétement au niveau de l'orifice anal. En ce point, nous le traversâmes de part en part, avec un trocart de gros calibre, et il nous fut facile d'étreindre ses deux moitiés, chacune dans une anse caustique, constituée par une bandelette de pâte de chlorure de zinc, étalée et assujettie solidement sur un ruban de fil de 5 à 6 millimètres de largeur. Ces ligatures ainsi préparées purent facilement être nouées et serrées avec force, et huit jours après leur application l'élimination de la partie procidente s'effectua sans avoir déterminé aucune hémorrhagie, ni aucun accident inflammatoire inquiétant. Seule la miction fut le premier jour un peu difficile, mais elle put s'opérer cependant sans le secours de la sonde. Le pédicule fut réduit, et nulle portion d'intestin depuis cette époque — et il y a de cela trois ans — n'est apparue à l'extérieur. Mais, comme il fallait s'y attendre, il se forma un rétrécissement situé à 2 centimètres au-dessus du sphincter, si bien que trois mois après l'opération le petit doigt seul pouvait franchir son orifice. Deux de nos collègues furent appelés successivement à donner des soins à ce malade. M. Delore dilata son rétrécissement, et sa dilatation s'est parfaitement maintenue. M. Ollier chercha comme nous, et aussi vainement, par divers moyens, notamment par les douches froides ascendantes, les topiques et les lavements astringents, à remédier à des troubles persistants, véritable infirmité sur laquelle nous désirons tout spécialement attirer l'attention. Elle consiste dans des besoins fréquents d'aller à la selle, cinq ou six fois dans une matinée, — besoins impérieux suivis, s'ils ne sont aussitôt satisfaits, d'une incontinence fécale. Le sphincter, j'ai omis de le rappeler, paraît avoir une tonicité à peu près normale, et pourtant elle est insuffisante pour retenir les matières, souvent en très-petite quantité, qui se trouvent au-dessus de lui. Tels sont les traits principaux de cette observation, dans laquelle on voit des troubles fonctionnels persister, alors que le résultat opératoire semble être aussi parfait que possible. Il n'existe pas de trace du rétrécissement, ni aucun indice de l'ablation qui a été pratiquée. Aussi est-il difficile d'expliquer les accidents fonctionnels précités, à moins de les rattacher exclusivement à l'étendue de la portion d'intestin qui a été retranchée; et l'on ne voit pas, le cas échéant, quelle conduite on devrait tenir pour les éviter. Pourtant, après avoir échoué, à la suite de nos cautérisations portant sur la muqueuse, dans nos tentatives pour maintenir le rectum dans sa position normale et l'empêcher de s'invaginer, il fallait bien le détruire. Les différents procédés employés à cet effet ont pour objectif d'éviter l'hémorrhagie, la péritonite, l'infection purulente et un rétrécissement consécutif par trop résistant. Avec la ligature extemporanée ou l'écrasement linéaire; ce dernier accident paraît avoir moins de chances de se produire; l'anneau cicatriciel, résultat de cette section, sera plus linéaire que celui de la cautérisation, surtout celle obtenue à l'aide de caustiques. Mais par contre le développement d'une péritonite nous paraît plus à redouter. Je ne voudrais pas insister sur la ligature à demeure, qui paraît aujourd'hui délaissée; cependant j'ai vu M. Nélaton, il y a sept ou huit ans, la pratiquer pour une tumeur semblable à celle que nous avons opérée, mais un peu moins volumineuse. Il chercha à déterminer sa chute, au moyen de fils solides qui entouraient sa base en la divisant en plusieurs segments. Le malade, qui était un jeune homme de vingt ans, succomba très-rapidement.

Quel jugement faut-il porter sur la cautérisation? Celle pratiquée avec le fer rouge doit nécessiter l'application d'un grand nombre de cautères pour obtenir la séparation de l'intestin procident, car ses tuniques ont une épaisseur qui n'est pas à comparer avec celle d'un intestin normal, et alors le contact réitéré du calorique ne met peut-être pas suffisamment à l'abri de la péritonite. C'est pour faire taire ces appréhensions que nous avons eu recours dans ce cas à la ligature caustique. Celle-ci n'a, je le répète, qu'un inconvénient, celui de déterminer la formation d'un rétrécissement constitué par un tissu inodulaire très-épais, mais qui pourtant se résorbe

avec le temps et se laisse dilater. Aussi, chez notre malade, n'a-t-il été pour rien dans la permanence des troubles apportés aux fonctions de la défécation. La double ligature caustique appliquée séparément sur chaque moitié du pédicule de l'intestin renversé, tout en conservant à ce dernier, pendant la durée de son application, la perméabilité de son conduit, paraît offrir une innocuité relative. L'hémorrhagie, la péritonite diffuse, l'infection purulente, sont autant de complications, selon nous plus faciles à prévenir par son emploi que par celui d'un autre procédé; et, en énonçant cette opinion, nous ne faisons qu'un acte d'adhésion à une tradition de nos hôpitaux.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Théorie du diabète.

Messieurs,

Un journal médical de la localité ayant, dans des termes remplis d'une réserve d'ailleurs bienveillante, tronqué la physionomie véritable d'une théorie nouvelle que je viens d'émettre sur le diabète, je vous prie de vouloir bien publier l'exposé succinct mais exact de cette théorie, que le BORDEAUX MÉDICAL a involontairement dénaturée en n'en faisant connaître que la partie chimique, laquelle n'a de sens qu'autant qu'elle fait suite à la partie physiologique, dont elle dépend.

Bordeaux, le 14 juillet 1872.

Dr A. DE FLEURY.

Nous définissons le diabète une maladie constitutionnelle due à une lésion des centres nerveux, et produisant dans les fonctions d'assimilation et de digestion un trouble tel, que le diabétique est condamné à la fois à ne pouvoir détruire dans l'organisme suffisamment de sucre et à en produire constamment un excès.

L'*impuissance à détruire assez de sucre* est due, dans notre théorie, à la lésion des centres nerveux, lésion consistant en une parésie des vaso-moteurs, à la suite de laquelle les capillaires sanguins sont dilatés outre mesure et relâchés. Toute paralysie ou section de filets nerveux dépendants du système sympathique et aboutissant à un organe de nutrition important; de même que toute excitation anormale et persistante des fibres sensitives, dévolues aux vaisseaux sous la dépendance du système cérébro-spinal, produit ce relâchement des capillaires, lequel est la résultante immédiate d'un défaut d'action suffisante des *toniques vaso-moteurs*.

La conséquence de cette parésie est une modification dans les propriétés physico-chimiques du sang, lequel, par suite d'une circulation trop rapide, trop facile, par défaut de pression normale dans les tubes capillaires, ne passe pas suffisamment de l'état rosé et oxygéné, dit *sang artériel*, à l'état de liquide bruni et chargé d'acide carbonique, dit *sang veineux*. Dans cette condition, le conflit normal entre l'oxygène et le carbone, conflit nécessaire à l'oxydation des globules, ne se fait plus régulièrement, et le sang arrive aux derniers ramuscules vasculaires, aux appareils sécréteurs des glandes, anormalement surchargé d'*eau oxygénée*.

Dans le mémoire destiné à développer cliniquement et expérimentalement ma théorie, je reproduis les beaux travaux de Schaünbein (de Bâle) et de Meissner (de Gœttingue) touchant la polarisation (sous l'action catalytique de l'électricité, de la fibrine battue, des globules sanguins, etc.) de l'oxygène neutre en antozone ou atmizone +, et en ozone —. Je m'applique à démontrer que si dans l'état normal l'excès d'oxygène que nous n'exhalons pas après l'avoir inspiré (expériences de Régnaud, Keysel, Doyère, etc.) ne se retrouve pas dans le sang sous forme d'eau oxygénée, HO^2, cela tient à ce que chez l'homme en santé cet excès d'oxygène est sans cesse catalysé au contact des globules, l'antozone allant faire de la nouvelle eau avec le sang, tandis que l'ozone se fixe aux globules qu'il oxyde et dispose aux métamorphoses plasmiques subséquentes. Or, c'est précisément cette catalyse incessante de l'HO^2 par polarisation des éléments opposés de l'oxygène, qui ne se ferait pas chez le diabétique par suite de la lésion nerveuse entraînant une parésie des vaso-moteurs.

Toutes les affirmations physiologiques de cette première partie de notre étude reposent sur des données expérimentales empruntées aux admirables leçons de Cl. Bernard à la Faculté des sciences de Paris (Cours de physiologie générale, 1861-1865).

Notre seconde donnée — la nécessité dans laquelle se trouve le diabétique de produire sans cesse un excès de sucre, — constitue tout particulièrement la partie chimique de cette théorie. Elle est absolument dépendante de la donnée physiologique.

On comprend en effet maintenant comment un sang qui, faute de tonalité vasculaire suffisante, par suite d'une parésie vaso-motrice due à une lésion des centres nerveux, lésion dont les travaux récents de du Bois-Reymond et de Matteucci sur l'électrotone peuvent indiquer la nature, on comprend, dis-je, comment ce sang des diabétiques qui arrive aux sécrétions des glandes sans avoir utilisé son excès d'oxygène, sans avoir catalysé HO^2, se présente, par exemple, aux *acini* du foie par les dernières ramifications de l'artère hépatique, avec les défauts mêmes de son état, c'est-à-dire dans un état de *suroxygénation*.

Or, les sécrétions qui empruntent au sang leurs matériaux doivent nécessairement se ressentir de la composition chimique de ces matériaux. C'est pourquoi nous admettons et nous cherchons dans notre travail complet à prouver expérimentalement que la bile des diabétiques, notamment son taurocholate de soude, lequel en est l'élément capital chez l'homme, est moins alcaline, plus voisine d'un état acide dans le diabétique que dans le sujet valide; d'où les conséquences suivantes : Lorsque la vésicule biliaire qui a emmagasiné un excès de bile regorge son liquide par le canal cholédoque pour aller à l'avance du produit de la digestion stomacale, passée dans le duodénum, au moment du dédoublement, décrit par Ch. Robin, du taurocholate de soude, au contact des acides de la première digestion, ce ne serait plus de l'acide cholalique, plus de la taurine, un corps sulfuré azoté neutre, mais de l'acide cholalique et de la taurine acidifiée par l'eau oxygénée conservée dans les sécrétions, que le diabétique découvrirait. Mais la taurine a pour formule atomique $C^2H^7AzSO^3$; elle est, ainsi que l'observe Wurtz, l'équivalent chimique de l'acide amydéthylsulfurique; déjà, par conséquent, bien près d'être un acide. Et si l'on ajoute à $C^2H^7AzSO^3$ (taurine) du peroxyde d'hydrogène en formule atomique, soit H^2O^2, il doit se produire alors de l'acide sulfurique hydraté en combinaison avec du carbone, de l'hydrogène et de l'azote. Or, qu'on appelle ce produit de l'acide taurinique ou de l'acide sulfurique uni à un amidéthyle et à de l'eau, on peut toujours poser l'équation suivante :



$$C^2H^7AzO^3S + H^2O^2 = C^2H^7AzSHO^4 + HO.$$

Cet acide sulfuré ou sulfurique agirait, selon moi, sur les féculents ou amylacés de la digestion par action *catalytique*, c'est-à-dire par simple effet de présence, et se recomposerait tout aussitôt en sulfates avec les bases de soude, de potasse, de chaux, etc., des aliments. Que si l'on objecte qu'il faut plus de temps que cela pour convertir en dextrine, puis en glycose, les féculents, nous rappellerons que la vésicule biliaire regorge pendant plus de cinq heures consécutives de la bile dans le duodénum (Ch. Robin), et que par conséquent cette action catalytique, si rapide pour chaque portion de liquide qui se dédouble successivement, dure en somme plusieurs heures. Ici il n'est pas inutile de rappeler que Mosler a constaté que dans l'urine des diabétiques les sulfates alcalins sont en

proportion plus que double que dans les urines normales (4 et 5 grammes au lieu d'un).

Je pourrais, dans des développements qui dépasseraient les limites d'un simple exposé théorique, développer comment, dans notre opinion, l'action d'un *principe sulfuré acide* pour la conversion des féculents en glycose, n'est pas limitée à la bile; comment la réalité des prétendus *ferments organiques* travaillant à la conversion des amylacés en dextrine est plus que contestable; comment c'est le sulfo-cyanure de potassium, auquel Longet donne une si réelle importance dans la salive, et la taurine libre dans le suc de la langue, qui s'acidifient pendant la mastication et font du sucre, non pas une *diastase salivaire* qui n'a pu encore être isolée chimiquement. J'aurais beau jeu aussi à citer ici les expériences de Schiff démontrant à Pavy que le soi-disant ferment, qui est annulé dans ses effets chez l'homme valide et qui fait la glycose dans la digestion intestinale, est une fiction!... Mais j'arrête ici cette simple note, réservant pour la publication de mon mémoire total l'explication naturelle de tous les symptômes du diabète, notamment la production du sucre en dehors de l'alimentation féculente par le défaut d'emploi de l'oxygène et du carbone... Je me borne ici, en terminant, à indiquer que je combats le diabète par la *thérapie suivante :* 1° pendant le repas, de la levûre de bière solidifiée par la magnésie, dans le but de substituer la fermentation alcoolique à la fermentation sucrée; 2° trois heures après le repas, une pilule de 2 centigrammes de *chlorure de baryum* enrobé d'un mucilage gommeux, dans le but d'aller former dans le duodénum, avec l'acide sulfurique du taurocholate dédoublé, un sulfate insoluble de baryte; 3° j'emploie l'*opium*, déjà vanté contre le diabète, pour combattre la parésie des vaso-moteurs, et accroître, par un resserrement des capillaires, le conflit de l'oxygène avec le carbone; enfin, j'utilise l'*ergotine*, la gymnastique, le quinquina, pour accroître le travail contractile de la fibre musculaire.

Dr de Fleury.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 5 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. QUATREFAGES.

Vins chauffés. — M. *Pasteur* communique à l'Académie le procès-verbal de la dégustation de vingt-quatre sortes de vins naturels et des mêmes vins chauffés en bouteilles à des époques déjà éloignées. Il résulte de l'expérience faite sur vingt-quatre ou vingt-cinq sortes de vins, que le chauffage exalte le bouquet et avive la couleur, contrairement à ce qu'il avait craint.

Rage et phénol. — M. *Lailler* adresse une note sur les doses du phénol pour l'usage interne et sur son emploi contre la rage. (Renvoi à la section de médecine, à laquelle M. Bouley sera prié de s'adjoindre.)

Physiologie. — M. le *Secrétaire perpétuel* signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, une traduction des nouveaux éléments de physiologie humaine, par *Wundt*. Cette traduction a été faite sur la deuxième édition allemande par M. *Bouchard*, et augmentée de notes.

Fibres musculaires striées chez les insectes. — De la note de M. *J. Kunckel* il résulte que *l'élément primitif du muscle est une cellule qui par son allongement constitue une fibrille ;* la fibre ou faisceau primitif est une formation secondaire; c'est une réunion sous une enveloppe commune, le sarcolemme, d'un certain nombre de fibrilles déjà développées; le sarcolemme est donc une forme du tissu conjonctif; les myoplastes sont les centres de formation du perimysium et ne jouent aucun rôle dans la genèse des muscles; le tissu qui renferme les myoplastes n'est encore qu'une forme du tissu conjonctif. La fibrille possède une enveloppe, qui est la paroi de la cellule d'origine.

Dragonneaux. — M. *Villot* présente une note sur la forme embryonnaire des Dragonneaux.

Scorbut. — M. *Leven* communique un travail sur une épidémie de scorbut, observée à l'hôpital militaire d'Ivry.

Je suis arrivé, dit l'auteur, au point de vue de l'étiologie, à cette conclusion, que la maladie n'est pas due à l'absence de végétaux, et que les végétaux ne sont pas indispensables à la guérison, mais que la maladie est le résultat d'une alimentation insuffisante dans les mauvaises conditions d'hygiène où sont placés ceux qui la contractent. Le froid, l'humidité, un travail excessif, la dépression morale avec l'alimentation insuffisante, doivent être considérés comme les principales causes du scorbut.

Le scorbut est, selon moi, une maladie causée par l'inanition, mais qui n'a aucune analogie avec l'inanition réelle, où toute alimentation est supprimée.

Dans le scorbut, la graisse des tissus, le tissu adipeux sous-cutané, ne disparaît pas, mais le système musculaire devient gras, la strie musculaire disparaît et est remplacée par des granulations graisseuses, le sarcolemme même peut être résorbé.

La dégénérescence graisseuse frappe le muscle proportionnellement à son activité; le cœur devient graisseux le premier, parce qu'il fonctionne continuellement, puis les muscles du dos, de la cuisse, des bras, etc.

Les viscères deviennent gras, ainsi que le foie, les reins.

J'ai pu faire, avec le concours de M. Chalvet, l'analyse du sang et des urines chez le même malade dans la période d'état et dans la période de guérison, et j'ai trouvé que la fibrine augmente dans le sang jusqu'à 4 pour 1000; les globules baissent de moitié; l'albumine augmente aussi en quantité.

Après trois semaines, chez le même malade, l'analyse a prouvé que les globules reviennent à la quantité normale 122 après s'être abaissés à 63, la fibrine 2 après s'être élevée à 4, et que l'albumine a légèrement diminué.

Le plus grand nombre de guérisons a pu être obtenu quand les malades ont été nourris avec de la viande crue, sans aucune intervention de végétaux.

Traitement de l'incontinence urinaire. — La note de M. *Hergott* a pour titre : De l'oblitération du vagin, comme moyen de guérison de l'incontinence urinaire, causée par les grandes pertes de substance de la cloison vésico-vaginale.

Voici quelles en sont les conclusions :

1° La situation la plus favorable à donner aux malades, pendant les manœuvres opératoires, est la situation appelée *pelvi-dorsale*.

2° Le spéculum univalve, que nous avons présenté en 1857 et employé depuis cette époque, est celui dont l'usage est le plus avantageux et le plus commode.

3° Le succès dépend particulièrement de l'exactitude et de la régularité de l'avivement et les aiguilles tubulées et les fils d'argent facilitent beaucoup l'application des sutures.

4° Il n'est pas nécessaire de placer une sonde à demeure dans la vessie, et il ne faut recourir au cathétérisme que dans le cas où la miction ne peut s'accomplir spontanément, accident presque toujours borné aux premières heures de l'opération.

Tabac. — M. *P. Guyot* adresse une note relative aux vapeurs contenues dans la fumée de tabac.

Clinique chirurgicale. — M. *le baron J. Cloquet* présente à l'Académie, de la part de l'auteur, un ouvrage en langue portugaise, intitulé : Sommaire des faits les plus importants de clinique chirurgicale observés à l'hôpital militaire de la garnison de Rio-Janiero, de l'année 1863 à l'année 1870, par le docteur *Fortes-de-Bustamente-Sa*, chirurgien en chef de cet hôpital. »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 13 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

L'Académie reçoit une lettre de remercîments de M. le docteur *Rouge* (de Lausanne), pour la récompense qui a été accordée à son travail sur l'uranoplastie.

M. *Briquet* présente un TRAITÉ D'HYGIÈNE ÉLÉMENTAIRE EN SIX LEÇONS, par M. le docteur *Mignot* (de Chantelle).

M. *Béclard* met sous les yeux de l'Académie un nouveau porte-liquide laryngien, fabriqué par M. *Mathieu*, sur les indications de M. le docteur *Krishaber*.

DE LA RÉSECTION SOUS-PÉRIOSTÉE DU COUDE. — M. le professeur *Ollier* (de Lyon) communique, sans titre, une note qui sera publiée *in extenso* dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et qui expose les résultats obtenus au moyen de la méthode sous-périostée appliquée aux résections du coude. Ces résultats sont une confirmation décisive et une vérification clinique des expériences d'essai faites sur les animaux. L'opération a même réussi d'une manière plus satisfaisante et plus complète sur l'homme, en raison des bienfaits du traitement consécutif.

Lorsque cette opération est bien faite, conformément aux préceptes posés par M. Ollier; lorsqu'on a eu soin de conserver intacte la gaîne périosto-capsulaire et de dénuder entièrement les os, il se reproduit une véritable articulation avec la plupart de ses éléments anatomiques normaux et de ses aptitudes fonctionnelles. Les caractères principaux qui distinguent l'articulation nouvelle sont une mobilité complète et une solidité latérale à toute épreuve. Cette solidité est assurée par les deux tubérosités de l'extrémité inférieure de l'humérus, qui sont épaisses et saillantes comme des malléoles. Il en résulte que la jointure du coude, au lieu d'être en gorge de poulie, prend la forme d'une mortaise, comme l'articulation tibio-tarsienne.

Les muscles prennent leurs insertions sur les os de nouvelle formation, et conservent avec la nouvelle articulation les mêmes rapports qu'avec l'ancienne.

M. Ollier explique ensuite le mécanisme suivant lequel s'opèrent la reconstitution de la jointure et la formation de la nouvelle synoviale. Il adopte sur ce point l'opinion que M. Jules Guérin a résumée dans cette formule : « La fonction fait l'organe. » En effet, d'après M. Ollier, les mouvements de flexion et d'extension imprimés au membre pendant le travail de reproduction du tissu osseux, contribuent, pour la meilleure part, à la restauration du coude.

Cette restauration articulaire est d'une importance majeure, et c'est surtout par cet avantage incomparable que la méthode de la résection sous-périostée l'emporte sur les anciens procédés opératoires, qui détruisaient l'articulation sans retour, produisaient un raccourcissement considérable du membre, et le rendaient impropre à servir utilement.

Le seul inconvénient à redouter avec la résection sous-périostée, c'est l'ankylose; mais il est toujours possible et facile de prévenir cet accident, soit à l'aide d'un traitement mécanique consécutif, soit en enlevant, au moment de l'opération, une zone du périoste, afin de laisser une lacune dans laquelle l'os ne puisse pas se reproduire.

M. Ollier établit que la résection sous-périostée convient aux lésions traumatiques du coude tout aussi bien qu'aux lésions spontanées, et il démontre, par des statistiques, que cette méthode opératoire donne une mortalité inférieure à celle de l'amputation.

Les faits et les considérations renfermés dans cet intéressant travail sont de nature à convaincre les esprits les plus difficiles et à placer la méthode des résections sous-périostées au premier rang des conquêtes de la chirurgie contemporaine. Des communications de cette importance valent bien que M. Ollier fasse de temps en temps le voyage de Lyon à Paris pour les porter à la tribune de l'Académie.

EMPYÈME ET THORACOCENTÈSE. — La parole est à M. *Sédillot*. C'est la seconde fois que le savant professeur paraît à la tribune dans le cours de ce débat. M. Sédillot est un homme de controverse; il est organisé pour la polémique, il en possède les qualités essentielles : l'élocution facile, la fécondité, l'esprit, le trait, l'à-propos, les fines allusions, les sous-entendus, les réticences, les habiletés de langage. Son improvisation d'aujourd'hui (car M. Sédillot parle d'abondance et sans le secours de la plus petite note) est un modèle de discussion scientifique. Au lieu de faire une belle et savante leçon, de disserter longuement et doctement sur le sujet, à l'instar de la majorité des orateurs de l'Académie, M. Sédillot discute, argumente, raisonne, critique, combat les opinions de ses contradicteurs et cherche la vérité par les procédés de la dialectique, en leur donnant pour base l'expérience acquise et l'observation des faits.

Ceux qui voudront se faire une idée exacte de la manière vive et habile dont M. Sédillot a parlé dans cette séance pourront lire son discours en entier dans le BULLETIN. Nous nous bornerons à en signaler ici les traits principaux.

L'orateur se plaît d'abord à constater que la discussion actuelle ne restera pas stérile, et qu'elle marque un véritable progrès sur les discussions antérieures afférentes au même sujet.

Les indications relatives au traitement de l'empyème et à l'emploi des diverses méthodes opératoires ont été étudiées avec le plus grand soin par les différents orateurs, et malgré certaines préférences personnelles, les médecins et les chirurgiens sauront mieux distinguer désormais quels sont les procédés qui conviennent dans tels ou tels cas.

Mais il y a deux vérités que la discussion a mises pleinement en lumière, sur lesquelles tout le monde est tombé d'accord et qui sont maintenant définitivement acquises à la pratique : d'une part, l'urgence d'une intervention chirurgicale dans les épanchements purulents de la plèvre; d'autre part, la nécessité de donner au pus un écoulement libre et continu. Ces deux indications fondamentales n'avaient pas échappé à la merveilleuse sagacité des anciens, et on les trouve mentionnées dans les préceptes hippocratiques; seulement, ce qui n'était autrefois qu'une simple formule a pris aujourd'hui un corps de doctrine et est entré dans le domaine des faits scientifiques les mieux démontrés.

Il est deux autres points sur lesquels on n'est pas tombé d'accord, et que le débat académique a élucidés sans parvenir à les résoudre; c'est d'abord la question de savoir s'il faut employer la ponction dans la période aiguë de la pleurésie et quel est le moment le plus opportun pour y recourir. Du temps d'Hippocrate, l'opération ne se faisait pas avant le quinzième jour. Parmi les contemporains, les uns veulent qu'on agisse dès le début de l'épanchement, d'autres estiment qu'il vaut mieux attendre que l'épanchement séreux soit suffisamment abondant où que les symptômes de la purulence soient manifestes. Il y a là un double problème fort embarrassant et dont l'obscurité résulte de deux causes : d'un côté, de la difficulté extrême de distinguer, au début, d'une manière positive, un épanchement séreux d'avec un épanchement purulent; d'un autre côté, de la crainte bien fondée d'amener par une simple ponction, ainsi que cela s'est vu bien souvent, une transformation de la pleurésie séreuse en pleurésie purulente. Eh bien, là-dessus il y a eu divergence d'opinions; la question est encore restée en suspens et subordonnée à l'expérience ultérieure.

Une seconde difficulté que la discussion n'a pas complétement aplanie non plus, c'est celle qui concerne cette période de transition qui sépare le moment de la ponction de celui où il devient nécessaire de donner au pus un écoulement permanent. Il y a là une phase pleine d'incertitudes et pour laquelle on a proposé les procédés les plus variés : les ponctions réitérées, les ponctions aspiratrices, les ponctions suivies d'injections iodées, etc. Or, aucun de ces procédés ne donne de résultats entièrement satisfaisants. Les ponctions réitérées ne produisent qu'une évacuation temporaire, intermittente. Les ponctions aspiratrices agissent, suivant M. Sédillot, d'une ma-

nière trop brusque et peuvent donner lieu aux accidents les plus graves. Même la seringue de M. Jules Guérin ne présente pas tous les avantages que son inventeur lui attribue. Quant aux injections iodées, préconisées par M. Hérard, elles ont été peu employées encore et l'expérience n'a pas suffisamment prononcé sur leur valeur et sur leur efficacité.

M. Sédillot insiste très-particulièrement sur les dangers d'évacuer rapidement et en une fois la totalité d'un épanchement pleurétique ancien. Le vide ainsi produit subitement dans la cavité thoracique peut, selon lui, donner lieu aux accidents les plus redoutables, en déterminant dans les poumons ou dans le cœur un raptus congestif ou hémorrhagique, suivi de phénomènes de suffocation, de syncope, et quelquefois même de mort. Il faut donc que l'évacuation s'opère d'une manière lente et progressive; il faut surtout laisser dans la plèvre une certaine quantité de liquide, afin de ne pas produire le vide entre le poumon et la paroi pectorale.

Une autre complication qu'il faut éviter à tout prix, c'est la pénétration de l'air dans le foyer purulent. La plupart des procédés de thoracocentèse parent à ce danger; mais où il est plus difficile de l'éviter, c'est pendant la période du traitement où l'on entretient l'écoulement permanent du pus. Quel que soit le tube dont on se serve, tube métallique, tube à drainage, simple tube élastique, il est à peu près impossible de prévenir l'usure et l'ulcération de l'ouverture thoracique, et par conséquent le passage de l'air entre le tube et la circonférence agrandie et irrégulière du trajet fistuleux. M. Sédillot appelle toute l'attention des praticiens sur ce point comme sur un des desiderata les plus importants à combler dans l'opération de l'empyème. C'est dans ce but qu'il avait proposé la térébration des côtes si vivement critiquée par M. J. Guérin, et qui cependant a été pratiquée avec succès par Reybard.

L'orateur termine par l'exposé de quelques préceptes relatifs à l'utilité des lavages de la plèvre, à l'emploi des injections de liquides modificateurs, dans le but de débarrasser entièrement le foyer, de combattre la putridité du pus et des fausses membranes, et de provoquer un rapide travail de réparation.

Ce discours est suivi d'une courte conversation, dans laquelle M. *Chauffard* conteste la possibilité du vide dans la cavité pleurale, à la suite de l'évacuation de l'épanchement, et traite de chimériques les dangers attribués par M. Sédillot à ce vide imaginaire.

M. *Sédillot* rapporte une expérience par laquelle il s'est assuré de la réalité de ce vide.

M. *Chauffard* consent à admettre un vide relatif, mais non un vide absolu; car il n'est pas possible qu'à la suite de l'évacuation de l'épanchement il ne se produise pas un dégagement de gaz qui tend à combler l'espace abandonné par le liquide.

M. *Barth* rappelle, avec infiniment d'à propos, que beaucoup de faits réunis présentement en discussion ont été produits et résolus déjà dans le débat de 1865. Lui-même, à cette époque, a rapporté deux observations de pleurésie purulente guérie par la ponction suivie de l'introduction à demeure d'un simple tube de caoutchouc, qui servait en même temps à l'écoulement du pus, aux lavages du foyer et aux injections iodées.

Commission des prix. — L'élection des membres pour les commissions de prix de 1872 donne les résultats suivants :

Prix de l'Académie. — MM. Bouillaud, Barth, Bourdon, de Kergaradec, Hérard.

Prix Civrieux. — MM. Bergeron, Jolly, Guérard, Pidoux, Vernois.

Prix Barbier. — MM. Barthez, Bernutz, Gosselin, Roger, Verneuil.

Prix Capuron. — MM. Davaine, Depaul, Marey, Tarnier, Blot.

Prix Godard. — MM. Delpech, Fauvel, J. Guérin, Gueneau de Mussy, Sée.

Prix Orfila. — MM. Devergie, Ricord, Tardieu, Giraldès, Piorry.

Prix Lefèvre. — MM. Baillarger, Briquet, Chauffard, Marrotte, Peisse.

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 26 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA THORACOCENTÈSE. — PRÉSENTATIONS DE MALADES : ULCÈRE TUBERCULEUX DE LA LANGUE; LUPUS DE LA GORGE. — MALADIES RÉGNANTES DE MAI ET JUIN. — DISCUSSION SUR LA MORTALITÉ PUERPÉRALE A LA MATERNITÉ ET DANS QUELQUES AUTRES HÔPITAUX. — CAS DE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE CONSÉCUTIVE A DES CHANCRES MOUS.

A l'occasion du procès-verbal, M. Moutard-Martin rappelle les analyses que M. Méhu a faites des liquides de la plèvre dans la pleurésie. Suivant ce chimiste, toutes les fois que le liquide contient beaucoup de matières coagulables il ne devient jamais purulent. Au contraire, la tendance à la purulence serait le propre des épanchements peu coagulables. Cette opinion est conforme aux idées exposées précédemment par M. Moutard-Martin. L'orateur revient sur l'opportunité de la thoracocentèse dans les dix premiers jours de la pleurésie, alors que l'épanchement est le résultat d'une inflammation jeune.

— M. *Guyot* signale un des inconvénients des appareils aspirateurs : c'est l'aplatissement du tube de caoutchouc par la pression extérieure, au moment où l'on ouvre le robinet du réservoir dans lequel le vide a été fait. Cet aplatissement a comme première conséquence de ne pas permettre le passage du liquide pleural dans l'appareil, et comme second inconvénient qu'il peut faire croire que la plèvre ne contient pas de liquide ou que l'aiguille a été enfoncée en dehors de l'épanchement constaté par les signes ordinaires.

— M. *Féréol* donne à la Société quelques détails sur la santé du sujet présenté par lui à la dernière séance, et qui offrait un exemple d'ulcère tuberculeux de la langue. Après une amélioration momentanée, l'ulcération a repris une marche envahissante, ce qui démontre une fois de plus la nature de la lésion.

— M. *Féréol* montre un cas d'ulcération du pharynx avec perforation de la cloison du nez, consécutive vraisemblablement à un lupus primitif de la gorge. On ne trouve chez le malade aucune trace de syphilis ou de scrofule antérieure. Cet homme travaille dans une tannerie où l'on se sert de sels mercuriels dans la préparation des peaux, mais jamais il n'a eu ni stomatite hydrargyrique, ni tremblement.

— M. *E. Besnier* lit le rapport des maladies régnantes pour les mois de mai et juin.

Pendant ces mois la constitution médicale a été bénigne et régulière. La mortalité dans les hôpitaux a été inférieure de 30 pour 100 à la mortalité des mois correspondants de l'année 1870 (en 1870, 1567 décès en mai, 1357 en juin; en 1872, 946 décès en mai, 832 en juin).

Affections des voies respiratoires. — Malgré l'élévation de la température, les catarrhes des bronches, chez les sujets emphysémateux ou non, ont été fréquemment observés et ont revêtu parfois les caractères de la grippe violente et tenace. Ces affections, dénommées rhumes de sang, rhumes de chaleur par les malades, ont été moins bien étudiées en France qu'en Angleterre, où cette espèce est plus fréquente. Il faudrait faire une place bien distincte pour ces catarrhes d'été, ces grippes qui se rapprochent des asthmes de foin, et qui, tout en rentrant dans la grande forme nosologique de la bronchite, n'en ont

pas moins une évolution, une étiologie, une caractéristique, une thérapeutique très-spéciales.

Les *pneumonies*, fréquentes en mai, ont diminué en juin. Généralement, elles ont été bénignes; chez les individus âgés, la maladie prenait plus de gravité.

Les *pleurésies*, toujours nombreuses, ont été traitées le plus souvent, et avec succès, par la thoracocentèse.

Affections diphthéritiques. — Chaque année, l'endémo-épidémie diphthéritique subit à Paris une exacerbation qui commence en novembre et atteint son paroxysme en avril. Cette année, le paroxysme a été reculé jusqu'en mai, qui compte 42 décès pour le croup.

On observe d'ailleurs une progression annuellement croissante de l'épidémie diphthéritique. Les chiffres suivants en sont la preuve : en 1868 la mortalité, dans le premier semestre, avait été pour le croup, dans les hôpitaux, de 99; en 1869, cette mortalité monte, pour le même espace de temps, à 119; en 1870 elle arrive à 129, et enfin en 1872 elle atteint le chiffre de 186.

Fièvres éruptives. — Très-peu nombreuses à Paris, aussi bien qu'à Lyon, Bordeaux et Rouen. La rougeole seule a conservé quelque intensité, et encore va-t-elle en diminuant.

Affections des voies digestives. — Comme toujours à cette époque, apparaissent des cas de choléra sporadique, en même temps qu'un grand nombre d'états bilieux plus ou moins intenses.

Affections puerpérales. — En mai et juin, la mortalité puerpérale a atteint un chiffre relativement considérable, et ce chiffre eût été plus grand si l'on n'avait pas évacué successivement les services d'accouchements et si l'on n'avait pas disséminé les femmes en couches chez les sages-femmes de la ville. Dans le premier semestre de cette année, sur 3317 accouchements dans les hôpitaux il y a eu 184 décès, soit 5,56 pour 100, tandis qu'en 1870, sur 3432 accouchements qui eurent lieu pendant le même espace de temps, il y eut 117 décès, soit 3,41 pour 100.

On ne saurait contester que si, d'une manière générale, les services hospitaliers sont mauvais pour les femmes en couches, ils ne le sont pas au même degré aux diverses époques, toutes conditions restant égales, et cela dans de telles proportions et avec une simultanéité telle, que la différence ne saurait être expliquée par des conditions locales et individuelles. On peut, il est vrai, atténuer la gravité des épidémies puerpérales dans une certaine mesure, en prenant toutes les précautions nécessaires contre la contagion et l'infection; mais, pour établir que les influences épidémiques proprement dites n'existent pas, il faudrait expliquer pourquoi dans un même service, où il y a, si l'on veut, absence égale de précautions spéciales, la puerpéralité est alternativement bénigne ou maligne; il faudrait montrer surtout pourquoi cette nocuité ou cette innocuité sont constatées à la fois dans un plus ou moins grand nombre d'établissements distincts. Si l'on tient à rejeter les termes d'épidémie ou d'influence épidémique, on n'en sera pas moins obligé de reconnaître que la puerpéralité, comme les autres maladies, obéit dans son évolution à des influences directes contre lesquelles l'hygiène et la thérapeutique sont plus ou moins puissantes, et à des influences indirectes dont la nature, la prévention et le remède sont également inconnus.

— A la suite de ce rapport et à propos de la mortalité puerpérale, une discussion s'engage sur la situation relative des services d'accouchements dans différents hôpitaux, et à la Maternité en particulier. Quelques membres de la Société, chargés des services de femmes en couches, et qui viennent de voir s'y produire des épidémies puerpérales, demandent à être renseignés sur ce qui se passe à la Maternité. Il y aurait eu dans cet établissement une série de décès assez nombreux, et l'on s'étonne que M. Hervieux, autrefois si empressé à venir exposer le brillant état sanitaire de la Maternité, état sanitaire qu'il attribue uniquement aux précautions minutieuses dont il s'entoure, on s'étonne, disons-nous, qu'il ne vienne pas aujourd'hui exposer ses revers. « Que l'on me donne un de ces services infectés de fièvre puerpérale, a dit M. Hervieux dans une des précédentes séances (voy. *Gaz. hebd.*, n° 22, p. 361), et je prends l'engagement qu'il n'y aura pas d'épidémie. » Parole imprudente, et qui excite quelque peu aujourd'hui la jalousie de ses collègues, aussi bien qu'elle soulève encore la grosse question théorique de la contagion, de l'infection ou de l'épidémicité en cette matière. MM. *Lorain*, *Chauffard*, *Bourdon* veulent qu'il y ait, en dehors de la contagion directe, des conditions inconnues qui font les épidémies. M. Lorain cite l'exemple de son service à la Pitié. Ses salles, autrefois dirigées par M. Empis et réputées pour leur bon état sanitaire, sont devenues, depuis quelque temps, moins favorables, quoique toutes les précautions, tous les soins qui avaient semblé assurer le succès pour M. Empis aient été continués scrupuleusement. Pourquoi donc n'est-il pas aussi heureux que M. Empis? Il y a là des causes étiologiques qui échappent.

M. *Chauffard* rappelle que pendant le siége la mortalité puerpérale a été insignifiante, et cependant l'encombrement dans les salles d'accouchements a été excessif pendant toute cette période de temps. Dans son service de Necker, M. Chauffard a vu depuis le mois de janvier surgir une épidémie. On ferma la salle, on la nettoya ; un mois après on l'ouvrit de nouveau. Le lendemain, les accidents reparaissaient, et sur six femmes deux moururent. Les faits de ce genre fourmillent.

M. *Guérard* en cite encore un exemple qui remonte à quarante ans, ce qui prouve que cela se passait autrefois comme aujourd'hui. Comment, devant cela, ne pas admettre une influence générale épidémique et d'essence jusqu'alors inconnue, et ne croire qu'à la contagion ou à l'infection, comme le pense M. Hervieux ?

— M. *Vidal* communique une observation d'infection syphilitique, dont l'accident initial a été des chancres mous. L'induration, qui passe pour être le signe du chancre infectant, n'a paru, dans ce cas, que comme satellite des deux chancres mous, et ne s'est produite ni sous l'un ni sous l'autre de ces chancres, mais entre les deux, et cela au vingtième jour de l'apparition des ulcérations primitives.

— La Société procède ensuite à la nomination de trois membres titulaires. MM. Damaschino, Fernet et Lécorché sont élus à l'unanimité.

A. L.

Société de chirurgie

SÉANCE DU 17 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE. — EAUX MINÉRALES D'AIX DANS LES LÉSIONS CONSÉCUTIVES AUX PLAIES PAR ARMES DE GUERRE. — CONTAGION DE L'ÉRYSIPÈLE. — GREFFES ANIMALES TRANSPLANTÉES SUR L'HOMME. — PÉNITIS.

La correspondance comprend : 1° *Les pansements à la ouate*, par Raoul Hervey, interne des hôpitaux; 2° une nouvelle note sur les *injections intra-veineuses de chloral*, par M. Oréo (de Bordeaux).

M. *Forget* lit un rapport sur un travail de M. Brachet (d'Aix) sur l'efficacité du traitement thermal aux eaux d'Aix (Savoie) dans les lésions consécutives aux plaies par armes de guerre.

Le travail de M. Brachet, collègue aux eaux d'Aix de M. Davat, membre correspondant, qui a fait une lecture à la Société sur ce même sujet, arrive à des conclusions identiques sur les effets du traitement thermal dans les fractures anciennes, compliquées de fistules avec séquestres ou corps étrangers; les bons effets des eaux se montrent également

dans les pseudarthroses, les rétractions musculaires et les paralysies traumatiques.

— M. *Sée*, au nom d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Panas et Sée, lit un rapport sur une observation d'érysipèle contagieux transmis à divers membres d'une même famille, par M. Deharmes (de Chatou). L'avis de la commission est que l'observation est trop écourtée pour qu'il soit possible de porter sur elle un jugement certain ; elle ne paraît pas de nature à constituer une preuve en faveur de la contagion de l'érysipèle.

— M. *Dubreuil* fait une communication sur l'utilité des greffes et les différentes sortes de greffes. En employant la greffe épidermique de M. Reverdin, on obtient une prolifération d'épiderme qui hâte la cicatrisation ; mais, au-dessous de cet épiderme, le tissu cicatriciel se forme avec toutes ses propriétés rétractiles. M. Ollier a annoncé à l'Institut les greffes dermiques qui permettent d'éviter le tissu de cicatrice. Les lambeaux sont pris sur des membres récemment amputés, quand cela est possible; lorsque les lambeaux sont pris sur le sujet vivant, on congèle la partie afin d'éviter la douleur résultant de l'ablation de ces lambeaux. M. Dubreuil a emprunté le lambeau dermique à des animaux : cochons d'Inde, jeunes chiens. Sur un malade atteint d'ulcère de la jambe, il a greffé cinq petits lambeaux de peau de cochon d'Inde. La face profonde de ces lambeaux avait été dépouillée avec soin du tissu adipeux ; chaque lambeau avait 1 centimètre carré. Ces lambeaux ont contracté des adhérences avec les parties sur lesquelles ils ont été appliqués et ont continué à vivre dans leur portion dermique. L'épiderme s'est détaché en quelques jours en entraînant les poils. La peau de chien, prise sur la paroi abdominale, paraît préférable pour ces sortes de greffes à celle du cochon d'Inde.

— M. *Demarquay* présente un exemple de suppuration des corps caverneux : Un homme de trente-huit ans, ayant eu plusieurs blennorrhagies, eut un abcès au périnée, à la partie antérieure et latérale de l'anus; M. Demarquay diagnostiqua un abcès ayant pour point de départ les glandes de Cooper ; incision et sonde à demeure. La verge s'enflamma à son tour; l'inflammation des corps caverneux se dirigea vers le gland; le malade mourut d'infection purulente. A l'autopsie, on constata l'inflammation des corps caverneux dont les trabécules étaient en partie détruits par la formation de foyers purulents.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

DISCUSSION SUR L'ÉRYSIPÈLE. — ESTHIOMÈNE DE LA VULVE. — LUXATION SOUS-ASTRAGALIENNE EN DEDANS.

M. *Chassaignac* lit une note sur l'érysipèle ; en voici les conclusions :

1° Il y a aujourd'hui, en chirurgie, deux opinions contradictoires au sujet de l'érysipèle : l'une qui admet l'identité entre l'érysipèle et l'angioleucite; l'autre qui repousse cette identité.

2° Quoique constituant deux maladies différentes, l'érysipèle et l'angioleucite s'accompagnent d'engorgement des cordons et des ganglions lymphatiques.

3° La différence caractéristique des deux maladies est dans les réseaux lymphatiques sous-épidermiques comparés aux réseaux sanguins.

4° L'angioleucite généralisée peut parcourir successivement toutes les régions de la surface du corps en conservant les caractères propres à la plaque réticulaire primitive.

5° Une erreur préjudiciable à la connaissance vraie de l'érysipèle consiste à croire que l'angioleucite n'est pas une maladie parfaitement distincte de l'érysipèle.

6° C'est dans l'étude comparée des caractères différentiels de la plaque angioleucitique, et de la plaque érysipélateuse que se trouve la solution de la question.

7° Les affinités régionnaires de l'érysipèle et de l'angioleucite sont réglées par la richesse respective des réseaux sanguins et des réseaux lymphatiques dans les diverses régions du tégument cutané.

M. *le Président* déclare close la discussion sur l'érysipèle.

— M. *Polaillon* présente le moule et l'observation d'un esthiomène de la vulve. La malade, âgée de cinquante-cinq ans, entra à l'hôpital de Lourcine. Les grandes lèvres, les nymphes et le clitoris sont rosés, tuméfiés ; à l'entrée du vagin se trouve une ulcération circulaire ayant 3 centimètres d'avant en arrière. La maladie débuta, il y a dix-huit mois, par un écoulement vaginal abondant. Six mois plus tard, boutons durs, indolents. Aucun antécédent syphilitique; il ne s'agit pas non plus d'un chancre phagédénique ou d'un cancroïde : c'est un esthiomène vulvaire qui guérit sous l'influence de l'iodure de potassium à l'intérieur et de pansements à l'iodoforme.

— M. *Després* présente le moule et la pièce provenant d'une luxation sous-astragalienne sans plaie des téguments.

Un cocher de quarante-neuf ans fut jeté de son siége sur le sol ; lorsqu'il se releva, il avait le pied tourné en dedans. A l'hôpital, M. Després constate une déviation de l'avant-pied en dedans ; la malléole interne est effacée ; le col de l'astragale est appréciable sous la peau ; la poulie astragalienne est saillante au-dessous de la mortaise tibiale. La face articulaire astragalo-scaphoïdienne fait une saillie très-apparente sous la peau distendue mais non perforée. Le malade fut chloroformisé, mais la réduction fut impossible. Quatre jours après, la peau se mortifiait au niveau du point comprimé par la facette astragalo-scaphoïdienne. Le malade était atteint de bronchite capillaire depuis son entrée à l'hôpital. Le dixième jour, l'eschare se détachait; l'arthrite se compliqua d'infection purulente. Mort le 13 juin, seize jours après l'entrée à l'hôpital.

L'autopsie du membre montre qu'il s'agissait d'une luxation sous-astragalienne, l'astragale restant maintenue en place par les ligaments péronéo-astragaliens postérieurs. Aucune fracture. Tous les tendons intacts ; le muscle pédieux seul est rompu. L'obstacle à la réduction résidait exclusivement dans l'interposition des tendons du jambier antérieur et des extenseurs des orteils tendus entre l'astragale et le scaphoïde. Ces tendons, bridés par l'aponévrose antérieure de la partie inférieure de la jambe, le ligament annulaire antérieur du tarse et l'aponévrose du cou-de-pied, laquelle était interposée entre le scaphoïde et l'astragale, ne pouvaient être soulevés pour laisser passer l'astragale. La réduction était donc rendue impossible par la disposition des tendons des extenseurs.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur la puissance d'absorption du tissu médullaire des os, par le docteur V. Feltz.

Les expériences de M. Feltz confirment dans leurs résultats généraux les faits remarquables qui ont été récemment signalés à propos de la rapidité d'absorption du tissu médullaire ; voici d'ailleurs les conclusions de l'auteur ; on remarquera qu'il admet lui aussi une connexion du tissu spongieux avec le système veineux, mais qu'il rejette cette connexion pour le canal médullaire, ce qui constitue une nouvelle interprétation.

Les différentes séries d'expériences de M. Feltz démontrent suivant lui que les lacunes osseuses du tissu spongieux des extrémités articulaires et de la substance interlobulaire des os plats sont en connexion directe avec le système veineux, et que le système spongieux des os peut être considéré comme un tissu caverneux à parois solides. Dans l'infection purulente, suite de lésions osseuses, les accidents métastatiques sont en

relation directe avec les produits de détritus qui pénètrent des os dans le système veineux, et qui vont plus loin constituer des embolies.

Dans les septicémies suites de lésions osseuses, l'absorption des principes toxiques par les os eux-mêmes est surabondamment démontrée. L'absence d'accidents métastatiques, la rapidité de la mort dans les septicémies, paraissent à M. Feltz militer en faveur de la séparation de l'infection purulente d'avec la septicémie. Dans la première de ces affections, la viciation du sang par des matières étrangères constituant des embolies paraît manifeste, dans la seconde, l'intoxication du sang est plutôt chimique; mais les deux altérations pourraient exister simultanément. (*Journal de l'anatomie et de la physiologie*, n° 4, juillet-août, 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'estomac, par le docteur T. Bayard, 2e édition, 1 vol. in-8°. Paris, chez G. Masson.

Nos lecteurs connaissent cet ouvrage. Il y a juste dix ans que nous rendions compte assez minutieusement de la première édition (*Gaz. hebd.*, 1862, p. 606). L'édition nouvelle n'apporte, ni dans l'économie du livre, ni dans la substance et l'exposé des idées, de changements assez importants pour motiver une nouvelle analyse détaillée. Notre appréciation reste ce qu'elle était : très-favorable sur l'ensemble, réservée sur quelques points. En somme, le *Traité pratique des maladies de l'estomac* a obtenu le succès que nous attendions, et que lui avaient prédit, avec plus d'autorité, deux maîtres de l'art dont l'auteur reproduit les lettres en *fac simile :* les professeurs Rostan et Trousseau. Ce qui peut rendre ce succès particulièrement flatteur, c'est précisément ce qui passera sans doute pour un défaut aux yeux de quelques personnes. M. Bayard a certainement beaucoup lu; maints passages en témoignent ; mais on voit aussi qu'il ne s'est nullement proposé de tracer un tableau complet de l'état actuel de la science en ce qui touche les maladies de l'estomac; il paraît notamment peu familiarisé avec certains ouvrages importants dont nous avons entretenu nos lecteurs l'an dernier, ceux de Willième, Brinton, Fenwick, Coutaret. Le succès que nous constatons est tout personnel et s'adresse uniquement au fond scientifique et pratique de l'œuvre, où se reconnaît un savant assez éclairé pour faire rendre à la physiologie tout ce qu'elle peut fournir de donnés légitimes à l'étude du sujet, et un praticien assez expérimenté pour apporter sur tous les points de la pathologie stomacale un large contingent d'observations. Sous ce dernier rapport, l'ouvrage a un caractère d'originalité qui en rend, en beaucoup d'endroits, la lecture aussi attachante qu'instructive.

Nous venons de dire que les modifications apportées à la première édition ne sont pas considérables. Il ne faut pas entendre par là qu'elles soient insignifiantes. Tout au contraire, il en est qui non-seulement paraîtront d'une haute utilité, mais que nous-même avions, dans notre analyse, jugé indispensables. Nous signalons surtout les nouveaux développements donnés à l'étude des fermentations, de l'oxydation, des diffusions, des sucs gastriques. Le chapitre relatif à la séméiologie des urines a été remanié avec grand avantage. Quelques remarques nouvelles sur la constipation sont peut-être moins heureuses; non qu'elles nous paraissent inexactes; mais elles entament trop superficiellement un sujet sur lequel un des auteurs des autographes reproduits a pourtant écrit un substantiel chapitre. Il nous semble aussi que du moment où l'auteur avait jugé à propos de s'étendre cette fois sur le cancer gastrique, il aurait pu entrer dans des détails plus circonstanciés et plus précis tout ensemble sur l'anatomie pathologique de cette maladie. Enfin, l'histoire de l'ulcère simple de l'estomac, sur lequel nous avions sollicité de M. Bayard une étude plus complète, reste encore, dans cette édition, un peu tronquée, spécialement en ce qui concerne le siége habituel de l'ulcère et les données qu'on en peut tirer au point de vue étiologique et thérapeutique. Brinton, que l'auteur cite une ou deux fois, lui aurait donné sur ce point quelques renseignements utiles.

En somme, le *Traité pratique des maladies de l'estomac* sera un excellent guide pour ceux qui désirent approfondir cette partie difficile de la pathologie.

VARIÉTÉS.

Nécrologie. — Un des internes les plus distingués des hôpitaux, un étranger qui s'était dévoué à la France, M. Rodocalat, vient de succomber à la pneumonie. Son maître, M. Verneuil, toujours si sympathique à la jeunesse et si bon appréciateur de la noblesse du cœur, a prononcé sur sa tombe quelques paroles que nous reproduisons en partie :

Quand les événements s'accomplissent d'après les lois naturelles, c'est au plus jeune à fermer les yeux du plus âgé ; et lorsque près d'une tombe qui se ferme on entend des paroles de sympathie et de regrets, elles sont prononcées d'ordinaire par le disciple qui adresse à son maître un dernier adieu.

Aujourd'hui les rôles sont intervertis. L'aîné survit, et c'est le chef attristé qui vient faire l'éloge de son élève. Cet éloge, messieurs, nous le devons au cher et vaillant jeune homme qui vient de mourir. Non pas qu'il s'agisse de célébrer ici des services rendus à la science ou d'énumérer des travaux de plume ou de parole; mais parce qu'il faut signaler des qualités précoces qui, lorsqu'elles se montrent déjà dans la jeunesse, indiquent clairement ce qu'elles auraient produit dans l'âge mûr.

Rodocalat naquit à Galatz le 5 novembre 1847. C'était un des plus beaux types de cette noble race roumaine qui, en dépit des siècles, renferme encore dans ses veines le sang latin le plus pur.

Bien qu'issu d'une famille cruellement décimée par la maladie, il semblait réunir en lui les attributs d'une grande vigueur et les avantages d'une mâle beauté. Le front large, illuminé d'intelligence, l'abondante chevelure, l'œil calme et pur, la démarche majestueuse, la douceur de la voix, la distinction remarquable des manières, tout frappait en lui, tout révélait une nature d'élite exempte de vulgarité, affranchie de faiblesse.

A vingt ans il eût déjà passé pour un homme, et il l'était en vérité par la virilité de son maintien et la maturité peu commune de son esprit.

Il avait commencé de bonne heure ses études médicales dans son pays; mais à l'exemple d'un grand nombre de ses compatriotes qui viennent chercher la science en Occident, il était arrivé à Paris en 1867, n'ayant pas encore accompli sa vingtième année. Déjà familiarisé avec notre langue qu'il parlait et écrivait sans embarras, il aborde aussitôt la carrière du concours. Un volumineux phlegmon du cou, affection chirurgicale assez longue et non sans danger, ne l'empêche pas d'être reçu externe de nos hôpitaux dès 1868. L'année suivante il est nommé interne provisoire, et sans la guerre qui, en 1870, empêcha le concours, il eût infailliblement gagné ce titre d'interne titulaire si justement apprécié, si laborieusement acquis par l'élite même de nos étudiants. Le siége de Paris commence : Rodocalat, en sa qualité d'étranger, eût pu, sans encourir de blâme et sans forfaire à l'honneur, se dérober au spectacle de nos douleurs, et se soustraire aux périls, aux privations, aux angoisses qui nous attendaient. Il n'y songea pas un seul instant et fit son devoir simplement, bravement, comme le plus patriote des citoyens de la grande cité.

Son service à l'hôpital de Lourcine n'usant ni son zèle, ni son activité, il fut, tout l'hiver durant, un des assistants les plus assidus de l'ambulance d'Ivry. Au besoin il se transportait sur le champ de bataille, notamment à l'Hay, où il se rencontra avec son compatriote le capitaine Popeno qui combattait dans nos rangs.

Après le siége vint la formidable insurrection parisienne. Rodocalat resta toujours ferme à son poste; c'est seulement quand tout est fini qu'il part pour son pays, afin de calmer par sa présence les longues inquiétudes de sa famille.

Il revient sans retard reprendre son travail ; car le concours approche et il va sans doute être couronné. Mais un nouveau contre-temps survient, plus triste que le premier: son père vient de succomber à une pneumonie. Le voila forcé de partir de nouveau, ayant touché de la main le laurier qu'il ne devait jamais cueillir.

Le tribut payé aux douleurs de la famille, il revient encore une fois à ses études chéries.

Dans les premiers mois de cette année, Rodocalat entra dans mon service et s'y fait promptement aimer et estimer de tout le monde: supérieurs, condisciples et malades. Je le remarque bientôt et lui prédis, sans hésiter, un avenir brillant. Hélas! nous comptions tous sans la maladie, sans ce destin brutal, aveugle et imbécile que rien ne désarme et qui ne sait rien respecter! ....

Huit jours ont suffi pour trancher une vie riche de promesses, pour plonger dans un deuil éternel le cœur désolé d'une mère, pour ravir à la Roumanie un de ses meilleurs enfants, une de ses illustrations futures. J'affirme qu'il y avait en lui l'étoffe d'un grand médecin, car en moins de cinq ans d'études incessamment interrompues, il avait recueilli des notes innombrables classées dans un ordre merveilleux et dénotant la plus judicieuse intelligence. C'est à la fois justice et consolation de le dire : cette existence si courte, si abrégée qu'elle ait été, n'est pas restée stérile, puisqu'elle a été remplie par le travail et le devoir, et puisqu'elle peut servir de modèle.

Rodocalat n'était venu chez nous que pour chercher l'instruction ; il y a recueilli cette gloire pure d'avoir généreusement prêté son secours au malheur, de nous avoir aidés dans nos infortunes épiques.

Ce n'est point ici, dans ce pays, que les services et les bienfaits sont méconnus, et si l'on y oublie quelque chose, peut-être est-ce l'outrage et l'infamie; mais à coup sûr ce n'est ni le courage ni le dévouement.

Un penseur étranger a dit noblement que tout homme avait deux patries : la sienne d'abord et puis la France. Nous sommes fiers de cet éloge; nous nous en croyons dignes.

Oui, jeunes hommes du dehors, pour vous la France est une seconde mère qui vous a toujours ouvert et toujours vous ouvrira largement ses bras! L'égoïsme et l'ingratitude ne germent pas sur son sol sacré!... Oui, nous vous appellerons à nous, sans méfiance, sans arrière-pensée, et nous avons raison, car en retour de notre bienveillance infinie vous nous rendez, pour la plupart, un attachement sans fin et une sympathie sans bornes; et ainsi, fidèles à nos instincts, agirons-nous de même dans l'avenir, sans écouter ceux qui nous croient dupes, quand nous sommes seulement les grands apôtres de la fraternité.

Notre confiance, je le sais, nous vaut parfois des désenchantements terribles ; un exemple récent nous l'a trop cruellement prouvé. Mais pour l'honneur de l'humanité, gardons-nous bien de prendre l'exception pour la règle. En promenant mes regards autour de moi, je vois des hommes nés sous d'autres cieux; mais, j'en ai l'assurance d'après leur nationalité, pas un n'aura jamais le honteux courage de trahir notre hospitalité, de déchirer le sein de sa mère adoptive, de mordre la main qu'un Français lui aura tendue.

Cher élève! cher ami! tu meurs loin de ta patrie, loin de tes parents! Des compagnons de ton enfance un bien petit nombre seulement peut t'accompagner jusqu'à ta demeure dernière!

Certes, ces paroles seront impuissantes à consoler tous ceux qui te chérissaient et t'attendaient là-bas; puissent-elles au moins les convaincre que dans ton exil volontaire au milieu de nous, rien ne t'a manqué, ni l'amitié, ni l'estime, ni les soins dévoués à ton chevet, ni surtout les regrets sincères qu'inspirent, pour toi plus que pour tout autre, la jeunesse et la force détruites en un moment, et le jour finissant quelques heures à peine après l'aurore.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — *Prix Édouard Laborie.* — Le prix Édouard Laborie est annuel et d'une valeur de 1200 francs. Il est décerné au meilleur travail sur un sujet quelconque de chirurgie; toutefois, la Société de chirurgie choisit tous les six ans un sujet spécial. Le sujet est indiqué une année à l'avance. Les mémoires, écrits en français, en allemand ou en latin, doivent être adressés au secrétariat général de la Société de chirurgie, *avant le 1er novembre de chaque année.*

Cette année il n'y a pas de sujet désigné ; la Société n'ayant pas décerné de prix en 1870 et 1871, aura à décerner, en janvier prochain, non-seulement le prix annuel, mais elle aura à disposer d'une somme de 2100 francs pour distribuer des encouragements, s'il y a lieu.

HÔPITAUX. — A la suite du concours pour trois places de médecin du Bureau central des hôpitaux, MM. Martineau, Hayem et Ferrand viennent d'être nommés à ces fonctions.

HOSPICE GÉNÉRAL DE TOURS. — La Commission administrative de l'hospice général de Tours donne avis qu'en vertu d'une délibération en date du 24 juillet 1872, deux concours pour la nomination aux places vacantes d'élèves internes et d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie auront lieu : le concours pour l'internat, le mardi 29 octobre ; le concours pour la suppléance, les 5 et 6 novembre.

HÔPITAUX ET HOSPICES. — Les Sociétés locales du Finistère, du Nord et de l'arrondissement de Toulon, ont adressé une lettre aux députés de leur département pour les prier d'appuyer l'amendement de MM. Bouisson et Chevandier, en faveur de l'admission de médecins dans les commissions administratives des hôpitaux et hospices.

MÉDECINS SANITAIRES. — M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de créer une place de directeur de la santé à Dunkerque, et de nommer à ces fonctions M. le docteur Dieu, de Metz.

— Les étudiants alsaciens-lorrains de l'École libre de médecine de Strasbourg, dans une adresse que publie l'INDUSTRIEL ALSACIEN, protestent contre la substitution d'une Faculté allemande à cette École, qui va fermer ses portes.

EAUX MINÉRALES. — Sont nommés médecins inspecteurs :
M. Bertrand, à Sail-sous-Couzan ; M. Millet fils, à Vacqueyras-Montmirail; M. Alban de La Garde, à Bagnères-de-Bigorre.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 3 au 9 août 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 6. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 15. — Typhus, 0. — Érysipèle, 2. — Bronchite aiguë, 17. — Pneumonie, 46. — Dysenterie, 10. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 52 (1). — Choléra nostras, 3. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 3. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 2. — Autres affections aiguës, 282. — Affections chroniques, 320 (2). — Affections chirurgicales, 48. — Causes accidentelles, 22. — Total, 854.

Londres : Décès du 27 juillet au 3 août 1872, 1696. — Variole, 28 ; rougeole, 20; coqueluche, 49; fièvre typhoïde, 11; diarrhée, 484 ; choléra nostras, 33 ; bronchite, 56 ; pneumonie, 37.

(1) Dont 26 enfants au-dessous de six mois, 9 au-dessous de un an, 17 au-dessous de deux ans.
(2) Sur ce chiffre de 320 décès, 131 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

La REVUE DES SCIENCES MÉDICALES, dirigée par M. HAYEM, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux, avec la collaboration d'un nombre de savants et de praticiens répondant à l'étendue du cadre du recueil, est destinée à donner une analyse des travaux les plus importants qui prennent naissance en France et à l'étranger dans les sciences médicales.

Les livres, mémoires ou travaux moins importants ou moins originaux seront signalés soit à titre de *renseignements bibliographiques*, soit à titre de *travaux à consulter*.

La première livraison, qui sera distribuée le 15 janvier, sera nécessairement consacrée aux travaux de 1872.

Il est donc désirable que les éditeurs, auteurs et directeurs de journaux, sans attendre la publication de ce numéro et l'organisation définitive des échanges, nous fassent parvenir directement et *tout de suite* les *livres*, *mémoires* et *journaux* que leur sujet et leur nature destinent à être analysés dans notre recueil.

Les envois doivent être faits sous le couvert de M. le docteur HAYEM, à la librairie Masson.

LA REVUE TRIMESTRIELLE paraîtra dans le format et la justification du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

Chaque livraison aura de 2 à 300 pages.

Le prix de la publication est fixé à 20 francs pour Paris.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 22 août 1872.

Société pathologique de New-York : Syphilis du cœur. — Anévrysme, cause de phthisie. — *Société de pharmacie :* Le sulfovinate de soude.

Engagés depuis assez longtemps dans l'examen attentif des grandes questions de divers ordres qui ont récemment excité l'intérêt du corps médical : celles de l'alcoolisme, de l'assistance publique, du recrutement, des fermentations, nous n'avons pu donner toute l'attention qu'ils méritent aux travaux des sociétés savantes de France et de l'étranger, où l'on rencontre pourtant si fréquemment, soit des compléments utiles des discussions académiques, soit des communications et des controverses dont la presse locale ne peut porter l'écho aussi loin qu'il le faudrait. Revenons aujourd'hui à ces courants scientifiques et aidons-les à ne pas se perdre, comme certaines rivières, trop près de leur source.

— Le cœur, comme tous les viscères, est passible d'affections syphilitiques. C'est un fait déjà énoncé par quelques auteurs à une époque où l'on faisait passer sous le joug syphilitique la pathologie tout entière, mais qui ne ressortait aucunement de l'observation anatomique ; et il a fallu toute la rigueur de l'investigation moderne pour donner un corps à ce qui n'était qu'une pure présomption. Encore les cas avérés de syphilis cardiaque ne sont-ils pas communs. Aussi y aurait-il avantage, malgré la certitude du fait, à en multiplier quelque peu les exemples. C'est à ce titre que nous avons lu avec soin une observation communiquée à *New-York pathological Society*, par le docteur Janeway, sous ce titre : Syphilis cause de maladie cardiaque (*The med. Record*, 15 juillet 1872). Malheureusement, nous n'y pouvons trouver les éléments d'une démonstration. Un homme de quarante-quatre ans présente les symptômes d'une affection cardiaque : battements à la région précordiale, deux bruits de souffle distincts, l'un à la base, l'autre à la pointe du cœur; œdème des poumons; dyspnée; infiltration des membres inférieurs, etc. Il meurt subitement au bout de quatre mois et demi, et voici ce qu'on trouve à l'autopsie, en ce qui concerne l'organe central de la circulation : « Ventricule droit dilaté; le gauche hypertrophié; les valvules aortiques racornies, épaissies, *couvertes de végétations;* valvules mitrales saines. » Sur quoi se fonde l'auteur pour regarder ces végétations comme syphilitiques? Uniquement sur ce que le sujet n'était pas rhumatisant et que la syphilis est la seule maladie qu'il ait eue ostensiblement. Cette circonstance n'est pas sans valeur assurément; et si les désordres cardiaques eussent été tout fonctionnels, s'ils eussent consisté simplement en des palpitations, des douleurs précordiales, etc., si surtout ils eussent disparu après l'emploi du mercure, on pourrait songer à placer ces manifestations morbides sur le même rang que les névralgies syphilitiques, dont l'existence n'est pas douteuse. Mais, outre que l'observation ne dit pas un mot du traitement, du moment où le cœur présente une lésion anatomique, il faut, pour rendre acceptable l'interprétation de M. Janeway, que cette lésion soit empreinte du caractère syphilitique. Or, des *végétations* sur les valvules aortiques, on en rencontre chez les personnes les plus saines, chez les enfants et chez les vierges. Ajoutez que les valvules sont précisément la partie du cœur où les altérations syphilitiques se montrent le plus rarement; à tel point qu'on peut douter qu'elles y aient été clairement constatées.

L'observation de l'auteur, par le manque de détails suffisants, comme par la nature de la lésion sur laquelle est fondé le diagnostic étiologique, ressemble à beaucoup d'autres publiées par les auteurs anciens, et que M. Bouillaud a depuis longtemps fait passer du domaine de la syphilis dans celui de l'endocardite.

— On pourrait poser des réserves analogues au sujet d'une

FEUILLETON.

Les femmes médecins (1).

Cette question de l'exercice de la médecine par les femmes est trop intéressante et trop *actuelle* pour que nous la passions sous silence. Un résumé historique nous montrera d'abord que, dans l'antiquité et dans le moyen âge, plusieurs femmes ont très-positivement pratiqué l'art de guérir; nous aborderons ensuite le sujet à l'ordre du jour. Il va sans dire que nous n'avons pas à nous occuper ici des sages-femmes; si nous venons à en parler, ce sera seulement d'une manière incidente et comme terme de comparaison.

(1) Cet article paraîtra dans le prochain fascicule du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

1. Historique. — Les mythologies anciennes nous montrent certaines déesses, certaines divinités de second ordre s'occupant de sciences naturelles et surtout des vertus des plantes, cette matière médicale des premiers âges. On les voit secourant les mortels, et plus particulièrement les femmes, dans leurs maladies.

Isis, suivant les Égyptiens, a découvert plusieurs médicaments; elle veille sur la santé des humains, auxquels elle envoie des songes quand ils sont malades, afin de leur enseigner ce qu'ils ont à faire. Les Romains regardaient Junon sous le nom de Lucine, ou Diane, à qui l'on donnait parfois le même nom, comme présidant aux accouchements et hâtant la délivrance. Hygiea, fille ou femme d'Esculape, Ocyroe, fille du centaure Chiron, étaient, dit-on, savantes en médecine. Médée possédait l'art de rajeunir à l'aide de certaines plantes. Circé connaissait les propriétés des herbes contre les venins; elle les employait dans ses enchantements. Ces fables, purement allégoriques, semblent démontrer que la tradition, remontant

autre observation communiquée également par M. Janeway à la même Société (*Ibid.*), et destinée à présenter l'anévrysme aortique comme cause de phthisie. La dilatation siégeait sur la partie descendante de l'aorte, et comprimait la bronche gauche, qui était en ce point fort altérée. Le poumon gauche était le siége « d'indurations fibreuses » et, en quelques places, de pneumonie caséeuse. Un point seulement du sommet du poumon droit était induré. Or, si l'on remarque que l'anévrysme n'avait pas été reconnu pendant la vie; qu'on ne sait, par conséquent, à quelle époque il s'était développé et s'il était antérieur ou postérieur à l'état caséeux du poumon, on trouvera difficile de tirer de ce fait aucune conclusion précise. Mais peut-être y aurait-il lieu de faire entrer l'anévrysme aortique dans l'étude des causes de la phthisie au même titre que l'oblitération et le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Suivant Lebert, le rétrécissement congénital de cette artère constitue une forte prédisposition à la phthisie, et il est remarquable que M. Constantin Paul ait trouvé également la tuberculose pulmonaire consignée dans plusieurs observations de rétrécissement pulmonaire survenu après la naissance (*Gaz. hebd.*, 1871, p. 432). C'en est assez, ce nous semble, pour rechercher si la tuberculose ne coïncide pas quelquefois avec des compressions, des altérations diverses de l'artère pulmonaire, suite d'anévrysme aortique.

— Disons enfin quelques mots d'un médicament nouveau qui tend à s'introduire dans la pratique et dont il a été question à la *Société de pharmacie*. Nous voulons parler du sulfovinate de soude, recommandé comme purgatif depuis les recherches de M. Rabuteau. Ce sel, que nous avons expérimenté, a deux avantages réels : il est plus actif que le sulfate de soude ou de magnésie, sans être plus irritant (20 à 25 grammes suffisent, chez un adulte, pour une purgation ordinaire); il a un goût nauséeux sensiblement moins prononcé, et qu'on peut affaiblir encore en dissolvant le sel dans la même quantité d'eau qu'on emploierait pour 40 ou 45 grammes d'un autre sel purgatif.

Mais l'usage du sulfovinate expose, selon M. Duquesnel, à un danger dont le praticien doit être prévenu, et qui paraît, du reste, s'être réalisé. La préparation de ce sel est assez compliquée, et une préparation défectueuse le rendrait plus ou moins toxique. Non pas que le sulfate de soude, si libéralement employé, ne puisse aussi retenir de substance nuisible; on sait, au contraire, qu'il n'est pas toujours suffisamment débarrassé de l'acide sulfurique qui sert à sa préparation, et qu'on a coutume de l'*essayer*. Mais ce défaut est facile à éviter, et il en résulte rarement de graves accidents. Pour obtenir, au contraire, le sulfovinate, il faut mettre en jeu une substance toxique, la baryte, qui, de plus, sous la forme où elle est employée (carbonate de baryte) peut contenir de l'arsenic. Le procédé, en effet, est le suivant : On produit d'abord de l'acide sulfovinique, comme à l'ordinaire, par un mélange d'alcool et d'acide sulfurique, avec excès de cet acide; puis on sature le mélange par le carbonate de baryte, d'où formation de sulfate de baryte insoluble et de sulfovinate de baryte, qui reste en dissolution. On décompose alors celui-ci par le sulfate de soude, ou bien par le carbonate de soude (Limousin) qui donne, outre le sulfovinate de soude, du carbonate de baryte pouvant servir à une opération ultérieure. Or, M. Duquesnel fait remarquer (*Bull. de thérap.*, 15 août 1872, p. 117) que si la décomposition du sulfovinate de baryte soluble n'est pas complète, une certaine quantité de ce sel, qui est un produit dangereux, reste mêlée au sulfovinate de soude. En conséquence, M. Duquesnel propose de soumettre le sulfovinate à différents moyens d'essayage, qui regardent surtout les pharmaciens, et dans lesquels nous n'entrons pas ici, n'ayant d'autre intention que de mettre le praticien sur ses gardes et de l'engager à tenir compte de la provenance du sulfovinate qu'il prescrira.

A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

De la thoracocentèse dans les épanchements pleuraux anciens, extrait de leçons cliniques faites à l'Hôtel-Dieu par le docteur Noël Gueneau de Mussy.

(Fin. — Voyez le numéro 33.)

Obs. II. — Chez mon second malade, l'épanchement purulent était beaucoup moins ancien. Il ne remontait pas à deux ans; cependant, la plus grande partie offrait ce caractère spécial d'émulsion, et tous les leucocytes avaient subi cette dégénérescence graisseuse qui nous semblent, dans l'évolution de la pleurésie purulente, devoir marquer une période distincte. Cette transformation du pus sépare les cas dans lesquels l'épanchement n'est plus en quelque sorte que le *caput mortuum* d'une affection éteinte, de ceux dans lesquels il est le produit d'un travail morbide actif, vivant encore.

C'était un jeune homme de vingt-trois ans, serrurier; il entra à l'Hôtel-Dieu, dans mon service, le 2 avril 1869. Il était maigre, pâle,

---

à une très-haute antiquité, avait transmis le fait de la pratique de la médecine par les femmes.

Un témoignage intéressant à invoquer eût été celui d'Homère. Nous trouvons malheureusement ici très-peu de chose à noter. Plusieurs auteurs ont dit que Machaon, blessé et transporté dans la tente de Nestor, est pansé par Hécamède aux cheveux bouclés, esclave du vieux roi de Pylos. En réalité, elle se borne à lui servir du vin épais dans lequel elle râpe du fromage; et à faire chauffer de l'eau pour laver ses blessures (l. XIV). Nestor, racontant les exploits de sa jeunesse, parle de la belle Agamède, dont il vainquit l'époux, et qui connaissait toutes les plantes qui croissent sur la terre (l. XI). Le même poëte, dans l'*Odyssée* (l. IV), nous montre Hélène ranimant la joie d'un festin troublé par le souvenir de ses fautes et des malheurs des Grecs, en mêlant au vin des convives le suc merveilleux d'une plante qui amène l'oubli, et dont la reine d'Égypte lui avait enseigné le secret. On voit d'ailleurs dans Diodore de Sicile, que l'on trouvait à Thèbes et à Diospolis une substance semblable à celle dont parle Homère et dont les femmes connaissaient la composition. Ainsi, dès les temps les plus reculés, les femmes étaient réputées pour leur savoir en médecine; à la même époque, les Égyptiens et les Hébreux possédaient des sages-femmes. La Bible nous a même transmis les noms des deux sages-femmes, Puha et Sciphra, qui sauvèrent un grand nombre d'enfants voués à la mort par le Pharaon (*Exode*, c. I).

Si de l'époque mythologique et légendaire on passe aux temps historiques, on voit, chez les Grecs, encore imbus des traditions de l'Orient et chez lesquels le gynécée est comme une forme atténuée du harem, on voit l'art des accouchements et certaines pratiques médicales confiées à des femmes. Hyginus dit le contraire, et ici se place la fameuse histoire d'Agnodice, rapportée sérieusement par plusieurs auteurs qu'aurait dû mettre en garde le titre de *Fables* qu'Hyginus donne à ses récits. Suivant cet auteur qui vivait sous Auguste, si tant est que le livre en question soit bien de lui, les anciens (grecs) n'avaient

paraissait délicat. Dans ses antécédents de famille, rien n'accusait une prédisposition diathésique : son père, sa mère, ses frères et ses sœurs jouissaient d'une santé irréprochable. Il nous raconta que trois ans auparavant, il avait eu une hémoptysie très-abondante qui avait duré dix jours. Il évaluait à 4 ou 5 litres la quantité de sang qu'il avait perdue, évaluation probablement très-exagérée. Il avait dû garder le lit pendant vingt jours. Depuis cet accident, il n'avait pas cessé de tousser, et il avait beaucoup maigri.

Au mois de juin 1867, il avait eu une seconde hémoptysie accompagnée d'une douleur dans le côté gauche. Il fut obligé de rester couché pendant quatre mois, et il subit plusieurs applications de vésicatoires. Depuis lors, il était très-essoufflé, toutes les fois qu'il éprouvait une fatigue; et il perdait haleine quand il voulait monter les escaliers un peu rapidement. Cependant il avait pu reprendre son travail, et ses autres fonctions s'accomplissaient d'une manière régulière en apparence, quoique la nutrition eût souffert, nous l'avons dit, un déchet considérable. Au moment de son admission à l'Hôtel-Dieu, sa respiration était fréquente, courte, anxieuse, les téguments de la face commençaient à se cyanoser.

A première inspection, on constatait une énorme voussure du côté gauche du thorax qui proéminait dans toutes les directions.

La percussion donnait en avant et en arrière un son mat dans tout le côté gauche, qui était complétement silencieux à l'auscultatation. Du côté droit on trouvait en arrière un son tympanique et dans la moitié inférieure la respiration était franchement puérile. L'abaissement du diaphragme donnait aux dernières côtes une direction presque verticale. Au sommet droit la tonalité était aiguë, un peu obscure, et l'expiration était prolongée.

A deux travers de doigts au-dessous du mamelon droit, les battements du cœur étaient visibles à l'œil et soulevaient énergiquement la main. Les bruits cardiaques étaient superficiels et normaux.

Au niveau des derniers espaces intercostaux à droite et en avant, on sentait, par la palpation, comme une succion. La main et la vue pouvaient constater une dépression rhythmique de ces espaces pendant les mouvements d'ampliation du thorax, comme si l'expansion du poumon refoulé ne suffisait pas pour remplir le vide produit par l'inspiration.

L'épigastre présentait également, pendant l'inspiration, surtout dans la partie gauche de cette région, une dépression suivie d'un soulèvement brusque correspondant à l'expiration; phénomène qu'on observe dans les cas où le diaphragme est fortement abaissé : dans l'emphysème pulmonaire, par exemple, quand il est porté à un degré considérable.

Cet ensemble symptomatique ne permettait pas de mettre en doute l'existence d'un énorme épanchement qui distendait le côté gauche du thorax, et refoulait le cœur en le faisant pivoter autour de ses connexions vasculaires; et suivant toutes probabilités l'origine de cet épanchement remontait au mois d'octobre 1867, c'est-à-dire à plus de dix-huit mois avant son entrée à l'hôpital.

Les troubles de la nutrition et de l'hématose commandaient d'intervenir; je me proposai de faire une série de ponctions, suivies d'injections s'il était nécessaire, et d'étudier dans quelle mesure ce poumon si longtemps refoulé, probablement emprisonné par des néoplasies épaisses, pourrait se dilater à nouveau et reprendre ses anciennes limites; car il pouvait être fixé dans sa position nouvelle par des liens inflexibles; l'évacuation complète du liquide pouvait être dangereuse ou impossible. Ces ponctions répétées me semblaient constituer la seule opération rationnelle, ou du moins devoir précéder tout autre tentative opératoire.

Le 8 avril, je pratiquai la thoracocentèse avec le trocart de Reybard au niveau du sixième espace intercostal gauche, et je laissai s'écouler par la canule deux litres et demi environ d'un liquide jaune verdâtre, opaque, fluide, sans mélange de flocons fibrineux, d'une odeur fade très-peu accentuée et qui n'avait aucun caractère aigre ou putride. Recueillie dans un verre, une partie de ce liquide se séparait en deux couches : la supérieure, plus fluide, offrait une coloration jaune verdâtre; la couche inférieure était constituée par un sédiment épais, de consistance sirupeuse, et d'une couleur grisâtre opaque.

Un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, M. Labadie-Lagrave, qui a bien voulu recueillir pour moi les matériaux de cette observation, soumit ce liquide, sur ma demande, à l'examen microscopique, et je transcris ici le résultat de ses observations :

« Dans la partie supérieure, la plus fluide, on ne trouve sous le champ du microscope que quelques granulations graisseuses disséminées et de nombreuses lamelles de cholestérine; le dépôt du fond du vase est formé de ces mêmes granulations graisseuses, mais en quantité beaucoup plus considérable. Ces granulations s'agglomèrent en certains points et forment des corps de Gluge qui présentent les dimensions des leucocytes, mais s'en distinguent par leur réaction différente en présence de l'acide acétique. Traitées, en effet, par cet acide, ces cellules granuleuses ne sont pas modifiées et ne contiennent pas un ou plusieurs noyaux comme les globules du pus. Il est probable, cependant, que ces corpuscules d'aspect moriforme et granulés, ne sont que des leucocytes ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

» Les autres granulations plus fines qu'on voit sous le microscope sont constituées par la fibrine également dégénérée en matière grasse. On trouve, en outre, dans le sédiment, des cristaux de cholestérine avec leur forme caractéristique de lamelles rhomboïdales. »

Ainsi, nous saisissons en quelque sorte ici le procédé par lequel les leucocytes purulents disparaissent et se transforment en matière grasse, qui finit par se délayer elle-même dans le liquide, et par constituer, comme dans le premier cas, une émulsion au milieu de laquelle on ne peut plus saisir aucun élément figuré, bien qu'elle ait l'aspect du pus.

Une heure environ après la thoracocentèse, le malade fut pris d'une violente quinte de toux qui, à travers l'ouverture de la ponction, fit sortir encore environ un demi-litre de liquide. Il se sentait extrêmement soulagé ; il n'accusait d'autre phénomène anomal qu'une sensation pénible de pesanteur, au niveau de la région épigastrique et de l'hypochondre gauche, qui avait succédé immédiatement à l'évacuation du liquide. Son appétit ne fut pas troublé et il dormit d'un sommeil calme.

Je n'avais pas voulu l'ausculter immédiatement après l'opération pour ne pas le fatiguer. Le lendemain, malgré la persistance de la matité, je constatais le retour du murmure vésiculaire en arrière dans tout le côté gauche. Mais il était faible et éloigné, surtout dans le tiers inférieur. En haut, près de l'épine de l'omoplate, il était plus ample et plus superficiel.

En avant du côté droit, au niveau de la région mammaire et partant de la place occupée postérieurement par le cœur, la sonorité avait reparu. La percussion et l'auscultation permettaient de constater que cet organe s'était déplacé d'environ 2 centimètres et demi à 3 centimètres. En se rapprochant du côté gauche, sa pointe semblait avoir décrit une courbe à convexité inférieure. A droite, la matité précordiale était limitée par une ligne allant du mamelon à la région hépatique, elle était limitée supérieurement par le bord inférieur de la troisième côte, et se confondait à gauche avec la matité de l'épanchement. On percevait sous

---

pas de sages-femmes, et une loi des Athéniens interdisait aux esclaves et aux femmes la pratique de la médecine ; aussi beaucoup de malades que la pudeur empêchait de se confier à des hommes succombaient-elles faute de secours. Ce que voyant, une jeune fille, nommée Agnodice, se mit en tête de leur venir en aide. Elle coupe ses cheveux, prend des vêtements d'homme et suit les leçons d'un certain Hiérophile. Son éducation terminée, dès qu'elle apprend qu'une femme est atteinte d'une maladie de son sexe, elle se rend auprès d'elle, et si la patiente, la prenant pour un homme, refuse ses secours, elle relève prestement sa tunique et se fait reconnaître. Les médecins, se voyant ainsi évincés, jettent feu et flammes contre Agnodice et l'accusent devant l'Aréopage de séduire et de corrompre les Athéniennes. Les juges étaient sur le point de condamner Agnodice, quand celle-ci, en femme habituée à cette petite manœuvre, eut bientôt fait, en un tour de main, de leur montrer à qui ils avaient affaire. Mais voilà les médecins encore plus furieux : la loi a été violée, etc. Alors les femmes interviennent en faveur de celle qui était leur sauveur, et les Athéniens, réformant l'ancienne loi, décrètent que les femmes de condition libre pourront étudier la médecine (Hyginus, *Fabul. lib.*, fab. 274). Telle est l'anecdote du vieux conteur. Nous ne rechercherons point avec quelques historiens si Hiérophile ne serait pas le même que le fameux Alexandrin Hérophile. Nous dirons seulement que tout cela est de pure invention. On voit dans les livres hippocratiques que les Grecs avaient des *femmes-médecins* (ἰητρευουσαί) chargées d'extraire l'enfant et le délivre (*Mal des femmes*, l. 1, n° 68); et, ailleurs (*Des chairs*, ad finem) : « Si l'on doute, dit l'auteur, que l'enfant vienne à sept mois, on pourra s'en informer auprès des *guérisseuses* (ἀκεστρίδες). » Les noms que nous venons de rappeler sembleraient même prouver qu'elles ne se bornaient pas exclusivement à l'art des accouchements. Mais, à défaut de ce témoignage si explicite, il suffirait de rappeler que la mère de Socrate, Phénarète, était sage-femme; ainsi, dans un dialogue de Platon (*Théétète*), Socrate, l'un des deux inter-

la clavicule gauche un son très-aigu, mais qui avait cessé d'être mat. La sonorité reparaissait à deux travers de doigts au-dessus du mamelon. Le malade nous raconta que depuis la ponction il pouvait se coucher sur le côté droit et rester une demi-heure dans cette position, qui provoquait, immédiatement, auparavant, un accès de suffocation.

Neuf jours après la première ponction, j'en fis une seconde qui donna issue à 1600 grammes d'un liquide identique avec le premier. Deux heures après le malade eut quelques quintes de toux, qui ne l'empêchèrent pas d'éprouver un grand soulagement. A partir de ce moment il put dormir couché sur le dos, ce qui lui avait été impossible jusque-là.

J'observai le lendemain que la fosse sus-épineuse gauche redevenait sonore, le bruit respiratoire était entendu dans toute la partie postérieure gauche, net et superficiel en haut, il était plus obscur inférieurement. Ce jour-là il était accompagné d'un léger frôlement que je ne retrouvai pas les jours suivants, en même temps qu'à la partie inférieure le murmure vésiculaire me sembla plus obscur, et s'éloignait pour s'éteindre à mesure qu'on s'approchait de la base.

La pointe du cœur avait continué son mouvement rétrograde de droite à gauche, et se faisait sentir en dedans du mamelon droit dans le quatrième espace intercostal. Cependant le côté gauche s'était déprimé en arrière et était devenu moins saillant que le droit; le malade se plaignait d'une douleur vive vers les dernières côtes gauches.

L'épigastre présentait toujours, au moment de l'inspiration, un mouvement de dépression, puis une propulsion saccadée, accompagnée d'une ondulation qui se propageait jusqu'à l'hypochondre gauche et qui pouvait être attribué, peut-être, à la masse liquide refoulant brusquement le diaphragme paralysé.

Je recommandai au malade de faire, pendant quelques minutes, deux ou trois fois par jour, de fortes inspirations, afin de favoriser l'expansion du poumon.

Quelques jours après, en marchant, le malade eut quelques palpitations, qu'il s'étonna de sentir derrière le sternum. En effet, le cœur avait continué sa marche régressive et sa pointe butait à 5 centimètres du lieu où nous l'avions d'abord rencontrée; elle se trouvait à 2 centimètres en dedans du mamelon droit; cependant toute la région thoracique droite était encore ébranlée par la systole ventriculaire qui y produisait une ondulation saccadée.

Neuf jours après la seconde thoracocentèse, j'en pratiquai une troisième par laquelle je retirai 1500 grammes de liquide, ce qui portait à plus de 6 litres la quantité extraite en dix-huit jours. Je crus devoir faire la ponction un peu plus haut dans le septième espace intercostal.

J'observai pendant l'écoulement que le pouls conservait sa force habituelle, mais qu'il était un peu plus fréquent (84 pulsations au lieu de 76) et que la respiration s'était en même temps accélérée (37 par minute au lieu de 34).

Le liquide évacué offrait les mêmes caractères extérieurs et microscopiques que celui des ponctions antérieures. Le malade n'avait pas éprouvé cette fois les quintes de toux qui avaient succédé aux deux premières opérations.

Avant de procéder à cette troisième ponction, j'avais fait appliquer sur la partie moyenne de la poitrine, en arrière, deux petits cautères à l'aide du caustique de Vienne. J'espérais, par cette action révulsive, prévenir ou modérer l'incitation produite dans la plèvre par un traumatisme répété. J'ai recours à ce moyen, dans les cas où, après une première ponction, le liquide de l'épanchement se reproduit trop rapidement; il m'a paru utile alors, pour combattre l'irritation sécrétoire, de combiner avec l'évacuation du liquide une contre-irritation portée sur la peau.

Cette précaution m'avait semblé d'autant plus indiquée que quelques oscillations dans la place occupée par le cœur semblaient indiquer que l'épanchement tendait à se reproduire. A un certain moment, après la seconde ponction, le cœur s'était rapproché du sternum, puis il s'était porté de nouveau à droite de cet os, ou du moins il dépassait dans une plus grande étendue le bord droit de cet os. Le liquide évacué offrait, il est vrai, toujours les mêmes caractères objectifs; mais peut-être était-il un peu plus fluide, et l'on pouvait penser qu'une sécrétion séreuse nouvelle était venue s'ajouter à l'épanchement et en délayer les principes constituants. Il se pourrait aussi qu'après la ponction une aspiration se fût produite, pendant les mouvements d'inspiration, sur les organes contenus dans la poitrine, que cette aspiration eût cessé après que le côté gauche se fut déprimé sous l'influence la pression atmosphérique, et qu'alors le cœur entraîné à droite par des adhérences eût obéi à leur action, momentanément vaincu par cette force aspiratrice. Quoi qu'il en soit, le malade éprouva un soulagement si considérable que, malgré mes recommandations, il profita de mon absence pendant quelques jours pour demander et obtenir sa sortie de l'hôpital. Il se sentait tellement bien qu'il put reprendre son métier de forgeron dans une usine; quelque temps après il est venu me voir. Le cœur n'était pas encore complétement retourné à sa position normale dont il s'était cependant rapproché. On constatait encore de la matité avec absence de vibrations et d'élasticité et silence du bruit respiratoire dans plus de la moitié du côté gauche. A part une légère disposition à l'essoufflement, une facilité à s'enrhumer qu'il a toujours eue, cet homme ne se plaignait d'aucun trouble sérieux dans sa santé; il était maigre, mais il avait bon appétit.

Au printemps 1870, il avait été tenté de partir pour la Nouvelle-Grenade comme contre-maître dans une usine, tant il se sentait en possession de ses forces. Plusieurs fois je l'ai engagé à entrer dans l'hôpital pour s'y reposer et y être examiné avec soin, mais il s'y est toujours refusé.

Au mois de juin de cette année j'ai revu encore ce malade; il était resté à Paris pendant le siége et avait pris part à la défense des remparts. Les privations, les émotions, les fatigues, les froids excessifs auxquels il avait été soumis avaient profondément altéré sa santé; il avait beaucoup maigri et avait craché le sang à plusieurs reprises. Les signes d'induration du tissu pulmonaire étaient plus accentués au sommet; le son était toujours mat et la respiration très-obscure dans la moitié postéro-inférieure du côté gauche. Ce côté était fortement déprimé, témoignage de l'effet curatif de la thoracocentèse. L'obscurité du son et du bruit respiratoire paraissait devoir être imputée aux néoplasies épaisses qui emprisonnaient et immobilisaient la base du poumon (1).

Le malade avait repris son dur métier d'ouvrier métallurgique; et il travaillait à la forge quand de nouveaux accidents, préparés par les épreuves des deux dernières années, sont venus briser ses forces. Il n'a pas même encore abandonné son métier dont son patron avait adouci pour lui les rigueurs. Je le priai instamment d'entrer à l'hôpital, mais après y être resté quelques jours il voulut en sortir, et reprit son travail. Bientôt il éprouva une disposition à l'anhélation qui se prononça de plus en plus. Quelques semaines après le retour de ces accidents il sentit son cœur battre de nouveau à droite, et il revint me consulter. Outre l'altération générale de sa constitution, je fus frappé du changement survenu dans la configuration de la poitrine: le côté gauche présentait une

(1) L'obstacle que ces néo-membranes apportent à l'expansion des lobules superficiels doit contribuer à la faiblesse du bruit respiratoire qui succède aux pleurésies.

---

locuteurs, parlant des sages-femmes et après avoir rappelé la profession de sa mère, dit qu'elles peuvent, par des *remèdes* ou des enchantements, hâter la délivrance des femmes ou favoriser l'avortement si la mère le désire.

La longue période qui s'écoule depuis les temps hippocratiques jusqu'au moyen âge, va nous présenter un certain nombre de ces *praticiennes* dont les noms ont été conservés par Pline, Galien, et les compilateurs des derniers siècles de l'antiquité. Et pour montrer qu'elles justifiaient réellement le titre que nous venons de leur donner, rappelons, d'après Galien, que le mot *hystérie*, pour exprimer la suffocation de matrice, a été imaginé par les femmes qui pratiquaient anciennement la médecine et qu'il nomme ἰατρῖναι (*De loc. affect.*, VI, 5). A Rome, où les femmes jouissaient d'une liberté et d'une considération plus grandes qu'en Grèce, l'exercice de la médecine dut prendre, entre leurs mains, une extension assez notable. Dès les premières années de notre ère, Scribonius Largus parle d'une honnête matrone (*honesta matrona*) qui avait guéri plusieurs épileptiques à l'aide d'une préparation d'ailleurs fort ridicule (cap. II, comp. 16); il raconte aussi avoir acheté d'une femme, pour le prix qu'elle voulut y mettre, un remède qu'elle avait rapporté d'Afrique, remède souverain contre la colique, et dont il donne généreusement la composition (cap. XXIX, comp. 122).

Pline, empilant sans critique les recettes les plus absurdes, cite une Olympias, la Thébaine, qui prétendait provoquer l'avortement avec un mélange de mauve et de graisse d'oie (l. XX, c. XXI), et pousser aux menstrues avec un pessaire fait de laine en suint imbibée de fiel de taureau, et auquel on ajoutait de l'hysope et du nitre (l. XXVIII, c. XIX): il nous donne cinq ou six formules d'une certaine Salpé, sage-femme (*obstetrix*), qui dénotent la plus absurde superstition; un exemple nous suffira: Salpé et une autre médicastre nommée Laïs, affirment que la morsure des chiens enragés et les fièvres tierces et quartes sont guéries au moyen de la laine de bélier noir imprégnée de sang menstruel et renfermée dans un bra-

énorme voussure qui débordait dans tous les sens les plans du côté droit. Ses trois quarts inférieurs donnaient un son mat à la percussion en avant et en arrière. Au sommet seulement on percevait une respiration rude et suivie d'expiration.

Le cœur battait de nouveau en dehors du mamelon droit.

J'ai engagé ce malade à se rendre à l'Hôtel-Dieu, chez M. le docteur Fernet, actuellement chargé d'un des services de cet hôpital, pour y subir de nouvelles ponctions.

Ainsi pendant trois ans cet homme avait pu être considéré comme guéri. Si, à sa sortie de l'hôpital, il y avait encore de l'épanchement, la dépression du côté gauche, observée plus tard, semblait témoigner que cet épanchement avait été résorbé. Le seul trouble fonctionnel qu'il eût conservé était une légère disposition à l'essoufflement, imputable en grande partie du moins, aux lésions du parenchyme pulmonaire, dont les manifestations avaient précédé la pleurésie et elles ne l'empêchaient pas de se livrer à des travaux très-pénibles. En effet, il avait eu des hémoptysies, et l'on ne peut guère douter qu'elles ne fussent liées à des poussées tuberculeuses. A son entrée à l'hôpital, nous avions constaté que la respiration était faible et rude sous la clavicule droite. Cependant la maladie était restée stationnaire, malgré le nouveau choc imprimé à la poitrine par cette pleurésie.

Il n'est pas très-rare de voir des pleurésies, et même des pneumothorax, coïncider avec un arrêt de la tuberculisation pulmonaire (1), surtout, je crois, quand celle-ci n'est pas très-étendue. Dans d'autres circonstances, ces complications sont le signal d'une aggravation de la maladie.

J'ai conseillé à ce malade une nouvelle thoracocentèse. Si le liquide était de nouveau purulent, on pourrait se poser la question de l'opportunité de l'opération de l'empyème; l'expérience du passé prouve que si le cœur et le poumon ne sont pas complétement libres, s'ils n'ont pas pu rentrer tout à fait dans leurs rapports normaux, ils ne sont pas cependant retenus par des liens absolument inflexibles. Si l'on se décidait à tenter cette opération, le procédé de M. le docteur Moutard-Martin, qui substitue une mèche de caoutchouc aux tentes de charpie et aux tubes élastiques, me semble bien préférable au drainage, qui laisse un corps étranger à demeure dans la cavité pleurale. Tout souple et tout doux qu'il soit, ce drain n'en doit pas moins être une cause d'irritation permanente qui peut entretenir et prolonger la sécrétion morbide; outre que l'opération nécessaire pour l'introduire est plus douloureuse, plus offensive pour les organes intra-thoraciques, que l'incision simple de l'opération de l'empyème. Je comprends dans certains cas l'indication de placer un tube dans l'orifice de la plaie; je ne comprends pas la nécessité d'un drain, au moins dans le plus grand nombre des cas, et je ne crois pas à sa complète innocuité.

(1) Assez souvent un léger épanchement pleural accompagne et favorise peut-être la résolution de la pneumonie.

En rapprochant cette observation de la précédente, nous voyons dans toutes deux ressortir un fait anatomique important, c'est la transformation du pus en une émulsion de matière grasse et la disparition des leucocytes : évidemment la matière protéique de ceux-ci a subi la dégénérescence graisseuse. Cette transformation relève entièrement des lois chimiques; elle peut s'accomplir en dehors de la sphère de la vie; on l'observe sur les cadavres, et tôt ou tard la science nous en donnera la formule. Ce passage à l'état gras, cette stéatose des matières organiques, surviennent dans celles dont la vitalité est affaiblie ou dans celles encore qui sont inviables, pour ainsi dire mort-nées, et auxquelles les Allemands ont donné le nom barbare de nécrobiose, comme ils donnent à la dégénérescence graisseuse le nom très-impropre de régression; ce nom, en effet, semblerait exprimer que les tissus qui les subissent reviennent, par une évolution rétrograde, à une phase qu'ils ont déjà parcourue antérieurement, ce qui est absolument faux. La fibre musculaire qui devient matière grasse dégénère, mais elle ne régresse pas, parce qu'en s'organisant elle n'avait point passé par l'état gras. Cela soit dit en passant, comme une protestation contre l'engouement avec lequel on a accepté en France les idées si souvent hypothétiques et la langue si souvent entachée d'obscurité ou d'erreurs que l'on aime de l'autre côté du Rhin. Les leucocytes du pus offrent à la transformation graisseuse cette condition d'inviabilité, il n'est pas étonnant qu'ils la subissent; mais cette transformation paraît exiger un temps assez long; une fois accomplie, il semble qu'elle rende le pus inaltérable et inoffensif pour les tissus avec lesquels il se trouve en contact. Dans ces conditions, les désordres produits par la présence d'un pareil épanchement semblent purement de cause mécanique. Un autre fait qui paraît ressortir de ces deux observations, c'est l'innocuité des ponctions répétées dans ces cas, l'indifférence avec laquelle la plèvre les supporte et par conséquent l'avantage qu'il y a à les pratiquer quand cet épanchement par son abondance gêne les fonctions des organes intra-thoraciques. Quand il est, d'emblée ou secondairement, réduit à des proportions peu considérables, il ne trouble pas notablement les fonctions de la vie, comme nous l'avons vu chez notre second malade; souvent alors il s'enkyste, peut diminuer de volume en augmentant de consistance et persister indéfiniment sans causer de troubles importants dans l'économie.

---

celet d'argent (l. XXVIII, c. vii). Enfin, il est encore question dans Pline (*ibid.*) d'une Sotira, sage-femme, et qui était précisément de la même force. On trouve dans Galien une Éléphantis qui est nommée avec Asclépiade, Héraclite de Tarente et Moschion, comme ayant écrit sur l'alopécie (*De compos. med. sec. loc.*, l. I, c. ii) — cette Éléphantis est-elle la même que celle qui, au dire de Martial, de Suidas, etc., aurait composé des poésies obscènes? Peu nous importe; — une Favilla, femme de race latine sans doute, et qui avait composé un malagma contre les maladies des viscères abdominaux et surtout contre les affections de la rate (*ibid.*, l. IX, c. ii); et enfin Cléopâtre, dont nous devons dire quelques mots ainsi que d'une certaine Aspasie, dont le nom revient souvent dans Aétius. Mais rappelons d'abord que, dans cette période, outre les femmes que nous venons de citer et qui pour la plupart sont grecques, un certain nombre d'inscriptions votives nous donnent les noms purement latins de quelques autres avec l'épithète de *medica*. Cette qualification était d'ailleurs admise à Rome dans les premiers siècles de l'empire. Martial parlant d'une femme hystérique qui se plaignait de son vieux mari, ajoute : « Protinus accedunt medici, medicæque recedunt » (l. I, *Epigr.* 72); le légiste Ulpien, qui vivait 220 ans après Jésus-Christ, nous dit : « Quoties de prægnatione dubitatur, quinque obstetrices, id est medicæ, ventrem jubentur inspicere. » Dans un autre endroit il place, à propos des honoraires, les obstétrices à côté des médecins : « Sed et obstetricem audiant, quæ utique medicinam exhibere videtur, » etc. La position est donc ici nettement et légalement acceptée.

A. Beaugrand.

(La suite à un prochain numéro.)

Pathologie interne.

Névropathie cérébro-cardiaque, par le docteur M. Krishaber (1).

Suite. — (Voyez les numéros 20, 21, 23, 26, 27 et 30.)

Pronostic. — Il résulte de l'ensemble de nos observations que la névropathie cérébro-cardiaque tend naturellement vers la guérison. L'excitation du système nerveux étant la cause productrice immédiate de tous les troubles décrits, il arrive nécessairement un moment où cette excitation s'apaise et disparaît peu à peu; avec elle disparaissent aussi tous les symptômes, et le malade guérit.

C'est là ce que nous avons invariablement observé. Quant aux malades que nous avons perdus de vue et ceux dont nous avons donné l'histoire avant leur complète guérison, leur état s'est amélioré notablement, après un temps plus ou moins long.

Le pronostic doit donc être considéré comme constamment favorable.

La plupart de nos malades avaient rencontré les interprétations les plus diverses, et autant de traitements que d'interprétations, ce qui les avait placés dans des conditions défavorables et ce qui explique la durée excessive des accidents chez quelques-uns d'entre eux. Mais, quant à nous, nous sommes arrivé à la certitude que l'intensité des symptômes peut être assez rapidement conjurée; que le malade peut toujours être conduit à un état tolérable dans le cours de la première année et arriver à la guérison complète dans un laps de temps variable, il est vrai, mais qui ne doit jamais excéder de deux à quatre ans. Dans la grande majorité des cas, la guérison s'obtient beaucoup plus rapidement; mais il est avant tout indispensable que le malade cesse de se trouver dans les conditions qui ont fait naître l'excitation; il est nécessaire, en outre, de diriger tous les moyens dont on peut disposer vers ce but unique : l'*apaisement*. Il est toujours possible de l'atteindre par des règles hygiéniques, un *régime rigoureux* et une médication rationnelle. Si violents et si multiples que soient donc les symptômes du début, on parviendra invariablement à calmer et à éloigner les accès, à modifier l'état permanent et à abréger très-sensiblement la durée de cette douloureuse affection.

Traitement. — Nous examinerons d'abord le traitement hygiénique, nous désignerons ensuite le régime à suivre et arriverons en dernier lieu aux médicaments proprement dits.

La grande irritabilité du malade, son humeur changeante, son besoin de solitude, sa tristesse constante poussée parfois jusqu'au désespoir et aux idées de suicide, ses appréhensions excessives, enfin l'état nerveux général, qui est la résultante de toutes ses souffrances multiples, incessantes et prolongées, le rendent complétement insociable. Les soins les plus indispensables ne peuvent lui être donnés qu'avec des ménagements qui ne sont pas toujours faciles à obtenir d'un entourage dont le rôle, il faut le dire, est fort pénible. Ajoutez à cela que l'aspect du névropathe n'est point en rapport avec son état de souffrance et qu'il inspire facilement l'idée d'un malade imaginaire, appellation qui l'exaspère au plus haut point et entretient son irritabilité.

Nous ne trouvons pas inutile d'appeler l'attention sur ce côté *moral* de la situation qui a bien son importance. Sans entrer dans les détails que les particularités individuelles de chaque malade et ses conditions d'existence doivent déterminer, nous dirons seulement qu'il faut le mettre à l'abri d'impressions pénibles ou douloureuses, lui épargner, dans la mesure du possible, toute contrariété, et sans cesse relever son courage; mais il faut surtout combattre intelligemment sa mélancolie et ses appréhensions, et entretenir constamment en lui l'espoir, très-légitime et parfaitement justifié d'ailleurs, d'une guérison complète. Il lui faut, en un mot, des soins donnés avec une sollicitude sympathique et consolante.

Tout travail intellectuel devenant matériellement impossible, du moins au plus fort du mal, il serait oiseux de l'interdire; mais lorsque les symptômes s'apaisent et que le malade peut trouver dans une lecture, ou même dans des travaux intellectuels de courte durée, une distraction agréable, nous ne les défendons pas : c'est une question de mesure. Il est une différence fondamentale entre l'usage qui distrait et l'abus qui excite et épuise.

Tous ceux de nos malades qui attribuaient les accidents nerveux à des excès de travaux intellectuels s'étaient imposé, nous l'avons dit déjà, des insomnies volontaires et répétées afin de pouvoir prolonger les heures du travail; pour y parvenir, ils avaient recours à des boissons stimulantes, telles que café et thé à haute dose, sans compter que beaucoup d'entre eux faisaient en même temps abus de tabac; mais chez le plus grand nombre l'usage excessif de ces substances était une simple question d'habitude.

Il est parfaitement admissible, suivant nous, que l'action des boissons excitantes ingérées journellement, et restée presque inaperçue chaque fois, s'accumule en quelque sorte et se manifeste par des phénomènes d'intoxication à un moment déterminé. Ne voyons-nous pas que les choses se passent ainsi pour les boissons alcooliques? Le *delirium tremens*, produit d'une intoxication lente et progressive, éclate le plus souvent brusquement, soit sans causes appréciables, soit, au contraire, à l'occasion d'une maladie intercurrente. Nous n'allons pas jusqu'à supposer que la névropathie dont nous nous occupons soit le *delirium tremens* des boissons excitantes, mais nous ne pouvons méconnaître la large part qu'elles ont prise dans le développement de cette névropathie, dans sa recrudescence lorsqu'elle tendait à diminuer, et dans sa prolongation excessive. Nous avons interrogé à ce sujet tous nos malades, sans exception, et nous pouvons affirmer que presque tous ont fait grand abus, ou au moins usage exagéré, de café, de thé, et quelques-uns de tabac, ou bien ils ont pris des médicaments excitants du même ordre, dont nous aurons à nous occuper dans un instant. Nous nous empressons d'ajouter que ces mêmes malades, à diverses époques de leur vie, ont fait les mêmes abus sans en avoir éprouvé les mêmes inconvénients; il faut donc qu'ils se soient trouvés à un certain moment dans des conditions de réceptivité morbide particulière pour que les substances irritantes aient pu ajouter leur effet aux causes physiques et morales, bien autrement puissantes, qui ont déterminé la maladie.

L'excitation causée par l'abus du café et du thé est d'observation vulgaire. Voici ce que dit, au sujet du café, Murray, cité par Trousseau et Pidoux, qui acceptent sa manière de voir (*Traité de thérapeutique*, vol. II, p. 678, 8e édition. Paris, 1869) : « Hujus stimulo, calor, anxietas, cordis palpitatio, pervigilia adscribenda, quæ quidam, imbecilliori systemate nervoso instructi, a modico adeo, usu percipiunt, tantoque manifestius quo saturatius decoctum fuerit. Insigniora mala emergunt excessu : cephalalgia, vertigo, tremor artuum, pusillanimitas, exanthemata faciei, etc., hystericum et hypochondriacum malum gignit et auget. »

Quant aux expériences physiologiques sur le café, elles se sont beaucoup multipliées dans ces dernières années. Nous ne citerons que quelques expérimentateurs des plus récents. M. Leven (*Action physiologique et médicamenteuse de la caféine*, in *Archives de physiol.*, 1868) lui attribue une action excito-motrice sur la *moelle*. M. Méplain, dans une excellente thèse (*Du café*, Paris, 1868), résume et discute presque toutes les opinions émises jusqu'à lui; celles de l'auteur lui-même ont pour nous une valeur très-grande, appuyées qu'elles sont sur des expériences nombreuses et très-consciencieusement établies. « C'est, dit-il (p. 50), sur le système nerveux de la vie organique que s'exerce presque exclusivement l'action excito-

(1) *Erratum.* — Dans le dernier article, n° 30, p. 489, 2e colonne, ligne 50, *au lieu de* 2° De percussions multiples, *lisez* 2° De perversions multiples.

motrice de la caféine aux doses modérées, et c'est aussi dans son ressort qu'apparaissent les premiers symptômes produits par les doses toxiques. Les effets les plus remarquables de l'excitation de ce système s'observent dans les appareils de la circulation et de la digestion. La caféine excite en même temps les nerfs sympathiques du cœur et ceux des vaisseaux. » Comparant ensuite cette action à celle de la galvanisation des vaso-moteurs, l'auteur énumère, dans ses effets sur les centres nerveux, l'ischémie cérébrale réelle ou relative, et l'ischémie du bulbe. En augmentant la tension artérielle, la caféine, suivant ce même auteur, donne lieu au ralentissement, à la petitesse et à la fermeté du pouls et « à la gêne de la circulation en retour » (p. 51). A ce dernier point de vue, M. Méplain est plus explicite dans une autre partie de sa thèse (p. 29) : « Deux causes concourent à produire cette augmentation de tension, l'hypercinèse ventriculaire d'une part, de l'autre la contraction de la tunique musculaire du système artériel. La caféine, en effet, imprime aux fibres de cette tunique une excitation analogue à celle que nous l'avons vue produire sur les muscles de l'estomac et de l'intestin et sur le cœur. Cette contraction a pour effet de diminuer le calibre des artères; mais il s'en faut que cette diminution porte dans une égale proportion sur le calibre de tous les vaisseaux; très-peu prononcée sur les gros troncs, elle est considérable, au contraire, dans les rameaux de petit calibre, dans ces artérioles qui terminent le système à sang rouge et que souvent leur finesse fait, dans le langage habituel, confondre sous un même nom avec les capillaires vrais. C'est là le fait d'une loi générale de la contractilité artérielle, loi découverte par Hunter, en vertu de laquelle cette contractilité est de plus en plus grande à mesure qu'on observe des vaisseaux plus éloignés du cœur. L'histologie nous donne la raison de cette loi en nous montrant que l'élément contractile prend, dans la structure des artères, une place d'autant plus importante que ces vaisseaux sont de moindre volume, au rebours de l'élément élastique, qui devient de plus en plus prédominant lorsque des capillaires on remonte vers l'organe central de la circulation. » Et plus loin : « Quoi qu'il en soit, le résultat nécessaire de la contraction des artérioles et de celle des capillaires (si on l'admet) est d'opposer à l'écoulement du sang dans les veines un obstacle considérable. C'est en effet là ce qui a lieu sous l'influence de la caféine comme sous celle de tous les agents vaso-moteurs. »

Il serait impossible de ne pas faire de rapprochement entre ces phénomènes, constatés expérimentalement et dus à l'action de la caféine, et l'interprétation physiologique que nous avons donnée de la névropathie cérébro-cardiaque; or, personne n'ignore que l'action physiologique d'une certaine substance, qui, prise à dose modérée, serait inoffensive sur un individu en bonne santé, peut devenir action toxique éminemment nuisible sur ce même individu s'il se trouve dans des conditions d'opportunité morbide particulières. Et ce que nous disons du café s'applique au même titre à l'usage du thé. L'analogie entre ces deux substances est trop connue pour que nous ayons à y insister; si elles diffèrent par quelques propriétés excitantes diffusibles, il n'en est pas moins vrai que leurs alcaloïdes principaux ont une action physiologique identique ou à peu près.

C'est en traitant du café (in *Dict. encycl. des sciences méd.*, t. XI, p. 505) que M. Fonssagrives raconte que des feuilles de thé vert mâchées d'une façon en quelque sorte inconsciente, un jour de concours décisif, lui procurèrent dans le principe un fonctionnement d'esprit très-actif, mais l'action du thé continuant à se développer, il éprouva à la fin de l'épreuve une chute absolue de l'activité cérébrale, avec des troubles sensoriels bizarres, parmi lesquels figurait l'obnubilation, qui alla un instant jusqu'à une cécité passagère.

Il est très-probable que si l'action de cette minime quantité de thé n'était pas venue ajouter son effet à ceux de l'excitation cérébrale dus à la situation elle-même, les phénomènes toxiques ne se seraient pas produits. C'est ainsi qu'il faut évidemment comprendre la nocuité très-grande, voire même démesurée, dans la névropathie cérébro-cardiaque, du café et du thé, même à des doses modérées, et si nous nous sommes si longuement étendu sur ce sujet, c'est que nous avons invariablement constaté cette influence nuisible et que nous voulons justifier la *défense absolue* de faire usage de ces substances à quelque dose que ce soit. (Le chocolat, qui a des inconvénients moindres que le café et le thé, quoique contenant également un alcaloïde excitant, la théobromine, doit aussi être mis de côté.)

Le vin, la bière et les liqueurs alcooliques de toute espèce rencontrent chez quelques-uns des malades une impressionnabilité tout à fait exceptionnelle. Il nous a été dit très-souvent qu'il suffisait d'une quantité fort minime de boisson alcoolique pour produire les premiers indices de l'ivresse; cette susceptibilité peut être rapprochée de celle bien connue des *abstèmes*, mais elle n'existe pas toujours. Qu'elle existe ou non, nous n'avons pas remarqué que le vin et la bière pris modérément, ou de petites quantités d'eau-de-vie, exercent une action nuisible sur nos malades, même sur ceux qui en sont passagèrement incommodés. Nous défendons, par contre, certaines liqueurs contenant des macérations de plantes dont l'action physiologique n'est pas déterminée, mais que nous avons toujours vu produire un certain degré d'irritation qu'il est utile d'éviter.

Les rapprochements sexuels sont positivement nuisibles et doivent être supprimés, ou à peu près, pendant la durée de la maladie.

Une règle hygiénique sur laquelle nous insistons beaucoup consiste dans le renouvellement incessant de l'air dans l'appartement. C'est dans le même ordre d'idées que nous conseillons les promenades fréquentes en voiture découverte et à pied; pour le malade qui ne peut quitter son lit et dont le sommeil est encore profondément troublé, on obtient un apaisement réel en laissant ouvertes la nuit les fenêtres de sa chambre.

Le séjour à la campagne, et principalement à l'air vif des montagnes, est très-salutaire. Il nous semble admissible que les altitudes considérables puissent agir favorablement sur la circulation capillaire par le fait de la diminution de la pression atmosphérique et la dilatation que celle-ci tend à produire sur les vaisseaux rétrécis. Nous avons observé sur plusieurs de nos malades que le séjour prolongé sur les grandes hauteurs de la Suisse et du nord de l'Italie convenait parfaitement. Les endroits que nous recommandons particulièrement sont : dans les Grisons, Saint-Moritz-les-Bains (1786 mètres) et les environs de la haute Engadine, tels que Samaden, Pontresina, Campher (de 1740 à 1800 mètres); dans le Valais, les bains de Loëche et de Morgins, Zermatt (de 1400 à 1550 mètres); dans la Valteline, les bains de Saint-Martin et de Bormio (de 1450 à 1550 mètres).

Les altitudes de l'Engadine ont un climat très-rude, même au cœur de l'été; elles nous semblent convenir plutôt au déclin des névroses qu'à leur début. Une bonne pratique consiste, lorsque la saison dans la haute Engadine est terminée, à ne pas descendre immédiatement dans la plaine; on fait un séjour d'une quinzaine sur le versant de la montagne, Le Prese, par exemple (1000 mètres), admirablement situé, à mi-hauteur de la Bernina (1).

Le séjour sur des montagnes très-élevées, pendant les mois les plus chauds de l'année, a cet autre avantage d'épargner au malade le surcroît d'agitation causé par les nuits chaudes.

Sur une hauteur n'excédant pas 2000 mètres, la raréfaction de l'air n'est pas assez considérable pour que l'être vivant ne puisse pas suppléer par la fréquence plus grande des mouvements respiratoires à la quantité d'oxygène moindre prise à chaque inspiration; il ne faudrait donc pas croire qu'on respire

(1) Nous avons personnellement visité tous les endroits cités dans ce travail et les avons trouvés bien installés pour recevoir des malades.

moins d'oxygène que dans la plaine. Mais le séjour sur les hauteurs considérables n'étant possible au malade que pendant deux mois, trois au plus, il faut songer à le mettre pour le reste de l'année dans des conditions climatériques différentes et pourtant favorables. Pendant l'automne, nous recommandons le climat exceptionnellement doux et constant du midi du Tyrol, notamment Méran, qui offre à la fois l'air vif des montagnes, la température chaude de l'Italie et une situation incomparablement belle; la proximité de l'Adriatique permet de se rendre facilement à Venise, où le climat est doux au moins jusqu'à la fin de novembre, mais plus rarement en hiver. Pendant les mois les plus froids de l'année, ce sont essentiellement les contrées du midi de la France qui conviennent; il serait inutile d'en parler en détail, les particularités climatériques inhérentes à chaque localité du littoral de la Méditerranée étant très-connues; nous recommandons particulièrement Cannes et Menton, et Pau pour les malades qui ne supportent pas l'air excitant de la mer. Il est assez fréquent, en effet, qu'au bord de la mer les nuits deviennent plus agitées, que les névralgies, mais notamment l'angine de poitrine, subissent une véritable recrudescence; il suffit alors de s'éloigner de quelques lieues du littoral, parfois de quelques kilomètres seulement, pour apaiser cet état.

Les inhalations d'oxygène pur, répétées plusieurs fois par jour, peuvent suppléer jusqu'à un certain point au grand air, dans la période la plus intense, et lorsque le malade est encore obligé de garder la chambre ou même de rester au lit.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE CLINIQUE.

Notes chirurgicales : Abcès de la fosse ischio-rectale. — Chute du rectum. — Hémorrhoïdes internes. — Fissure anale, par le docteur Laroyenne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

(Fin. — Voyez le numéro 33.)

Sur le traitement des hémorrhoïdes internes procidentes par la cautérisation radiée avec la pâte au chlorure de zinc.

De l'avis de tous les chirurgiens, les hémorrhoïdes internes, s'accompagnant d'hémorrhagies abondantes ou assez répétées pour porter atteinte à la constitution, réclament une intervention active. Les méthodes sanglantes exposent à l'hémorrhagie et aux infections purulentes; elles doivent être abandonnées. Il en est ainsi de la ligature et même de l'écrasement linéaire, qui ont été suivis trop souvent des mêmes accidents pour être conservés, sans parler des rétrécissements du rectum consécutifs, qui peuvent être imputés à toutes les méthodes opératoires, si elles n'épargnent pas la surface d'implantation des hémorrhoïdes formant un anneau plus ou moins complet autour de l'orifice anal.

La cautérisation destructive avec le fer rouge, telle que la pratiquait L. Boyer, compte un certain nombre de revers, rappelés dans la si judicieuse monographie de M. Gosselin. Elle est suivie d'accidents inflammatoires dont l'anesthésie ne saurait mettre le patient à l'abri; aussi, pour toutes ces raisons, M. Demarquay a essayé de la cautérisation superficielle, dans l'espérance d'oblitérer les veines variqueuses sans les ouvrir; seulement il paraît difficile, d'après leur texture, de pouvoir limiter à la superficie de la muqueuse l'action du calorique et d'obtenir le résultat désiré.

La plupart des chirurgiens anglais, ainsi que M. Gosselin, ont recours à des cautérisations répétées avec l'acide azotique, mais ce traitement est d'une durée désespérante, surtout si l'on s'attaque à des bourrelets hémorrhoïdaux mixtes cutanés et muqueux, volumineux, dont l'enveloppe est d'une certaine épaisseur.

En cinq ans, j'ai appliqué quatorze fois la cautérisation radiée au traitement des hémorrhoïdes internes procidentes, de la manière que je vais indiquer. Aucun accident n'est survenu. Tous mes malades ont été suivis jusqu'à la complète cicatrisation de leurs plaies, et quatre d'entre eux ont été revus plus d'un an après leur opération; la douleur, les hémorrhagies, les tumeurs, avaient disparu.

Comme Bonnet, j'ai eu recours à la pâte de Vienne et à celle au chlorure de zinc. M. Philipeaux, dans son Traité de la cautérisation, nous apprend comment opérait ce chirurgien. Il renfermait le premier de ces caustiques dans un sachet de toile fine qu'il plaçait sur les tumeurs; la pâte de Canquoin succédait au sachet, lequel était destiné à empêcher la diffusion de la pâte demi-liquide sur les parties qu'elle devait respecter. Notre collègue, M. Valette, s'est servi de l'entérotome garni du même caustique, qu'il appliquait sur le pédicule des tumeurs variqueuses. J'ai procédé autrement. Toutes mes observations ont trait à des malades atteints d'hémorrhoïdes procidentes internes ou mixtes. Chez les uns elles étaient réductibles par la pression, et même spontanément, cinq ou six heures après la selle qui avait déterminé leur sortie; chez les autres irréductibles. Sur les parties saillantes du bourrelet variqueux, des traînées *linéaires* de pâte de Vienne convergeant vers l'orifice anal ont été appliquées et surveillées pendant une durée de deux à trois minutes; cette première application a été suivie d'une seconde de petits fragments de pâte au chlorure de zinc, dont la surface était proportionnée à l'étendue de la coloration noire produite par le caustique de Vienne. Il suffit de huit ou dix traînées caustiques pour entamer, sur un anneau hémorrhoïdaire des plus volumineux, toutes les bosselures qui se présentent, de distance en distance, séparées par des sillons plus ou moins profonds.

Ainsi, au lieu de pédiculiser les hémorrhoïdes et de cautériser les divers pédicules avec un appareil instrumental spécial ou un entérotome, au lieu de déterminer la destruction de ces tumeurs dans leur entier par les caustiques ou le fer rouge, ou de les attaquer, comme M. Gosselin, successivement et en plusieurs séances, on produit des cautérisations profondes, approximativement *radiées*, qui portent leur action au centre même des saillies veineuses, respectant leur surface sur une plus ou moins grande étendue.

Il est nécessaire que la pâte chlorurée soit un peu molle, pour se mouler facilement sur les points saillants et s'y fixer. Le tout est recouvert par de larges et épais plumasseaux de charpie cératés, maintenus par un bandage simplement contentif. La durée de l'application du caustique doit varier entre sept ou huit heures, après lesquelles on retrouve la masse variqueuse à l'état de procidence. Toujours est-il que, sur mon premier malade, j'avais pris la précaution inutile de fixer, à l'aide de fils et de collodion, le chlorure de zinc, afin de l'empêcher de rentrer dans le rectum, si la réduction de la procidence s'était effectuée. Aujourd'hui, je me contente d'introduire une petite mèche dans l'intestin, pour en barrer le passage au caustique, qui n'a, à la vérité, aucune tendance à s'y porter. Moins de vingt-quatre heures après l'opération le malade est soulagé; la turgescence des veines a cessé avec l'ouverture de leurs parois, et la rétraction cicatricielle suffira à la faire disparaître, quand bien même elles n'ont été atteintes que sur des points restreints en apparence. Mais le caustique, en pénétrant dans le tissu lacuneux des ectasies veineuses, l'imprègne et le détruit, tout en respectant les parties de leur enveloppe que l'on a tenu à ménager.

L'application de la pâte de Vienne, bien que limitée, est le seul moment vraiment douloureux de l'opération. Pendant ce court laps de temps les malades doivent être endormis.

La thérapeutique des tumeurs hémorrhoïdales par ce mode opératoire suscite une réaction inflammatoire modérée, comparée à celle qui accompagnerait une cautérisation étendue à

toute leur surface. Les douleurs sont moins vives et la cicatrisation plus rapide. En outre, cette thérapeutique comporte une sécurité absolue à l'égard des rétrécissements du rectum, dont la muqueuse n'est intéressée que sur des surfaces rayonnées plus ou moins espacées, et aussi, bien entendu, à l'égard des hémorrhagies. Reste l'infection purulente, qu'aucune méthode, qu'aucun procédé connu ne peuvent conjurer avec plus de certitude que celui qui nous occupe.

Il est une autre variété d'hémorrhoïdes, que je n'ai pas eu à traiter, s'accompagnant de procidence hémorrhagique de courte durée et répétée réductible spontanément et malgré la volonté du malade de les maintenir à l'extérieur. On ne saurait avoir recours contre elles au mode opératoire précité, puisque leur apparition est aussi fugace. C'est la cautérisation instantanée, avec un acide ou un fer rouge de petite dimension, qui me paraît leur convenir, cautérisation radiée ou ponctuée, suivant le volume des différentes saillies variqueuses, n'intéressant qu'une partie limitée de chacune d'elles et non toute leur surface.

Accident consécutif au traitement de la fissure anale par la dilatation forcée. — Moyen de l'éviter.

La dilatation forcée, si généralement appliquée, et avec raison, au traitement des fissures anales, est une opération innocente, rarement suivie de récidives et plus rarement encore d'hémorrhagies et de complications inflammatoires.

Un accident qui, je crois, n'a pas été signalé, consiste dans l'agrandissement de la fissure et le décollement de ses bords sur une surface assez étendue; si bien que les deux lambeaux muqueux qui en résultent, incessamment souillés par les matières intestinales, n'ont aucune tendance à se recoller sur leur surface d'application, surface constituée par un sphincter doué de mouvements de resserrement et de dilatation qui doivent forcément gêner la cicatrisation de la plaie. Le sphincter qui a été largement dilaté reprend peu à peu ses fonctions, et les douleurs intolérables, qui avaient nécessité l'opération, disparaissent; on peut même croire les malades guéris, tellement ils éprouvent de bien-être. La fissure est, suivant une expression de M. Gosselin, passée à l'état de fissure tolérante, et il ne serait pas impossible que cette amélioration eût fait passer inaperçu ce décollement, malgré sa persistance et sa difficile guérison. Pourtant il s'accompagne d'un peu de douleur dans la défécation; il existe un léger suintement purulent, et les malades ne peuvent retenir complétement les gaz et les selles liquides tant que la plaie n'est pas cicatrisée.

J'avais vu pratiquer et pratiqué bon nombre de ces opérations, sans jamais avoir observé cet accident, lorsque, le 14 juin dernier, j'opérai à l'hôpital de la Croix-Rousse la dilatation forcée sur une malade âgée de quarante-deux ans, d'une constitution affaiblie. La fissure siégeait en arrière. J'exerçai la pression suivant le diamètre transversal. Le sphincter céda comme d'ordinaire; mais je constatai un agrandissement de $0^m,01\ 1/2$ à $0^m,02$ de la fissure en longueur, et un décollement de ses bords d'une étendue de $0^m,007$ à $0^m,008$ de chaque côté. Je ne m'en inquiétai pas outre mesure, pensant que probablement la cicatrisation s'effectuerait grâce à la facilité de la défécation après la rupture du sphincter. Les bains répétés, les cautérisations au crayon de nitrate d'argent n'amenèrent aucun changement dans l'état de la plaie. Il persistait toujours un peu de douleur, un léger suintement purulent et un phénomène beaucoup plus ennuyeux : l'incontinence des matières liquides et des gaz intestinaux. Le 24 juillet, j'appliquai sur la fissure et ses bords décollés une petite lame de pâte au chlorure de zinc, que je maintins en place pendant une heure. L'eschare s'élimina, et c'est seulement à partir du 20 au 25 août que la plaie fut fermée et que les fonctions redevinrent normales. Pendant le cours du traitement, je cherchai à plusieurs reprises à me rendre compte de l'état du sphincter; sa tonicité paraissait un peu affaiblie. Il était difficile d'expliquer l'incontinence de l'intestin par la seule déchirure de sa muqueuse, si l'on n'admettait que cette déchirure n'eût réagi sur la contractilité du muscle sous-jacent et contribué à l'affaiblir. Toujours est-il que sa puissance physiologique reparut seulement avec la cicatrisation de la fissure décollée.

Déjà autrefois, sur une jeune malade, j'avais observé pareille lésion; mais comme j'ignorais l'état du rectum au moment où on l'avait dilaté, je n'avais pas su rapporter à la véritable cause les symptômes que j'avais sous les yeux, caractérisés par une douleur modérée et par l'impuissance à retenir les matières diarrhéiques de l'intestin, symptômes qui persistaient depuis un an.

Dans les travaux les plus récents sur cette question, M. Gosselin se borne à noter après la dilatation l'agrandissement en longueur de la fissure, et chez quelques-unes de ses malades des récidives. M. Chassaignac recommande de s'abstenir d'employer ce procédé s'il existe des hémorrhoïdes. Ce conseil est prudent s'il s'agit d'hémorrhoïdes internes opérables, répandues sur toute la surface de la région anale; elles doivent être traitées avant la fissure. Mais s'il ne se trouve, et cela se rencontre fréquemment, qu'une ou deux de ces tumeurs, lesquelles, sans les accidents douloureux de la fissure, n'eussent pas motivé d'intervention chirurgicale, il faut procéder avec ménagement à la dilatation, et, au besoin, la faire suivre de la cautérisation des hémorrhoïdes dans la même séance. Une distension violente pourrait, entre autres complications, produire un décollement de la muqueuse fissurée ou non, dont l'adhérence aux parties sous-jacentes est compromise par le développement des veines variqueuses.

Pour se mettre à l'abri de ce décollement de la muqueuse avec déchirure, lorsque la dilatation est indiquée, il est indispensable de la pratiquer autrement qu'on a coutume de le faire. En effet, aujourd'hui, quel que soit le siége de la fissure, le mode de dilatation ne varie pas: elle s'exerce suivant le sens transversal; on recommande de prendre au besoin un point d'appui sur les ischions pour agir avec plus d'efficacité. Or, la fissure existe-t-elle en avant de l'orifice anal ou en arrière où est son lieu d'élection, en procédant de la sorte on peut produire le décollement de l'ulcération, comme dans l'observation que j'ai rappelée. Mais si, l'un des pouces étant appliqué sur la fissure et lui fournissant un contre-point d'appui, et l'autre dans le sens opposé, on opère la dilatation forcée, cet accident sera évité, car le sphincter et la muqueuse, dans les points immédiatement en contact avec les agents dilatants subissent une distension infiniment moins considérable que sur les points où ce contact fait défaut. Il se produit des frottements sur les surfaces où les deux doigts — que l'on s'est dispensé d'enduire d'un corps gras — sont appliqués, qui font perdre à ces dernières de leur extensibilité; tandis que celle-ci s'exerce librement sur tous les points intermédiaires de la circonférence. Sans recourir à des notions de physique, on peut se convaincre de la réalité de ce phénomène en observant ce qui se produit sur un anneau de caoutchouc dont la circonférence a été divisée par des traits en centimètres. S'il est dilaté, comme dans l'opération de la fissure anale, avec les deux pouces ou deux autres doigts, à leur niveau l'espace compris entre deux divisions s'élargit beaucoup moins que celui, de même dimension, situé sur tout autre point de l'anneau. Il faut donc produire l'effort dilatateur suivant le diamètre à l'extrémité duquel se trouve la fissure, pour empêcher son décollement. Je sais qu'un peu d'hémorrhagie, par conséquent une légère déchirure, a été considérée comme une circonstance favorable à la cicatrisation, comme un mode d'avivement. Mais en présence de l'éventualité d'une déchirure pareille à celles que j'ai observées, mieux vaut ne pas s'y exposer, et si les bords et la surface de l'ulcération sont indurés, peu aptes à se réparer, y appliquer après la dilatation, pendant une demi-heure, un fragment étroit de pâte de chlorure de zinc.

On a eu recours pour dilater aux tenettes, aux spéculums. A Lyon, j'ai vu employer le spéculum dit d'Ambroise Paré, d'autres fois l'instrument dont on se sert pour ouvrir les doigts de gants. Tous ces instruments sont défectueux; car les spéculums en se développant pressent sur toute la surface de l'orifice et ne permettent pas d'obtenir son inégale distension, en réduisant celle-ci à son minimum sur un point qui ne doit pas céder, que ce point soit la fissure ou une hémorrhoïde à parois amincies; et aucun d'eux, spéculums ou autres, ne donne la mesure exacte de la force déployée et de la résistance qu'on rencontre. Ces dernières conditions sont cependant essentielles si la fissure siége en avant ou en arrière de l'anus et qu'on veuille se conformer au précepte que j'ai formulé d'*apposer sur elle un des doigts dilatateurs*. Dans ce cas, avec la dilatation digitale, on pourra, tout en effectuant la distension anale d'avant en arrière pour éviter la complication opératoire qui fait l'objet de cette note, se garantir des pressions instrumentales intempestives sur la prostate, le vagin et le coccyx.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 12 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. CHEVREUL.

Emploi de l'iode. — M. *T. Guyot* demande l'ouverture d'un pli cacheté qui a été déposé par lui le 9 juin 1856. Ce pli, ouvert en séance par M. le secrétaire perpétuel, contient une note sur un moyen d'administrer l'iode, en employant comme intermédiaires des plantes auxquelles on ferait absorber ce corps. L'expérience ayant appris que les substances animales renfermant de l'iode en petite quantité sont mieux absorbées que les préparations de laboratoire, l'auteur pense que l'on pourrait également faire usage de cresson arrosé avec l'iodure de potassium pour la guérison des scrofules et de diverses autres maladies. On pourrait de même, suivant lui, administrer le fer par un procédé analogue. (Renvoi à la section de médecine.)

Animaux fossiles. — M. *le Secrétaire perpétuel* signale les « Nouvelles recherches sur les animaux fossiles dans le terrain carbonifère de la Belgique (1re partie), de M. *de Koninck*. »

Phylloxera vastatrix. — M. *Dumas* signale à l'attention de l'Académie une série d'études sur le *Phylloxera vastatrix*, communiquées par M. *Laliman* à la Société d'agriculture du département de la Gironde, et insérées dans les Annales de cette société.

Déjà, au mois de juin 1871, une lettre de M. G. Basile annonce que le département de Vaucluse n'a pour ainsi dire plus de vignes, et qu'on ne peut plus avoir aucune confiance dans les remèdes. Une lettre de M. Planchon avertit que le fléau sévit dans les départements de Vaucluse, des Bouches-du-Rhône, du Gers; dans l'Hérault, les points attaqués sont Lunel, Lousasque, Trindron et Colondres, etc. Depuis lors le mal n'a fait que s'aggraver. Il serait désirable que, sans attendre l'apparition de tous les caractères extérieurs de la maladie, on pût procéder à des sondages permettant de reconnaître l'insecte sur les racines déjà attaquées; que l'on empêchât le transport et la vente des souches arrachées et couvertes de pucerons; enfin, comme le *Phylloxera* s'attaque particulièrement aux *racines des vignes françaises* et aux *feuilles des vignes américaines*, qu'il fût procédé à la cueillette et à la destruction des feuilles des vignes américaines, dès qu'on y constate la présence des galles à *Phylloxera*.

Académie de médecine (1).

SÉANCE DU 20 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de Seine-et-Marne et dans l'arrondissement de Vassy (Haute-Marne). (*Commission des épidémies.*)

M. le Secrétaire donne lecture d'une lettre de madame veuve *Cerise*, qui informe l'Académie que l'inauguration du monument élevé dans la ville d'Aoste en mémoire de son mari aura lieu prochainement, et elle exprime le désir de voir l'Académie représentée à cette cérémonie.

M. *Chatin* présente, de la part de son fils, M. le docteur *Joannès Chatin*, un volume intitulé : Études botaniques, chimiques et médicales sur les Valérianées.

L'assistance est peu nombreuse aujourd'hui. L'Académie n'a point de vacances, mais beaucoup d'académiciens en prennent; c'est une bonne vieille habitude classique dont il est difficile de se défaire, même quand on a quitté depuis longtemps les bancs de l'école pour s'asseoir sur le fauteuil d'une docte assemblée.

M. le *Président* ouvre la séance par une triste nouvelle, celle de la mort de M. *Vigla*.

M. Vigla, dont la carrière médicale avait été brillante, a voulu des funérailles modestes. En mourant, il a exprimé le désir qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. M. Barth, qui devait parler au nom de l'Académie, s'est conformé à la dernière volonté du défunt. Cependant, sur la demande de M. *Roger* et avec l'assentiment unanime de l'assemblée, M. le Président lit, d'une voix émue, l'allocution qu'il avait préparée pour cette douloureuse circonstance. C'est un éloge simple et touchant « un élan du cœur », pour nous servir des expressions mêmes de l'orateur, auquel toute l'assistance s'associe par ses applaudissements.

M. le *Président* annonce ensuite que l'Académie vient de recevoir tardivement de la famille de M. *Bousquet* une lettre de faire part de la mort de ce regrettable collègue, déjà divulguée par tous les journaux.

M. le *Président*, en présentant la nouvelle édition du règlement de l'Académie, signale les vides nombreux, les lacunes regrettables qui existent sur la liste des membres titulaires, associés et correspondants. Il fait un nouvel et pressant appel au zèle des sections et des commissions chargées de pourvoir aux vacances. De nombreuses marques d'approbation s'élèvent dans l'assemblée lorsque M. Barth déclare que « l'Académie a besoin d'hommes jeunes et laborieux pour faire face à ses importants travaux et pour donner une impulsion plus vigoureuse au progrès de la science et de l'art. »

M. *Bouley* regrette que le nouveau règlement ne contienne pas la liste des membres de l'Académie depuis sa fondation. Il voudrait que la savante compagnie eût « son livre d'or », dans lequel seraient à jamais inscrits les noms de ceux qui l'ont illustrée par leurs vertus, leur savoir ou leur génie.

La proposition de M. Boulay est renvoyée à l'examen du conseil d'administration, qui, suivant l'heureuse expression de M. Barth, en décidera avec l'ardent désir de l'accomplir.

Empyème et thoracocentèse. — La grande bataille touche à sa fin. Aujourd'hui, il y a eu un simple petit combat d'arrière-garde entre M. *Jules Guérin* et M. *Chauffard*, au sujet du procédé de Reybard : M. J. Guérin reprochant à ce procédé de ne produire qu'une évacuation incomplète et de laisser pénétrer l'air dans la poitrine; M. Chauffard soutenant, au contraire, que le trocart muni de la baudruche mouillée s'oppose à l'introduction de la moindre bulle d'air dans le thorax et permet une évacuation *à peu près* complète de l'épanchement pleural.

(1) Errata. — Deux erreurs typographiques se sont glissées dans notre dernier compte rendu : Page 539, communication de M. Ollier, 2e ligne, *au lieu de* sans titre, *lisez* sous ce titre. — Page 540, M. *Barth* rappelle....., etc., *au lieu de* faits réunis, *lisez* faits remis.

Fractures malléolaires. — Tout l'intérêt de la séance a été dans un rapport de M. *Gosselin* sur un travail présenté, le 30 avril dernier, par M. le docteur *Tillaux*, et relatif aux fractures malléolaires. On se rappelle sans doute que c'est par cette expression collective que M. Tillaux propose de désigner désormais les fractures dites du péroné.

Le rapport de M. Gosselin est un modèle du genre, et il méritait d'être lu devant un auditoire plus nombreux. Le rapporteur ne s'est pas borné, selon la méthode la plus commode et le plus généralement suivie, à reproduire, en l'analysant, le mémoire de l'auteur et à conclure par un jugement sommaire : il a discuté les opinions de M. Tillaux ; il a soumis ses expériences au double contrôle du raisonnement et de la vérification pratique.

M. Gosselin constate que M. Tillaux, tout en s'engageant dans la voie expérimentale déjà ouverte par M. Maisonneuve, a suivi un mode d'expérimentation un peu différent et a pratiqué des expériences plus nombreuses et plus variées. Cela explique pourquoi M. Tillaux a obtenu des résultats nouveaux et découvert des lésions qui avaient échappé à son devancier. Le nombre des expériences faites sur le cadavre par M. Tillaux s'élève au-dessus de cent. Six ont été exécutées en présence de M. Gosselin, qui en a vérifié les résultats.

Tous les faits concourent à démontrer l'opinion de Malgaigne, à savoir, que les fractures malléolaires ont lieu, tantôt par adduction, tantôt par abduction.

M. Gosselin a pu s'assurer aussi de la réalité des quatre variétés de fractures malléolaires admises par M. Tillaux; il adopte notamment l'explication ingénieuse et nouvelle que ce chirurgien a donnée du mécanisme, jusque-là très-obscur, de la fracture susmalléolaire ; enfin il donne son entière adhésion, mais non sans les avoir longuement examinées, aux idées et aux démonstrations de M. Tillaux, en ce qui concerne les fractures par abduction et le rôle considérable que jouent les ligaments péronéo-tibiaux dans la production de ces fractures.

Au sujet des quatre observations que M. Tillaux rapporte dans son mémoire comme une vérification clinique de ses expériences sur le cadavre, M. Gosselin fait remarquer très-justement qu'il est fort difficile d'obtenir des malades des renseignements exacts et précis sur la manière dont une fracture malléolaire s'est effectuée, et sur la direction de la jambe et du pied au moment même de l'accident. Ces sortes de fractures se produisent habituellement d'une manière si brusque, si instantanée, que les blessés ne peuvent guère se rendre compte de la nature du mouvement et du sens de la rotation du membre.

En ce qui touche les expériences sur le cadavre, tout en reconnaissant leur valeur et leur importance, M. Gosselin est obligé de faire observer qu'elles sont incapables de reproduire complétement l'ensemble des circonstances qui interviennent dans la production et dans le mécanisme des fractures sur le vivant. Ainsi, ces expériences ne peuvent donner ni les effets de l'écrasement, ni les conséquences du poids du corps, ni celles de la vitesse de la chute, ni celles surtout si importantes de la contraction musculaire.

Ces réserves faites, M. le rapporteur n'en rend pas moins un hommage mérité au zèle laborieux, à la persévérance, à l'habileté et au talent déployés par M. Tillaux dans ses utiles recherches.

M. Gosselin demande et l'Académie accorde des remercîments pour l'auteur, et les honneurs du renvoi au comité de publication pour son intéressant travail, qui contribuera à élucider un des points les plus obscurs de l'histoire des fractures.

A. Linas.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

CORRESPONDANCE. — ASPIRATION DES LIQUIDES DANS LA HERNIE. — PATHOGÉNIE DES KYSTES DES MACHOIRES. — EXSTROPHIE DE LA VESSIE AVEC DOUBLE HERNIE ILIO-SCROTALE. — LUXATION COMPLÈTE DE L'ASTRAGALE.

M. *Boinet* offre à la Société une brochure intitulée : Service chirurgical de M. le docteur Boinet aux ambulances de la Société de secours aux blessés.

M. *Broca* communique (de la part de M. Michel, de Cherbourg) le résultat d'expériences faites sur le cadavre, qui ont conduit ce chirurgien à proposer une attitude du membre pour remédier aux déplacements des fragments dans les fractures de la clavicule. Le procédé consiste à placer l'avant-bras derrière le dos, en relevant la main vers l'omoplate du côté opposé. Le procédé n'a pas été employé sur le vivant ; M. Michel désire prendre date.

— M. *Fleury* (de Clermont) envoie à la Société une note sur l'aspiration des liquides dans les hernies étranglées au moyen de l'appareil de Dieulafoy. Ce procédé opératoire, s'il a quelques avantages, peut avoir de nombreux inconvénients; il serait urgent d'en indiquer les indications et les contre-indications. M. Richet, puis M. Aguilhon (de Riom) ont obtenu chacun un insuccès.

Un homme dans la force de l'âge entre dans le service de M. Fleury avec une hernie inguinale volumineuse, irréductible depuis quatre jours. M. Fleury emploie sans succès l'instrument de Dieulafoy, puis celui de M. Potain. La tumeur conserve son volume et devient douloureuse ; vomissements. Les ponctions répétées ont provoqué une inflammation. Le malade, fatigué de l'inefficacité du traitement, sort de l'hôpital. A la même époque, M. Fleury a opéré deux femmes qui avaient deux hernies crurales. Chez la première, étranglement depuis quatre jours; intestin gangrené; mort par péritonite. Chez la seconde, étranglement datant de quarante-huit heures; anse intestinale noire et flétrie. Il fallut pratiquer un anus contre nature. Dans ces deux cas, si l'on avait eu recours à l'aspirateur Dieulafoy, on aurait réduit une anse intestinale gangrenée et un épanchement se serait fait dans la cavité péritonéale. Il serait opportun d'établir les indications et les contre-indications du procédé de Dieulafoy.

M. *Verneuil* a pratiqué sur un malade, sorti ce matin de son service, les ponctions avec l'aspirateur Dieulafoy. Elles n'ont causé aucun désastre, mais elles ont été inefficaces. Un concierge, atteint de hernie inguinale descendue dans le scrotum et étranglée depuis seize heures, entra à Lariboisière. La hernie, habituellement contenue, était sortie tout à coup. comme elle était fluctuante, ponction et aspiration qui donnent 400 grammes d'un liquide rosé : il y avait hydropisie du sac. Alors M. Verneuil fait une tentative de réduction, le malade étant chloroformisé; insuccès. Seconde ponction avec aspiration : il sort un peu de gaz et de sang; la tumeur ne diminue pas. Troisième ponction : il sort du sang; kélotomie et débridement sur le collet du sac ; l'intestin était un peu livide. Il y avait sur cet intestin trois perforations : l'une du premier coup de trocart, les deux autres du deuxième coup de trocart ; il en suintait un peu de sang. Ligature de l'épiploon et réduction de l'intestin. Le malade guérit. De ce fait, M. Verneuil tire cette conclusion, que les ponctions ne doivent pas être faites dans un étranglement ancien, parce que des perforations sur un intestin malade peuvent entraîner de graves désastres. Ici la ponction a été innocente, mais on a percé trois fois en vain l'intestin.

M. *Panas* a fait deux tentatives d'aspiration dans les hernies : 1° sur une femme atteinte de hernie crurale gauche étranglée.

Une ponction avec aspiration n'enleva que le liquide du sac (30 grammes environ). Nouvelle aspiration en un autre point: aucun résultat. Alors dernière tentative de taxis; réduction. L'étranglement remontait à quarante-huit heures. Mort le surlendemain. Il s'est fait probablement une perforation tardive qui a amené une péritonite. L'autopsie ne put être faite. 2° homme atteint d'une grosse hernie scrotale étranglée. Ponction et aspiration; on obtient 100 grammes de liquide. La hernie ne peut être réduite. Kélotomie : l'anse intestinale est rouge, enflammée; débridement du collet du sac; réduction. Le malade mourut. La ponction avec aspiration n'est donc bonne qu'au début de l'étranglement.

— M. *Magitot* lit, à l'appui de sa candidature, un mémoire sur la Pathogénie des kystes des machoires. Dans ce travail, l'auteur développe une théorie nouvelle sur le mode de production de cette lésion. Pour lui, tout kyste des mâchoires reconnaît constamment et exclusivement pour cause un état pathologique de l'organe dentaire survenu, soit pendant sa période embryonnaire ou *folliculaire*, soit à l'état adulte. Dans le premier cas, le kyste prend le nom de *folliculaire*, dans le second celui de *périostique*. En dehors de ces deux espèces de kystes, on ne doit, suivant l'auteur, rencontrer dans les mâchoires d'autres kystes que ceux qui peuvent se produire autour d'un corps étranger : une balle, par exemple. Ce sont alors des corps étrangers enkystés, et non de véritables kystes spontanés.

M. Magitot définit les kystes des mâchoires : « *Toute poche membraneuse pathologiquement développée au sein des maxillaires, close de toutes parts, et distincte des tissus ambiants.* » Les kystes du sinus maxillaire, ceux de la muqueuse buccale, du plancher de la bouche, qui peuvent accidentellement et consécutivement envahir les mâchoires, sont distraits de cette étude. Il en est de même de ces collections diverses, improprement appelées kystes, et qui peuvent prendre naissance au-dessous du périoste des mâchoires, épanchements divers, etc.

Le mode de production d'un kyste de la première espèce, c'est-à-dire d'un kyste des follicules, est le suivant : Par suite d'un trouble de nutrition du follicule à l'une quelconque des phases de son évolution, une production anormale de liquide s'effectue dans le sac, la paroi se distend et refoule progressivement les parties voisines; le travail physiologique dévolu aux organes contenus dans le follicule est suspendu ou profondément troublé, mais on parvient toutefois, dans le plus grand nombre des cas, à distinguer encore dans un kyste de cette espèce la trace des organes qui occupaient primitivement le follicule. C'est ainsi que les kystes folliculaires sont divisés par M. Magitot en trois variétés : 1° *kyste folliculaire de la période embryoplastique*, c'est-à-dire correspondant à l'époque où le follicule est encore dépourvu des premiers rudiments de l'ivoire et de l'émail; 2° *kyste folliculaire de la période odontoplastique*, c'est-à-dire ceux qui ont pris naissance dans le follicule dentaire après le début de la genèse de l'ivoire et de l'émail ; aussi trouve-t-on dans ceux-ci des grains, concrétions, plaques calcaires de nature dentaire proprement dite ; 3° enfin les *kystes folliculaires de la période coronaire*, dans lesquels on constate, à l'examen de la poche, la présence d'une couronne dentaire entièrement formée, et tantôt libre dans la cavité; tantôt, ce qui est plus ordinaire, fixée à la paroi par une courte racine rudimentaire.

Tels sont les kystes du follicule dentaire. M. Magitot en a trouvé dans la science un certain nombre d'exemples dont la nature a été le plus souvent méconnue de leurs auteurs, jusqu'à l'époque où MM. Guibout et Forget publièrent leurs premiers travaux sur ce sujet.

Quant aux kystes que M. Magitot décrit sous le nom de *kystes périostiques*, ils appartiennent à l'état adulte de l'organe dentaire, et se produisent par soulèvement du périoste qui revêt la racine d'une dent. Le point de début de ces kystes est donc l'alvéole, ce qui justifierait jusqu'à un certain point le terme d'*alvéolo-dentaire* que leur avait donné M. Forget. Toutefois, dans la théorie de M. Magitot, c'est le périoste dentaire lui-même qui devient la paroi kystique, de sorte que la racine dénudée plonge dans la poche, où on la retrouve libre au sein du liquide, tandis que la paroi s'insère circulairement sur un point plus ou moins élevé de cette racine et s'étale de là à toute la cavité. L'alvéole n'est donc nullement le siége de cette production ; il est seulement distendu et constitue ultérieurement la paroi osseuse parcheminée qui circonscrit d'ordinaire la poche membraneuse.

Tels sont les deux modes de production des kystes des mâchoires. En dehors de ces deux ordres de phénomènes, on ne trouve dans les mâchoires aucune autre espèce de kystes, si ce n'est toutefois un kyste formé autour d'un corps étranger, comme dans une observation de M. Maisonneuve.

Les kystes des mâchoires, au point de vue de leur contenu, se subdivisent : en kystes folliculaires, en kystes *séreux, méliceriques*, butyreux; en kystes périostiques, en kystes séreux et séro-sanguinolents, mélicériques et purulents.

M. Magitot présente à l'appui de cet exposé des observations personnelles, des pièces anatomiques, des dessins et des tableaux critiques des faits recueillis dans la science jusqu'à ce jour sur les kystes des mâchoires, et qui, pour la grande majorité, se rattachent à la théorie qui est développée dans son travail.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Saint-Germain, Duplay et Tillaux.)

— M. *Guéniot* présente un enfant de deux mois sur lequel on remarque une exstrophie de la vessie avec double hernie ilio-scrotale.

— M. *Guéniot*, à l'occasion du fait relaté par M. Desprès dans la dernière séance, présente le moule en plâtre d'une luxation astragalienne complète.

REVUE DES JOURNAUX.

Gastrotomie dans les cas de rétrécissement de l'œsophage, par les docteurs T. Smith et W. Mac Cormac.

La gastrotomie, pratiquée deux fois par M. Sédillot, a été exécutée également par Fenger, par Ridge (*Gaz. hebd.*, 1854, p. 560 et 639) et par Habershon (*Gaz. hebd.*, 1856, p. 477). L'opération n'a malheureusement pas fourni des résultats favorables, puisque la plupart des opérés ont succombé de douze heures à trente-six heures après l'opération. M. Smith compte actuellement 12 cas dans lesquels la gastrotomie a été suivie rapidement de mort, et cependant il pense que l'opération peut être tentée dans le cas de cancer de l'œsophage, lorsqu'il n'y a plus d'autre moyen à employer. Dans le fait qu'il rapporte, il existait un rétrécissement infranchissable do l'œsophage, de nature épithéliale. Le malade est mort de péritonite une semaine après l'opération.

Le docteur Mac Cormac a rappelé, à propos de cette observation, les résultats obtenus dans deux cas de gastrotomie pratiquée à Saint Thomas's hospital. Le premier malade, opéré par le chirurgien, a survécu quarante-cinq heures; le second, opéré par M. Le Gros Clark, atteint comme le précédent de cancer épithélial, a survécu six jours à l'opération. Dans ces divers faits, les accès de toux et de vomissements paraissent avoir nui au succès de l'opération en favorisant la péritonite et détruisant les adhérences autour de la plaie abdominale. Quoi qu'il en soit, jusqu'à présent ces exemples ne prouvent pas que la gastrotomie ait réellement prolongé l'existence des malades, et cette opération, en fait très-dangereuse, restera certainement longtemps encore au nombre de ces tentatives qui ne sont excusées que par la volonté expresse du malade de se soumettre à une opération dont la gravité et l'insuccès doivent lui être franchement exposés. (*Medical Times and Gazette*, 22 juin 1872.)

Traitement du choléra par les injections sous-cutanées de morphine, par le docteur J. Patterson.

L'épidémie de choléra qui a sévi à la fin de l'année dernière à Constantinople et à Hasskien, village qui est occupé par une colonie anglaise importante, a donné l'occasion d'étudier la valeur des injections sous-cutanées de morphine. L'effet de cette médication serait véritablement surprenant, même dans les cas les plus graves. Dans les cas ordinaires, il suffirait d'une ou deux injections d'un quart à un demi grain d'acétate de morphine; dans quelques cas, il peut être nécessaire de faire trois injections ou même quatre. Le docteur Patterson ne prétend pas avoir trouvé un spécifique du choléra, mais il insiste sur la valeur d'un mode d'administration des médicaments dont l'activité est supérieure à tout autre et permet ainsi de gagner du temps et de pouvoir appliquer divers traitements.

Les résultats obtenus sont les suivants : sur 10 cas traités de la manière ordinaire, il y a eu 1 guérison et 9 morts; au contraire, sur 42 cas traités par les injections d'acétate de morphine, 22 ont guéri, 20 sont morts. C'est, on le voit, à peu près la moitié; mais sur les derniers cas 8 étaient tout à fait sans espoir, de sorte qu'en réalité il ne faudrait compter que 32 cas dans lesquels le traitement pût avoir quelques chances et pour lesquels la mortalité a été de 10 pour 32, et sur les 10 morts 1 avait plus de soixante ans d'âge et 3 étaient buveurs. (*Medical Times and Gazette*, 27 janvier 1872.)

Lavement nutritif. Nouvelle méthode pour nourrir les malades par l'anus, par W. O. Leube.

L'emploi des lavements nutritifs est une ressource ultime qui présente en pratique une importance non discutable. Nous avons analysé une observation dans laquelle la vie a été entretenue pendant cinquante-neuf jours à l'aide de lavements nutritifs (*Gaz. hebd.*, 1868, p. 590). M. Béclard, s'appuyant sur les expériences de Steinhauser, admet que la digestion dans le gros intestin, insignifiante à l'état normal, peut devenir plus active lorsque le suc intestinal, non utilisé par une digestion préalable, afflue dans le cæcum. M. Leube a eu l'idée de rendre très-active la digestion dans le gros intestin en portant dans cet organe à la fois des substances digestibles et une substance digestive; celle-ci est constituée par le pancréas du porc.

La masse à injecter par le lavement est composée de la manière suivante : 50 à 100 grammes de pancréas de porc ou de bœuf, dépouillés avec soin du tissu adipeux, sont hachés en fines parcelles et mélangés à 150 ou 300 grammes de viande de bœuf; les deux substances sont pilées dans un mortier avec de l'eau chaude, et forment un magma qui est injecté au moyen d'une seringue munie d'une canule largement ouverte. Les lavements ainsi composés ont donné d'excellents résultats chez les chiens. A la suite des injections, on trouve une masse fécale tout à fait analogue aux matières ordinaires; la graisse, l'albumine, sont digérés par le gros intestin.

L'auteur a appliqué cette méthode de nutrition chez deux malades. Dans un cas, il s'agissait d'un cancer de la partie supérieure du tube digestif, dans l'autre, le malade ne pouvait prendre aucun aliment sans les rejeter par des vomissements. Dans ces cas, les lavements avec la substance pancréatique n'ont jamais causé de diarrhée; ils demeuraient dans l'intestin pendant douze à trente-six heures sans produire de selles. Le malade ne ressentait aucune douleur. A la suite des lavements le pouls devenait plus plein; mais au début les clystères n'étaient pas entièrement conservés, les malades rejetant une partie de la masse injectée non digérée. Ce mélange serait, suivant l'auteur, supérieur à toutes les autres substances qui sont recommandées pour la nutrition par le gros intestin.

Il s'agit ici d'un fait clinique que l'expérience doit juger, mais à priori il semble qu'au lieu de la substance pancréatique la pepsine pourrait donner des résultats plus efficaces, par rapport aux substances azotées; cependant on comprend très-bien que si l'on injecte de l'amidon, comme l'a pratiqué M. Leube dans certains cas, la substance pancréatique puisse, en le transformant en sucre, le rendre absorbable. (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, mai 1872.)

Travaux à consulter.

Fracture de côte par effort musculaire, par le docteur Podrazki. — La fracture s'est produite dans un violent accès de toux déterminé par l'entrée de quelques gouttes d'eau dans le larynx. Gurlt a réuni jusqu'en 1862 huit faits de fractures de côte par effort musculaire. (*Osterreich. Zeitschrift f. praktische Heilkunde*, n° 18, 1872.)

Laryngotomie thyroïdienne. Extirpation d'un polype papillaire du larynx, guérison durable avec conservation de la voix, par le docteur Demons. (*Bordeaux médical*, n°s 3 et 4, 1872.)

Rage. Injection d'eau dans les veines, mort, autopsie, par le docteur Louis Lande — Les injections d'eau furent faites avec l'appareil de Moncoq, et par la médiane céphalique. On injecta environ 25 grammes chaque fois et à des intervalles de quelques minutes, en tout 700 grammes. La malade éprouva un soulagement considérable, mais quelques heures plus tard les accès se reproduisent et la malade meurt; on ne trouva aucune trace de coagulation dans l'appareil circulatoire. Cette expérience est renouvelée de Magendie, qui injecta 550 grammes d'eau et obtint une amélioration passagère chez un rabique. M. Oré, suivant l'auteur, a injecté, quelques jours après ce fait, 800 grammes d'eau; l'amélioration a été évidente, le malade a pu prendre des aliments solides, mais est mort trois jours après l'opération. En résumé, les injections d'eau semblent avoir adouci les symptômes terribles de la rage. (*Bordeaux médical*, n°s 5 et 6.)

Thromboses et embolies veineuses consécutives a une fracture intra-articulaire du coude. Guérison, par le docteur Azam. — La fracture a été traitée par l'occlusion. Il y a eu pneumonie traumatique, puis thrombose de la veine iliaque droite. On a observé des symptômes subits, tels que l'oppression, l'asphyxie et la perte de connaissance, et enfin du côté droit de la poitrine des râles sous-crépitants avec souffle tubaire localisés, crachats sanguinolents. Il nous semble logique d'admettre, avec M. Azam, l'existence d'une embolie pulmonaire. Le malade a guéri, mais après que la thrombose se fut étendue à la veine crurale gauche, et que des accidents semblables aux précédents se furent présentés à plusieurs reprises, mais avec une intensité moindre. Le coude a guéri avec ankylose. (*Bordeaux médical*, n°s 1 et 2, 1872.)

Le phosphate de chaux dans l'urine des phthisiques, par le docteur De Rensi. — Un des caractères les plus fréquents et les plus remarquables de l'urine des phthisiques est constitué par la présence d'une grande quantité de phosphate de chaux. Cette abondance n'est pas due au traitement par le sel, mais provient des altérations nutritives. L'observation clinique fait reconnaître un rapport direct entre la quantité de phosphate de chaux contenue dans l'urine et l'amaigrissement des malades; de sorte que, à la diminution générale du poids, correspond une augmentation dans l'excrétion de phosphate de chaux, et réciproquement à l'augmentation du poids correspond la diminution du phosphate de chaux dans l'urine. La chimie, en faisant reconnaître l'excès de phosphate de chaux qu'on trouve dans l'urine des phthisiques démontre la nécessité de réparer cette perte par l'introduction de ce sel dans l'organisme à titre de médicament. (*L'imparziale*, n° 9, *Nuova Liguria medica.*)

De l'hypertrophie de la langue, par le docteur Hermann Maas. — L'hypertrophie de la langue ou *macroglossie*, *prolapsus linguæ*, est une affection curieuse, qui n'a pas attiré l'attention des auteurs de traités classiques de chirurgie. Cependant Percy, Mirault (d'Angers), Blandin et Sédillot ont rapporté des exemples de cette affection, et ont étudié les moyens de traitement qu'elle comporte. Les Allemands et en particulier Virchow, Weber, Billroth, Volkmann, Bardeleben, Just et Keller ont eu des occasions plus fréquentes d'étudier la macroglossie, et le docteur Maas a pu en une dizaine d'années en observer cinq cas. Il conclut de ses recherches que la macroglossie est une hyperplasie d'une

partie ou de toute la langue, qui par suite de la procidence de l'organe et des inflammations qui en sont la conséquence, se complique d'une hyperplasie par irritation portant principalement sur le tissu conjonctif et les vaisseaux. Ce travail renferme des détails cliniques et des notions de médecine opératoire utiles à signaler. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, 13 Bd., Heft, 1872.)

Laryngite phlegmoneuse. laryngotomie cricoïdienne. Chute de la canule dans la bronche gauche, par le docteur Legros (de Bruxelles). — Cette observation est curieuse à plus d'un titre. On avait pratiqué sur un homme de vingt-quatre ans la laryngotomie cricoïdienne pour une laryngite survenue à la fin d'une fièvre typhoïde. Deux ans après l'opération, le malade portant encore une canule fut atteint d'un accès de suffocation, à la suite duquel on constata que la canule interne était seule dans la plaie, la canule externe avait disparu. M. Legros pensa qu'elle était tombée dans la trachée, mais toutes les tentatives faites pour la retrouver échouèrent, et, fait remarquable, à la percussion et à l'auscultation il y eut d'abord absence complète de signes physiques dus à la présence d'un corps étranger dans la poitrine. Ce n'est qu'au bout de trois mois et dix-huit jours que le malade mourut avec des symptômes de consomption pulmonaire ; à l'autopsie on retrouva la canule dans la bronche gauche où elle était mobile. Cette observation est d'ailleurs rapportée avec les détails suffisants, et a été lue à l'Académie de Belgique. (*Archives médicales belges*, mars 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Monographie de Bagnères-de-Luchon (extrait de la *Monographie complète des eaux minérales des Pyrénées*, par le docteur F. Garrigou, médecin consultant à Luchon. T. 1, — Paris, 1872, G. Masson.

Guide médical aux eaux de Néris, par le docteur Bonnet de Malherbe, médecin-inspecteur des eaux de Néris. — Paris, 1872, J.-B. Baillière et Fils.

Il y a différentes façons d'écrire sur les eaux minérales. La première manière, la plus commode et la plus usitée de toutes, consiste à emprunter des détails techniques, des indications médicales et des analyses chimiques aux savants Traités de Rotureau ou de Durand-Fardel ; à prendre, dans les Guides-Joanne, des descriptions pittoresques, des renseignements usuels, des banalités, des lieux communs; et de confectionner, avec le tout, un petit volume gentil, propret, coquet et mignon, orné, à l'intérieur, de quelques jolies vignettes, et, à l'extérieur, d'une galante couverture azurée, rose ou gris-perle. Ces petits livres, qu'on intitule généralement « Guides ou Manuels du baigneur », se font tranquillement à Paris, pendant les loisirs de l'hiver, au coin du feu, après la première saison passée dans une station thermale. L'auteur y ajoute quelquefois, quand il le peut, deux ou trois observations « tirées de sa pratique », signe son nom et répand à profusion cet opuscule, qui doit fonder sa renommée, commencer sa fortune hydrologique et faire savoir *urbi et orbi* que le docteur X... est médecin consultant ou inspecteur adjoint, voire inspecteur, aux eaux minérales de B... ou de P... La littérature hydrologique est inondée de publications de ce genre, auxquelles l'auteur a tout à gagner, mais la science rien.

La seconde manière d'écrire sur les eaux minérales n'a rien de commun avec la première. Autant l'une est légère, frivole et inutile, autant l'autre est sérieuse, grave et profitable au progrès scientifique : celle-là s'adresse surtout aux gens du monde ; celle-ci convient aux médecins et aux savants. Elle consiste à étudier scrupuleusement les sources auprès desquelles on se propose d'exercer, à rechercher leur composition chimique par des manipulations directes et par des analyses personnelles, à vérifier leurs propriétés physiques, à constater, par une longue et patiente observation, leur qualités thérapeutiques, à comparer entre elles les eaux d'une même localité, à découvrir les causes de leurs analogies ou de leurs différences, à pénétrer le secret de leur origine et de leur formation, leurs rapports intimes avec les couches géologiques du sol, enfin le mécanisme de leur minéralisation et de leur thermalité.

A cette condition seulement on mérite le titre de médecin hydrologue, et l'on est apte à exercer utilement dans une ville d'eaux. Car, il faut bien le dire, on ne s'improvise pas hydrologue, et l'hydrologie, pas plus que les autres sciences, n'est infuse avec la vie.

On ne peut pas se défendre de ces réflexions quand on lit la belle monographie de Bagnères-de-Luchon, que vient de publier M. le docteur Garrigou, déjà si honorablement connu par ses persévérantes recherches sur la paléontologie et sur l'origine de l'homme. M. Garrigou est né dans les Pyrénées; et, épris de bonne heure d'une vraie passion scientifique pour ces curieuses et intéressantes montagnes, il a consacré plusieurs années de sa vie à les parcourir, à fouiller leurs cavernes et à sonder leurs entrailles, pour découvrir leurs prodigieux trésors géologiques et mettre au jour leurs incomparables ressources hydro-minérales. Sans doute, M. Garrigou avait été précédé dans cette voie par d'autres savants ; mais la plupart des travaux antérieurs sont des études spéciales ou partielles, d'une valeur et d'un mérite incontestables, tandis que les recherches de notre auteur embrassent, dans une vaste synthèse, toute la chaîne des Pyrénées. On voit immédiatement, sans qu'il soit nécessaire d'insister, combien une pareille étude, réunissant, dans une vue d'ensemble, toutes les eaux pyrénéennes, doit produire de résultats importants et de solutions fécondes pour les problèmes encore si obscurs de l'hydrologie médicale et de la thérapeutique thermale.

C'est naturellement par Luchon, « la reine » de ces montagnes, que commence le travail de M. Garrigou.

L'historique consacré par l'auteur à cette station thermale prouve bien que Luchon n'est pas seulement la reine des eaux des Pyrénées par l'abondance et la richesse de ses sources, la beauté et la splendeur de ses sites, mais encore par la noblesse de son origine et l'antiquité de ses traditions. Les Romains appréciaient ces eaux salutaires, et Strabon les désigne sous le nom de « thermes onésiens ». Dans des chapitres pleins d'érudition, écrits sous l'inspiration de M. Adolphe Garrigou père, un des plus savants archéologues du Midi, on trouve les renseignements les plus précieux sur les anciennes populations aquitaniques, sur l'identité des *Garumni* et des *Convenes*, sur l'étymologie des noms de Luchon et de Garonne, sur les destinées de la station thermale pendant l'occupation romaine, l'invasion des Vascons, la conquête arabe, la période carlovingienne et les époques suivantes, jusqu'à nos jours.

Après une description topographique de Luchon et de ses environs, dans laquelle l'écrivain a eu le bon goût de ne pas sacrifier l'exactitude au pittoresque, M. Garrigou résume en un court chapitre la géogénie des Pyrénées comme une introduction nécessaire à l'étude géologique de la vallée onésienne. Rien de plus intéressant que ce chapitre, où sont exposés et discutés les principaux systèmes concernant le soulèvement et la formation de la chaîne pyrénéenne, et où M. Garrigou, contrairement aux théories anciennes, s'élève contre l'origine éruptive des couches granitiques, et soutient, à grand renfort d'arguments et de preuves, la nature purement métamorphique et sédimentaire de ces roches.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans son excursion géologique de la vallée de Luchon, malgré l'immense intérêt qu'offrirait cette promenade scientifique. Nous nous bornerons à dire que M. Garrigou a fouillé avec le soin le plus minutieux le sol de cette vallée, qu'il en a décrit avec une rare exactitude tous les terrains, les stratifications variées, toutes les failles et les diverses dislocations. De nombreuses coupes géologiques, dessinées par lui-même, facilitent l'intelligence des descriptions et donnent l'idée la plus nette des mouvements et des rapports des couches.

Spécifiant de plus en plus son travail, M. Garrigou expose

le résultat des recherches qu'il a faites sur le gisement des sources de Luchon, sur les phénomènes métamorphiques qu'elles produisent et sur les champignons qui croissent dans leurs galeries. Sur le premier point, l'auteur ne partage pas l'opinion du savant ingénieur M. François, qui pense que les sources sulfureuses naissent au contact des schistes et du granit, tandis que, d'après M. Garrigou, elles surgiraient du terrain cambrien.

Un sujet d'une importance majeure, c'est l'étude chimique des eaux de Luchon. M. Garrigou y a consacré la troisième partie de son ouvrage. Les chimistes sont loin d'être d'accord sur la nature du principe sulfureux de ces eaux. D'une part, Bayen, Anglada, Boullay, O. Henry et Filhol pensent que ce principe est exclusivement du monosulfure de sodium ; d'autre part, Save, Longchamp et Amédée Fontan admettent que l'hydrogène sulfuré, soit libre, soit à l'état de sulfhydrate, de sulfure de sodium, joue le rôle prépondérant dans la composition des sources sulfurées de Luchon. M. Garrigou a fait une longue série d'analyses pour élucider ce point litigieux, et il est arrivé à cette conclusion : « que les eaux les plus pures, les plus sulfureuses de Luchon contiennent du sulfhydrate de sulfure, ainsi que l'avait annoncé Fontan, et non du monosulfure de sodium, comme l'ont prétendu Anglada et M. Filhol.

Cette première dissidence entre M. Garrigou et M. Filhol devait nécessairement en entraîner une autre au sujet de l'alcalinité des sources de Luchon, la réaction alcaline étant subordonnée à la nature même du principe sulfureux. M. Garrigou critique et repousse le procédé alcalimétrique de M. Filhol, qui repose sur l'opinion erronée, suivant lui, de la sulfuration exclusive des eaux onésiennes par le monosulfure de sodium. Ce procédé ne saurait, en effet, donner le titre alcalimétrique exact des sources les plus nombreuses et les plus actives, qui doivent leur sulfuration soit à l'acide sulfhydrique, soit au sulfhydrate de sulfure. L'auteur indique les moyens d'analyse auxquels il faut recourir pour doser les proportions de carbonate et de silicate alcalins renfermés dans ces sources diverses. Il explique par le captage les différences considérables que présentent, sous le rapport de l'alcalinité, les recherches d'Anglada et les analyses les plus récentes; puis, s'appuyant sur les expériences de M. Béchamp, relatives à la décomposition des sulfures par l'eau, il est porté à admettre que les sources de Luchon peuvent, dans les entrailles de la terre, contenir de la soude à l'état libre, sous forme d'hydrate; et, partant de cette hypothèse, qu'il regarde comme probable, M. Garrigou esquisse une théorie, à la fois géologique et chimique, de la minéralisation des eaux sulfureuses.

Ses expériences l'ont conduit aussi à démontrer ce fait intéressant au point de vue de la thérapeutique hydrologique, à savoir, que l'action puissante, énergique de certaines sources sulfureuses froides de Luchon, dans les affections des voies urinaires et dans la diathèse urique, est due à la présence des silicates alcalins. M. Garrigou pense qu'il y a, à cet égard, dans l'étude comparative des eaux bicarbonatées alcalines et silicatées alcalines, une mine féconde d'indications cliniques que, pour sa part, il ne laissera pas inexploitée.

Le livre de M. Garrigou se termine par deux chapitres consacrés aux analyses qualitatives et quantitatives des sources de Luchon. Ces analyses ne sont pas, comme on le voit trop souvent dans les Traités ou Manuels d'eaux minérales, des emprunts faits à Anglada, à Fontan, à Ossian Henry, à Chevallier, à Filhol, etc. Ce sont des analyses originales, toutes nouvelles, pratiquées par M. Garrigou lui-même, à l'aide des procédés les plus récents, et sur des échantillons d'eau que l'auteur a recueillis de ses propres mains aux griffons, aux points d'émergence. Le résultat le plus important et le plus décisif de ces analyses est d'établir que les principales sources de Luchon (Bayen, de la Reine, Grotte supérieure, du Pré, Bordeu, Grotte inférieure) doivent leur sulfuration au sulfhydrate de sulfure de sodium, et non au monosulfure; et que l'acide sulfhydrique libre est le principe sulfureux des sources Grande, Bosquet, des Romains et Richard supérieur.

Ces résultats pourront être contestés derechef par les chimistes et les hydrologues qui ont déjà combattu les expériences de Fontan, et par ceux qui, plus récemment, n'ont pas pris suffisamment au sérieux les recherches de M. Garrigou. Quant à nous, qui n'avons aucune compétence en chimie, nous nous garderons bien de juger la question; mais nous nous sentons très-porté, et nous invitons les savants à prendre en haute considération des analyses qui ont obtenu, si nos renseignements sont exacts, les adhésions formelles de MM. Malaguti, Baudrimont, Béchamp et Fresenius.

— Nous ne dirons point de l'opuscule de M. le docteur Bonnet de Malherbe ce que nous avons dit de l'ouvrage de M. Garrigou. L'auteur, avec une bonne foi qui l'honore, avoue lui-même que son *Guide médical aux eaux de Néris* n'est pas une publication originale; qu'il n'est que le résumé des recherches de plusieurs auteurs, notamment de Caylus, Baraillon, Boirot-Desserviers et Laurès. M. Bonnet convient, en outre, « que ce livre est écrit particulièrement pour les personnes qui se rendent aux thermes de Néris », c'est-à-dire pour les malades. Cependant, les médecins eux-mêmes trouveront des renseignements utiles dans les chapitres consacrés à l'action physiologique et aux applications thérapeutiques de ces eaux. Il n'est pas surprenant que M. Bonnet de Malherbe n'ait pas encore pu se livrer à des recherches personnelles sur ce bel établissement : il n'exerce que depuis fort peu de temps la médecine à Néris; et d'ailleurs, M. le docteur de Laurès, son savant prédécesseur, dont il cite le nom à chaque page, paraît lui avoir laissé peu à faire et à écrire sur le sujet.

A. Linas.

Index bibliographique.

Considérations étiologiques sur l'hydrocèle des adultes, par le docteur E. Vetault. — A. Delahaye. Paris, 1872.

L'auteur, s'inspirant du mémoire dans lequel M. Panas a cherché à établir que l'hydropisie de la tunique vaginale est toujours symptomatique d'une lésion de l'épididyme (*Archiv. gén. de méd.*, janvier 1872), conclut dans le même sens. L'hydrocèle est pour lui, dans la majorité des cas, symptomatique de lésions chroniques affectant toujours l'épididyme, dans lequel elles peuvent être localisées. Cette épididymite est ordinairement chronique d'emblée et produite par un foyer d'irritation siégeant aux environs de la région prostatique de l'urèthre. Les traumatismes agissent non sur la séreuse, mais sur l'épididyme. Vingt observations sont citées par l'auteur à l'appui de ses conclusions.

Étude clinique et expérimentale sur les battements du tissu médullaire des os, par le docteur J. Bœckel. Thèse de Strasbourg, 1872.

L'auteur nous apprend que M. Bœckel, agrégé à l'Université de Strasbourg, a constaté, en juin 1862, les battements du tissu médullaire des os mis à nu. Il faut cependant reconnaître que M. Broca le premier, le 2 juillet 1862, a porté à la connaissance de la Société de chirurgie le fait des pulsations imprimées aux liquides qui communiquent avec le canal médullaire des os longs; par conséquent, M. Broca a tout le mérite de la première publication. M. Broca supposait que la moelle était soulevée par les vaisseaux qui l'entourent.

M. J. Bœckel a complétement étudié ce phénomène au point de vue clinique et au point de vue expérimental ; les observations sont au nombre de 27, et parmi celles-ci nous signalons les 7 dernières, qui ont rapport aux battements qu'on observe dans l'oreille d'individus atteints d'otite moyenne avec perforation de la membrane du tympan, phénomène, dit l'auteur, qui a été observé par Follin. Il y a là une légère erreur, puisque c'est à Duplay que doivent être rapportées les remarques faites dans le tome IV du *Traité de pathologie interne* de Follin.

Les conclusions de M. Bœckel suffiront à montrer l'intérêt que ses

recherches présentent au point de vue clinique comme au point de vue expérimental :

Le tissu médullaire des os longs ou courts est animé de battements isochrones au pouls du sujet sur lequel on expérimente. Les battements sont dus aux capillaires de la moelle, ils se produisent chaque fois que le tissu médullaire est à nu, à condition que la plaie cutanée ne soit pas trop considérable. Toute cavité formée par des parois rigides, tapissée de capillaires et remplie d'un liquide quelconque et d'une masse molle, présente avec la cavité médullaire des os la plus grande analogie, et comme telle, offre des battements lorsque les conditions voulues sont réalisées, témoin les battements observés dans les différents sinus osseux ou dans l'oreille moyenne, témoin encore les battements du cerveau.

Au point de vue du diagnostic, les battements servent à établir que le tissu médullaire est encore à nu, lorsqu'il s'agit des os longs et courts ; que les sinus frontal ou maxillaire sont ouverts ; enfin ils peuvent être considérés, quand il s'agit de l'oreille, comme pathognomoniques des perforations du tympan. Ils ne peuvent être considérés comme symptôme caractérisant essentiellement les anévrysmes des os, car on les observe non-seulement dans d'autres tumeurs communiquant avec l'intérieur du canal médullaire et où les vaisseaux ne sont ni plus nombreux ni plus dilatés qu'à l'état normal, mais encore en dehors de toute lésion vasculaire des os, sur des parties parfaitement saines et normales.

VARIÉTÉS.

Concours au Val-de-Grace. — Une décision ministérielle du 14 juillet 1872, insérée au Journal militaire officiel, n° 41, page 20, prescrit qu'il sera ouvert le 2 décembre prochain un concours pour trois places de professeur agrégé à l'École d'application de médecine militaire.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après désignées : opérations et appareils, clinique chirurgicale, anatomie topographique.

En exécution de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, ne pourront être admis à ce concours que les médecins-majors des deux classes et les médecins aides-majors de première classe.

Les épreuves seront les mêmes que dans les concours précédents.

Les médecins militaires qui désirent prendre part au concours devront faire parvenir par la voie hiérarchique leur demande au ministère de la guerre, avant le 1er novembre prochain, terme de rigueur.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. de Girard (Marcel-Marie-Joseph) est institué agrégé stagiaire près cette Faculté (section des sciences physiques : chimie).

Nécrologie. — M. le docteur Vigla, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, et qui avait conquis une grande position dans la pratique civile, vient de succomber à une maladie du cœur dont les symptômes dataient de plusieurs années. (Voyez au *Compte rendu de l'Académie de médecine.*)

— Une autre perte, bien regrettable, est celle de M. le docteur Guillaume, à qui l'on doit d'excellents travaux sur l'étiologie et le traitement d'une infirmité dont lui-même avait été affligé et dont il avait su se guérir : le bégayement. Notre distingué confrère avait depuis plusieurs années ouvert un dispensaire pour le traitement des vices de la parole.

On annonce que le gouvernement déposera à la rentrée de la Chambre un projet de loi tendant à l'installation de plusieurs Facultés de médecine en France.

Ce projet établit que les Facultés de Paris et de Montpellier recevront de notables accroissements, tant au point de vue des bâtiments que des moyens d'étude ; puis il sera créé des Facultés nouvelles à Nancy, Lyon, Bordeaux, Nantes, Lille et Toulouse.

La Faculté de Nancy aura pour mission spéciale de suivre les progrès accomplis par les universités allemandes, et d'en informer les autres Facultés de France.

Quant aux Facultés de Lyon, Lille, Nantes, Bordeaux et Toulouse, elles seraient plus particulièrement destinées à la pratique médicale. (*Moniteur universel.*)

Crèches et bureaux de nourrices. — Par arrêté de M. le préfet du Rhône, en date du 3 août, M. le docteur Brochard a été nommé inspecteur des crèches et des bureaux des nourrices de la ville de Lyon.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 10 au 16 août 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 2. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 19. — Typhus, 0. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 10. — Pneumonie, 29. — Dysenterie, 8. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 27 (1). — Choléra nostras, 5. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 5. — Croup, 8. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 273. — Affections chroniques, 238 (2). — Affections chirurgicales, 69. — Causes accidentelles, 16. — Total, 725.

Londres : Décès du 4 au 10 août 1872, 1598. — Rougeole, 18 ; variole, 15 ; fièvre scarlatine, 12 ; diphthérie, 6 ; coqueluche, 37 ; fièvre typhoïde, 15 ; diarrhée, 441 ; choléra nostras, 24 ; bronchite, 51 ; pneumonie, 44.

Rome : Décès du 29 juillet au 4 août 1872, 215. — Fièvre typhoïde, 13 ; variole, 7 ; rougeole, 7 ; diphthérie et croup, 10 ; bronchite, 10.

(1) Dont 17 enfants au-dessous de six mois, 4 au-dessous de un an, 6 au-dessous de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 238 décès, 132 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Étiologie de la tuberculose, par le docteur Damaschino. Grand in-8 de 204 pages. Germer Baillière. 2 fr. 50

Des eaux minérales de Contrexéville et de leur emploi dans le traitement de la gravelle et de la goutte, par le docteur Debout, médecin des eaux minérales de Contrexéville. In-8. 2e édition. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Malades et médecins, par le docteur Ch. Boillet. In-12. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Hygiène des pays chauds. Contagion du choléra, démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe. Conditions hygiéniques de l'émigration dans les pays chauds et de la colonisation de ces pays ; des dangers qu'il y a à méconnaître la contagion du choléra, par A. Pellarin. 1 vol. in-8 de 358 pages. Paris, 1872, J.-B. Baillière et Fils. 6 fr.

Étude comparative des fièvres palustres, par le docteur Lelona. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Essai sur l'ictère, par le docteur Pouzol. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 29 août 1872.

Congrès de Bordeaux : ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Société des sciences médicales de Lyon :* LE PANSEMENT OUATO-SILICATÉ : M. PONCET, M. LÉTIÉVANT.

Nous avons indiqué déjà, d'une manière générale, le but que se propose l'Association française pour l'avancement des sciences, et l'espoir qu'elle a de donner une nouvelle vigueur au mouvement intellectuel des départements, qu'une excessive centralisation tendait à amoindrir de plus en plus. Le Congrès médical, qui chaque année tient une session dans une ville de province, produit un effet de même nature, et l'on pourrait se demander s'il n'y a pas double emploi : il serait facile de montrer que l'un ne saurait faire tort à l'autre, qu'ils sont plutôt destinés à se compléter.

Le Congrès de l'Association française, dont le programme plus vaste embrasse toutes les sciences, s'adresse par là même à un public moins restreint que le Congrès médical; aussi son existence trouve-t-elle dans ce fait sa raison d'être. Mais ce n'est pas à ce point de vue que nous voulons faire apprécier son utilité; nous désirons faire comprendre quels services il peut rendre aux médecins.

Le Congrès de l'Association française possède une section des sciences médicales dans laquelle, sans aucun doute, des questions toutes spéciales de médecine et de chirurgie pratiques seront traitées; mais en étudiant le programme des questions indiquées jusqu'à ce jour, et dont une partie seulement a été publiée, on reconnaît que les questions de physiologie y tiennent une place importante; il semble que tout ce qui touche à l'étude des phénomènes biologiques y doit être représenté. Les sciences dites accessoires, la chimie, l'histoire naturelle, la physique, qui constituent des sections distinctes, offriront, il n'en faut pas douter, un assez grand nombre de communications qui intéresseront les médecins; la connaissance de ces sciences, au moins dans leurs éléments principaux, est assez universellement reconnue aujourd'hui comme nécessaire à un médecin, pour qu'il ne soit pas utile d'insister davantage.

Nous ajouterons qu'une section d'anthropologie existe également au Congrès. Si l'étude de cette science n'est pas indispensable aux chirurgiens et aux médecins, il faut reconnaître qu'ils y sont en général tout préparés, et que beaucoup, et des plus distingués, s'en occupent, non-seulement comme distraction, mais aussi d'une manière sérieuse, et qu'ils y tiennent une place tout à fait remarquable, ainsi que vient encore de le prouver le Congrès préhistorique de Bruxelles.

Ajoutons enfin, et à notre avis ce n'est pas là un des moindres avantages du Congrès de Bordeaux, que de ces travaux effectués en commun doivent résulter des relations amicales entre des savants qui, d'ordinaire, n'ont pas l'occasion de se rencontrer, de se connaître; les excursions, dans les environs de la ville, y contribueront certainement, en confondant tous le membres dans une aimable familiarité. Quels avantages ne peut-on pas retirer du concours de deux esprits éclairés, qui viennent appliquer leurs connaissances quelquefois trop spéciales à l'étude d'un phénomène qu'ils observent ensemble; ne peut-il pas y avoir là le point de départ de travaux remarquables nés d'une heureuse collaboration?

Nous ne savons si nous nous abusons; mais il nous semble que l'isolement, le *spécialisme*, sont des caractères de la science française; nous n'en exceptons ni les médecins, ni les chirurgiens, et nous estimons qu'ils ne pourraient que gagner à en sortir au moins pour un temps.

Nous terminerons en citant les noms des savants dont les études se rapportent aux sciences naturelles, et qui ont promis

FEUILLETON.

Les femmes médecins.

(Suite. — Voyez le numéro 34.)

Cléopâtre, Aspasie, voilà des noms célèbres dans les fastes de l'histoire et de la galanterie, et bien faits pour intriguer les commentateurs. Galien, dans son livre de la composition des médicaments, cite un traité de Cléopâtre sur la cosmétique (κοσμήτικος), auquel il emprunte d'assez nombreuses formules, surtout pour les affections du cuir chevelu; d'un autre côté, Wolff, dans sa Collection sur les maladies des femmes, a réuni dans une sorte de compilation, sous le titre d'harmonie des gynécées (*Harmonia gynæciorum*), les œuvres de Moschion, de Théod. Priscien et d'une certaine Cléopâtre sur les maladies propres aux femmes et sur les accouchements. On trouve aussi dans quelques éditions de Galien, à la suite du Traité de la composition des médicaments, une petite notice sur les poids et mesures signée de ce même nom de Cléopâtre et qui aurait fait partie des *Cosmétiques*. Quelle est donc cette Cléopâtre? La *Cosmétique* a été attribuée à la fameuse reine d'Égypte. Cela est bien peu probable; la belle maîtresse de Marc-Antoine avait autre chose à faire qu'à écrire des livres sur l'art d'embellir. Qu'elle l'ait fait rédiger d'après les documents et les recettes connus, ou qu'on le lui ait dédié, cela se peut. Cette substitution du nom de la personne à laquelle on adresse un livre à celui de l'auteur n'est pas un fait absolument sans exemple. Au total, cet ouvrage, quel qu'il soit, est très-ancien, puisqu'il est mentionné par Galien et par Aétius, et peut très-bien avoir été composé par une femme qui s'appelait Cléopâtre. Quant au gynécée mis en lumière par Wolff, qui ne nous dit pas où il a trouvé le manuscrit dont il s'est servi, il est certainement de date plus récente, car il n'est cité par

un concours effectif et doivent faire au Congrès des communications diverses :

MM. Armengaud, Baillon, Baudrimont, Berchon, Cl. Bernard, Bitot, Bouillaud, Broca, J. Chatin, Max. Cornu, Dagreve, Daubrée, de la Plaigne, Delfortrie, des Cloiseaux, Desmaisons-Dupallans, Doulliot, P. Dupuy, Faivre, Falières, de Fleury, Fischer, Follin, A. Guérin, Gassies, Hamy, Laborde, Lafont, Lagneau, Lartet, L. Le Fort, Le Monnier, Lespinasse, Linder, Marcet (de Genève), Méladier, de Mortillet, Macé, Ollier, Oré, Papillaud, Parrot, de Parseval Grand-Maison, Perez, Périer, Peyraud, Potier, Pouchet, Prunières de Marvejols, de Quatrefages, Ranvier, Raulin, Reliquet, Samy, de Seynes, Soubeyran, Segay, Topinard, Van Tieghem.

On voit que le Congrès, pour n'être pas exclusivement médical, n'en compte pas moins un grand nombre de médecins et de chirurgiens; nous n'avons pas d'ailleurs cité ceux qui ont promis de venir sans faire connaître les travaux qu'ils comptent communiquer, et nous espérons que de nouveaux adhérents se décideront avant l'ouverture de la session (1).

Une lecture de M. Poncet devant la Société des sciences médicales de Lyon a été l'origine d'une discussion qui, à ne considérer que le début, promet d'être fort intéressante. Publiant les résultats obtenus pendant un semestre à l'Hôtel-Dieu de Lyon par l'emploi du pansement ouato-silicaté, qui a été désigné sous le nom de pansement par occlusion inamovible, M. Poncet a conclu de ces observations que l'occlusion inamovible, telle que la pratique M. Ollier, est le meilleur moyen de prévenir les complications nosocomiales : l'érysipèle, la diphthérie et la pyohémie.

Nous n'insisterons pas sur ce mode de pansement, parce que les deux notes publiées par M. Viennois dans la Gazette hebdomadaire (décembre 1871, et 29 mars 1872) l'ont fait connaître dans tous ses détails. Il suffit de rappeler que M. Ollier, pour mieux assurer l'immobilisation et l'imperméabilité, recouvre le pansement ouaté d'une bande silicatée, étendue jusqu'au segment du membre situé au-dessus de celui qui est le siége de l'opération.

Le mémoire de M. Poncet peut être divisé en deux parties, qui ne sont pas très-rigoureusement limitées par l'auteur, mais que nous devons envisager à part. Dans l'une, il expose les résultats statistiques des grandes opérations, et dans l'autre il rappelle succinctement les cas moins graves et l'influence générale du pansement sur les résultats du traitement chirurgical. M. Poncet a apporté la plus grande bonne foi dans la relation des faits; ce qui nous permet de discuter très-sérieusement ses conclusions.

Quand nous considérons en bloc la statistique des grandes opérations, nous sommes tenté d'y voir une démonstration de l'insuffisance du pansement ouato-silicaté sous le rapport des complications et sous celui des résultats définitifs.

En effet, sur 8 amputations de cuisse, dont 3 pour arthrites du genou, il n'y a eu que deux guérisons. Sur 3 amputations de jambe, il y a eu 1 mort et 2 guérisons; mais, dans l'un de ces cas on dut renouveler le pansement trois jours après l'opération. Sur 4 résections du coude, il y a eu 2 guérisons, et quant aux deux autres opérés, l'un a dû être amputé du bras, parce qu'il s'est produit de la pourriture d'hôpital; chez l'autre, le pansement a été modifié au bout de huit jours. Une amputation de l'avant-bras a guéri.

Ces résultats n'offrent rien de merveilleux. M. Poncet, il est vrai, constate, pour tous ces cas malheureux, que les malades étaient quasi *morts avant l'opération* ; c'est-à-dire que les cas n'étaient pas choisis ; mais cela ne veut pas dire qu'ils plaident en faveur du pansement silicato-ouaté.

A côté du résultat général, nous trouvons dans la narration de l'auteur des faits qui démontrent les inconvénients de l'occlusion lorsqu'elle n'est pas accomplie avec la précision et les précautions minutieuses que réclame ce mode de pansement.

En effet, précisons les données statistiques ; retranchons des 8 cas d'amputation de cuisse 3 cas dans lesquels les malades devaient mourir, 1 cas de double amputation de jambe, mort en trente-six heures, les résultats obtenus sont les suivants :

Amputations de cuisse traumatiques.......	2 opérés.	1 guéri.	1 mort de septicémie.
Amputations de cuisse pour arthrite du genou.	3 opérés.	1 guéri.	2 morts (l'un des opérés, mort de pourriture d'hôpital).
Amputation de jambe traumatique........	1 opéré.	1 guéri.	
Amputation de jambe pour arthrite.......	1 opéré.	1 guéri (le pansement fut enlevé le troisième jour).	
Amputation de bras....	1 opéré.	1 guéri.	
Amputation de l'avant-bras..............	2 opérés.	1 guéri.	1 mort de septicémie.
Total....	10 opérés.	6 guéris.	4 morts

(1) Voyez, page 568, le compte rendu de plusieurs congrès.

---

aucun auteur ancien, et doit être rapporté à quelque faussaire du moyen âge.

Il n'en est pas de même de l'ouvrage d'une certaine Aspasie sur les maladies des femmes, et dont Aétius nous a conservé de nombreux fragments (*Tetr.*, IV, s. 4). Qu'il ne soit pas de la célèbre Milésienne qui sut charmer Athènes et Périclès par sa beauté, son esprit et ses talents, cela ne fait aucun doute, mais il faut reconnaître aussi qu'il est assez ancien. Il n'est cité que par Aétius, qui florissait à Constantinople au commencement du VIe siècle, et si l'on s'en rapporte à quelques idées appartenant à l'école méthodique, comme Haller l'a remarqué, on peut admettre que ce livre a été écrit dans les premiers siècles de l'ère chrétienne, peut-être vers le temps de Soranus. Quant à ce nom d'Aspasie, ou bien c'était réellement celui de l'auteur, ou bien il avait été pris, comme peut-être celui de Cléopâtre, pour donner plus de crédit à l'ouvrage.

Suivant Bzovius, une sainte Nicerata, qui vivait sous Arcadius (vers 400), était très-savante en médecine; il croit que c'est elle qui guérit saint Chrysostome d'une maladie de l'estomac (*Nomencl. sanct.*, p. 38, Col. Agripp., 1623, in-12).

En résumé, et quelle que soit l'opinion que l'on se forme sur le savoir des femmes dont nous venons de parler, sur la valeur ou sur l'authenticité de leurs écrits, un fait certain, c'est que la pratique de la médecine par des personnes de l'autre sexe était en usage dans l'antiquité et surtout à Rome.

Nous arrivons maintenant au moyen âge, et nous allons voir cette coutume se continuer, du moins dans certaines contrées. Ainsi dans les pays soumis à la loi musulmane, où l'isolement des femmes est pour ainsi dire absolu, où la réserve la plus exagérée règle leurs rapports avec les hommes, on peut s'attendre à rencontrer là des médecins de leur sexe. C'est ce que l'on voit dans le passage suivant d'Albucasis : « Quand une femme, dit-il, est atteinte d'un calcul de la vessie, la question est fort embarrassante, car elle ne veut pas le découvrir à un homme ; dans ce cas, il faut recourir à une femme *entendue en médecine;* mais on en trouve peu. Si vous n'en trouvez pas,

Si, en outre, nous établissons le bilan des accidents, nous voyons que l'appareil a dû être enlevé : le troisième jour dans une amputation de jambe, le quatrième jour dans une amputation de cuisse, et dans une résection du coude le huitième jour. Dans deux cas la septicémie et la mort ; dans un cas où le pansement était, dit M. Poncet, imparfait, un cas d'érysipèle ; dans une amputation de jambe, il fallut enlever l'appareil au bout de trois jours, à cause d'une gangrène du lambeau ; dans un autre cas (amputation de l'avant-bras) il y eut une fusée purulente remontant jusqu'à l'aisselle, et le malade mourut de septicémie ; dans un cas de résection du coude, il fallut amputer le bras parce qu'il y avait de la pourriture d'hôpital ; cette même complication s'est montrée dans une amputation de cuisse le vingt-sixième jour, et le malade est mort ; enfin, pour des résections du métatarse et du métacarpe, nous trouvons encore deux cas de pourriture d'hôpital avec une mort.

On nous accordera que si M. Poncet n'avait présenté que ces faits, il faudrait dépasser les premières bornes de l'optimisme pour accepter avec bienveillance le pansement ouato-silicaté. Mais il paraît qu'à cette époque l'érysipèle, la pyohémie, la pourriture, sévissaient dans la salle Saint-Sacerdos, et que M. Ollier a pu pratiquer nombre d'incisions et de petites opérations ayant toutes réussi, grâce au pansement ouato-silicaté. Nous regrettons que M. Poncet n'ait pas ajouté cette statistique à la précédente, car nous devons nous borner à constater ses impressions, et nous sommes très-disposé à croire que pour les petites opérations le pansement de M. Ollier est tout à fait efficace ; mais nous ne pouvons admettre sans examen ultérieur les conclusions si favorables de M. Poncet.

A la Société de Lyon, où, plus rapprochés du théâtre de l'expérimentation, les confrères de M. Ollier peuvent compléter leurs renseignements, la communication de M. Poncet a rencontré un contradicteur d'une haute autorité, M. Létiévant, qui, dans un discours remarquable, a largement étendu le débat en envisageant la méthode de l'occlusion en général ; pour aujourd'hui, nous citerons de son discours les conclusions, c'est-à-dire les critiques qui sont plus particulièrement adressées au pansement ouato-silicaté.

M. Létiévant ne considère pas la modification apportée au pansement ouaté comme un progrès ; la statistique de M. Poncet est inférieure dans ses résultats à celle de M. A. Guérin telle qu'elle a été établie par M. Hervé. Les causes de cette infériorité ont leur origine dans la modification même ; le pansement ouaté assure parfaitement l'immobilité, l'occlusion et même la compression ; lorsque la ouate est tassée, on peut, sans défaire le pansement, rétablir la compression, tandis que le bandage silicaté forme une coque dure qui ne laisse rien connaître de l'état du pansement situé sous elle. Ces objections de M. Létiévant acquièrent une grande force par la comparaison des statistiques de M. Hervé et de M. Poncet, c'est-à-dire du pansement de M. Guérin et du pansement de M. Ollier, mais il faudrait, avant de conclure, connaître les résultats définitifs. Les pansements à la ouate ont été abandonnés par plusieurs chirurgiens de Paris qui les avaient acceptés, et l'opinion générale ne s'est pas prononcée à leur égard.

On nous annonce que l'occasion d'une discussion sur ce sujet n'est pas éloignée, et alors on pourra juger sur une série plus étendue de faits. Pour le moment, les résultats obtenus par le pansement de M. Ollier dans les grandes opérations n'éclairent pas encore d'une suffisante lumière les avantages de ce mode d'occlusion ; ils ne démontrent pas pour nous que l'application d'une bande silicatée par-dessus la ouate soit un perfectionnement de la méthode de l'occlusion des plaies. On doit la sincérité à un savant comme M. Ollier.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Épidémiologie.

Influence de la date de l'intoxication palustre sur le type des manifestations morbides ; des épidémies secondaires de fièvres intermittentes, par L. Colin, professeur au Val-de-Grâce.

En décrivant la succession des formes morbides sous lesquelles se manifeste l'intoxication palustre, j'ai spécialement insisté sur ce fait, à savoir : que dans les climats chauds, et même dans certaines régions des climats tempérés, la forme initiale habituelle de ces manifestations est la fièvre continue ou rémittente, puis qu'ensuite la maladie tendait à se scinder en types périodiques à intermission d'autant plus nette et plus longue que l'intoxication du malade remontait à une date plus ancienne.

A l'appui de cette thèse, basée sur mes recherches et sur celles de tant d'autres, j'ai fait ressortir la fréquence de la fièvre rémittente dans les armées en campagne, soit aux Indes, soit en Algérie, soit même en Allemagne ou en Hollande, alors que l'indigène de ces divers pays, intoxiqué, lui, depuis de

---

cherchez un médecin de bonnes mœurs et habile dans son art, en même temps qu'une accoucheuse consommée dans tout ce qui concerne les femmes, ou bien encore une femme qui connaisse un peu la matière » (*Chir.*, trad. de Leclerc, p. 156. Alger et Paris, 1861, in-8). Il en était sans doute de même en Orient. Ainsi Avicenne, à propos des remèdes contre les maladies des yeux, parle d'un collyre nommé Fa Kis, composé par une femme ; ce remède, par sa composition, semble annoncer une personne versée dans la matière médicale (*Canon*, l. V, sum. II, tract. 2, t. II, p. 320, Venetiis, 1618, in-fol.). Et voilà tout. Nous n'avons donc en faveur de l'existence de femmes médecins en Orient qu'une supposition probable, mais dépourvue de preuves suffisamment nombreuses. Nous lisons cependant dans Prosper Alpin, qui voyageait en Égypte vers 1580, l'anecdote suivante. Le savant médecin naturaliste dit avoir été très-lié, au Caire, avec une femme turque, belle et d'un commerce agréable, qui avait acquis une grande fortune en traitant les affections hystériques, et passait pour très-savante en médecine. Elle disait elle-même avoir une grande supériorité sur les hommes pour traiter les maladies des personnes de son sexe, à cause de la complète liberté qu'elle avait d'examiner les organes génitaux de ses malades. Cet examen étant complétement interdit aux hommes, ils devaient, le plus souvent, méconnaître les causes des affections utérines (*Med. Ægypt.*, l. IV, c. V). Au total, on peut remarquer que, même chez les Arabes, les femmes *entendues en médecine* étaient très-rares, ce qui peut aussi s'expliquer par l'état d'infériorité dans lequel les femmes sont tenues en Orient.

A quelle circonstance Salerne doit-elle le rôle si considérable joué par les femmes dans sa fameuse école ? Un fait bien certain, c'est la grande renommée dont jouissaient les *matronæ* ou *mulieres salernitanæ*, comme les appellent les contemporains, et dont Mazza et Choulant nous ont fait connaître l'histoire. Le plus ancien auteur qui en parle est Orderic Vital, célèbre bénédictin qui écrivait son histoire ecclésiastique dans la première moitié du XIIe siècle. Il rapporte qu'en 1059 un abbé,

ongues années, n'est atteint que d'accès de fièvre intermittente.

Transporté pour la première fois sur un sol insalubre, le soldat commence alors la série des manifestations morbides dont l'indigène a déjà franchi les premiers échelons; la fièvre rémittente ou continue domine d'autant plus dans l'armée que cette armée provient d'un pays plus salubre, tandis que les habitants eux-mêmes ne présentent que les attributs de la cachexie palustre et les divers types de la fièvre d'accès.

J'ai signalé longuement ces différences entre l'état sanitaire des armées et celui des populations des pays envahis, que ces pays soient la Hollande, la Hongrie, les maremmes de Toscane ou, plus au sud, nos colonies d'Afrique et de la zone tropicale.

Dans les pays chauds, où, sous l'influence d'une température annuelle toujours élevée, l'intoxication palustre frappe régulièrement chaque année un grand nombre de sujets, il est parfois difficile de se rendre compte tout d'abord de la différence des manifestations symptomatiques suivant l'ancienneté de l'impression morbide. Cette difficulté tient en grande partie à ce que les observateurs omettent de diviser les malades en catégories, suivant la date de leur arrivée ou plutôt de leur intoxication première, et en outre à ce que, devant une cause morbide permanente, le nombre des individus atteints est immense et la variété des formes infinie.

Mais il est d'autres pays où l'analyse de ce problème est plus facile : telles sont certaines régions palustres septentrionales, celles, par exemple, de l'Allemagne du Nord, dans lesquelles, en raison de l'insuffisance habituelle de la température moyenne, la *malaria* ne se développe avec intensité que pendant les années exceptionnellement chaudes, comme il advint en 1826 et tout récemment en 1868.

On comprend que pendant ces années le nombre des cas de première invasion sera très-considérable, la *malaria* frappant pour la première fois des séries entières de générations pour lesquelles elle n'avait encore que peu ou point apparu. On aura dès lors sous les yeux des groupes de malades atteints tous, au même moment, de la manifestation initiale habituelle de l'intoxication, et, si l'on réside dans le pays, on verra, pendant les années suivantes, l'ordre d'après lequel se développeront chez ces mêmes groupes les manifestations secondaires de cette même intoxication.

Depuis la publication de mon livre sur les fièvres intermittentes, cette doctrine de la succession des types de la fièvre vient de recevoir une confirmation remarquable de la part d'un observateur placé précisément dans ces dernières conditions, c'est-à-dire au milieu d'une population que la *malaria* ne frappe qu'à intervalles plus ou moins longs; on peut y suivre, par conséquent, sur une large échelle les modes divers sous lesquels se manifeste l'intoxication, soit à son début, qui pour tous date presque du même jour, soit à ses périodes ultérieures.

L'auteur, Ritter d'Oberndorf, pratique dans les districts marécageux qui avoisinent l'embouchure de l'Elbe. Il a publié d'abord une étude sur l'épidémie dont il a été témoin en 1868 (*Studien uber Malaria infection*, in *Virchow's Archiv*, 1869). Par son intensité comme par son extension, cette épidémie franchissait complétement les limites où se renferment d'ordinaire les atteintes de la *malaria* dans ces régions. Puis, le même auteur continue à observer les sujets ainsi frappés en 1868, et alors il voit se développer pour eux, en 1869, une nouvelle série de manifestations morbides qu'il décrit dans un autre travail (*Ueber Nachepidemien der Malaria infection*, in *Virchow's Archiv*, 1870). Voici d'abord le résumé de ces deux études au point de vue qui nous occupe :

L'impaludisme (*Malaria infection*) comporte deux principaux modes de manifestations : 1° les fièvres palustres (*Marschfieber*, fièvres de marais), caractérisées par l'intensité du mouvement fébrile et l'absence du type intermittent, telles furent les fièvres de la première année, 1868; 2° les fièvres intermittentes (*Wechselfieber*), qui constituèrent le tableau pathologique de l'année suivante, 1869.

Les fièvres palustres (*Morschfieber*), dont le type est, par conséquent, essentiellement continu ou rémittent, caractérisent l'intoxication aiguë; ce sont ces fièvres qui apparaissent lorsque l'influence de la *malaria* prend des proportions inaccoutumées, frappe beaucoup d'organismes respectés jusque-là, comme on l'a vu pour l'Allemagne du Nord en 1826 et 1868.

Les fièvres intermittentes, au contraire, sont l'apanage de l'intoxication chronique; elles apparaissent chez les malades atteints un an, deux ans auparavant de fièvres palustres; aussi existe-t-il en ces pays un dicton populaire, à savoir, qu'une épidémie de fièvres palustres (*Marschfieber*) est suivie toujours, l'année ou les années suivantes, d'une épidémie de fièvres intermittentes (*Wechselfieber*).

C'est en raison de cette loi de succession que l'auteur désigne la seconde des épidémies qu'il a observées (celle de 1869) sous le nom de *Nachepidemie* (disons : post-épidémie, épidémie secondaire).

La preuve de la succession réelle des manifestations morbides, c'est que ce sont les mêmes malades qui furent atteints pendant les deux années consécutives, et que l'on voit l'intoxication chronique, caractérisée par les types intermittents, sévir sur les localités et les maisons où l'année précédente avait apparu l'intoxication aiguë.

Des observations analogues ont été faites antérieurement, mais moins détaillées et moins précises, et j'ai rappelé pour mon compte le nombre considérable de fièvres intermittentes frappant, en 1827, cette même population de l'Allemagne du

---

qui, outre les différentes sciences, possédait particulièrement la médecine, ne trouva à Salerne personne en état de discuter avec lui, si ce n'est une savante matrone (*præter quandam sapientem matronam*). Quelle était cette matrone? Renzi fait tous ses efforts pour prouver qu'elle n'était autre que la fameuse Trotula de Ruggiero, qui devait, en effet, se trouver à cette époque dans tout l'éclat de sa réputation. On voit ensuite ces femmes citées dans différents termes, soit d'une manière générale, soit avec une désignation particulière dans les médecins du temps, et spécialement dans les écrits des deux Platearius. En voici un spécimen fort curieux, qui montre que ces matrones salernitaines ne s'occupaient pas seulement des maladies propres aux femmes, mais aussi de celles des hommes, et, il faut l'avouer, d'une singulière façon. Il s'agit des pustules de la verge : après les avoir ramollies par des applications appropriées : « Fricetur leniter virga per coxam extensa et repente comprimetur. Per talem compressionem quandoque rumpitur pustula. Sic consueverunt facere mulieres salernitanæ » (J. Platearius, *Practica brevis, de ægrit. virgæ*, c. v, fol. 220, Lugd., 1525, in-4). On voit aussi dans les ouvrages de matière médicale de Mathieu Platearius (*Circa instans* et *Exposit. in Antid. Nicolai*), que ces matrones se livraient à la préparation des médicaments, ce que, du reste, faisaient alors les médecins, et qu'elles possédaient plusieurs recettes particulières dont certaines sont de véritables pratiques superstitieuses, quelquefois avec une sorte d'incantation. Mais, hâtons-nous de le dire, elles ne se montraient pas à cet égard plus crédules que les médecins de cette époque de ténèbres. Ce même Mathieu cite aussi la mère de Jean Platearius (Trotula? Renzi) comme très-habile dans l'art de la médecine, etc. On ne sera pas surpris d'apprendre que les Salernitaines possédaient à fond l'art de la cosmétique. Dans l'ouvrage qui nous est parvenu sous le nom de la Trotula (*De mulierum passionibus*), on trouve, à la fin, un long chapitre intitulé : *De ornatu et partium ejus adque faciem dealbandam* (c. LXI, in *Gynec.* Wolphii, col. 286, Basileæ, 1566, in-4). On voit là que les

Nord, atteinte en 1826 de la grande épidémie palustre où avaient dominé les types continu et rémittent.

Il est donc bien établi que, même à un degré de latitude élevé, au delà du 50° nord, là où la *malaria* produit plus spécialement les fièvres intermittentes, le type périodique n'est point, en maintes circonstances, la caractéristique première de l'impaludisme.

En fournissant ces preuves nouvelles de la loi de succession des manifestations palustres, nous ne prétendons nullement imposer la nécessité absolue dans chaque cas d'un accès de fièvre rémittente ou continue comme symptôme initial de l'intoxication. Nous disions à cet égard, il y a deux ans : « Il est évident que dans les régions palustres qui confinent aux climats froids, comme la Hollande, l'Allemagne du Nord, certaines localités de l'Angleterre, les conditions habituelles de la température d'été ne suffiront pas au développement de la fièvre rémittente ou continue. Pendant les années exceptionnellement chaudes seulement, comme celles (1746 et 1747) où a observé Pringle, comme encore les années 1826 et 1868, la série des manifestations commencera par les types rémittents; mais habituellement dans ces climats la fièvre sera d'emblée périodique, même chez les nouveaux venus. » (L. Colin, *Traité des fièvres intermittentes*, p. 155.)

Cet avis se trouve partagé par l'observateur que nous citons plus haut : «L'infection chronique (c'est-à-dire la fièvre périodique) succède ordinairement à l'aiguë (fièvre continue ou rémittente), ou bien elle est primitive, grâce à la faible intensité du miasme.» (Ritter, *loc. cit.*) Qu'est-ce que la faible intensité du miasme dans un pays marécageux? C'est l'insuffisance de la chaleur à féconder les exhalaisons toxiques du sol.

Le travail de Ritter présente encore un autre intérêt dans cette question; il tend à confirmer la vérité de notre opinion sur la rareté des fièvres dites climatiques, c'est-à-dire relevant des conditions météorologiques plutôt que des influences du sol; ce sont précisément les fièvres continues et rémittentes qui ont plus spécialement été considérées comme l'expression de ces conditions météorologiques, et en particulier de l'élévation de la température. Nous avons prouvé, par l'analyse des faits (L. Colin, *loc. cit.*, p. 167 et suiv., p. 177 et suiv.), combien étaient rares ces fièvres dites des météores, combien, au contraire, sont étendues les formes continues et rémittentes de l'intoxication tellurique; nous avons établi, en effet, que si la *malaria*, dans le nord de la zone tempérée, ne peut surgir que de surfaces marécageuses limitées, et par conséquent ne donner lieu qu'à des endémies locales, sous les tropiques, au contraire, grâce à l'élévation de la température, elle naîtra presque de toute la surface du sol et absorbera en grande partie le cadre pathologique; c'est en nous basant sur ces derniers faits surtout que nous avons insisté pour remplacer le terme insuffisant d'intoxication palustre par celui d'intoxication tellurique.

Dernière considération : ces observations sont importantes parce qu'elles mettent en relief l'unité du germe des fièvres dites palustres, quel que soit leur type. Voyant des fièvres tierces à Tours et des quartes à Saumur, Trousseau disait : « Le type semble tenir bien plus à la nature du miasme, à la localité, qu'à l'individu. » Pour nous, ces différences tiennent surtout à la date de l'intoxication; tandis que dans les localités de tout temps marécageuses, comme la Bresse, la Pologne, les environs de Rochefort, la population sera arrivée aux manifestations ultimes de l'intoxication, aux types les plus intermittents, comme la quarte, on verra les habitants d'une localité voisine, récemment impaludée ou défrichée, n'offrir encore que les types moins avancés, le tierce et le quotidien. Pour la même raison, une armée transportée d'un milieu salubre comme la France dans un foyer palustre comme l'Agro Romano (1), sera dès l'abord atteinte de fièvre rémittente, tandis que les habitants du pays ne présenteront que les formes franchement périodiques, types avancés de l'intoxication. Telle est pour nous la cause principale des profondes différences d'opinion qui, presque toujours, ont à cet égard séparé les médecins d'armée des médecins résidants dans ces pays à fièvre; quoique intoxiqués à la même source, les malades de part et d'autre présentent parfois des formes morbides complétement différentes.

Un médecin américain, Salisbury, est venu cependant apporter à la doctrine de la non-identité des miasmes palustres l'appui d'une série intéressante de recherches sur la variété des germes qui les produiraient, suivant lui. Nous ne pouvons revenir ici sur les preuves que nous avons données dans notre livre, de l'erreur de ceux qui attribuent aux sporules de palmelles une puissance fébrigène; nous rappellerons seulement que l'auteur en question a affirmé l'existence de plusieurs germes parasitaires de la fièvre, décrivant successivement le *Gemiasma rubra*, le *G. verdans*, le *G. paludis*, le *G. alba*, le *G. protuberans*, et attribuant à chacun d'eux la production d'une forme, d'un type fébrile différents. Peut-on admettre de semblables distinctions quand on voit chaque jour le même fébricitant, intoxiqué dans tel ou tel foyer, offrir successivement ces différents types?

N'a-t-on pas été plus loin encore, mais en théorie, et supposé que le type des fièvres périodiques pouvait s'expliquer par la reproduction intermittente au sein de l'organisme des générations successives des ferments animés? Pour quelques-uns de ces ferments, ces générations auraient lieu chaque jour; pour d'autres, tous les deux ou tous les trois jours, en-

(1) L'armée anglaise observée par Pringle, en Hollande, était atteinte de fièvre rémittente, et les habitants de fièvre intermittente.

---

femmes arabes exerçaient aussi la médecine à Salerne. A propos des affections ulcéreuses et putrides des gencives et du traitement de cette maladie par un mélange de feuilles de laurier avec un peu de musc tenu dans la bouche, sans doute aussi pour masquer la mauvaise odeur, l'auteur ajoute : «Ego autem vidi quamdam Sarracenam cum hac medicina multas liberare » (*loc. cit.*, col. 296).

Outre la Trotula, on trouve encore plusieurs femmes qui s'étaient fait à Salerne une grande réputation, et dont Mazza nous a conservé les noms : telles furent Abella, dont la vie nous est inconnue et qui avait écrit deux ouvrages en vers, l'un : *De atra bile*; l'autre *De natura seminis humani*; — Costanza Calanda qui vivait au commencement du XVe siècle; fille d'un médecin célèbre et instruite par son père, elle obtint, dit-on, les honneurs du doctorat. Sa beauté, ses talents, lui firent faire, en 1423, un brillant mariage; — Mercuriade, dont parle également Mazza, sans nous faire connaître autrement sa personne, paraît s'être occupée à la fois de médecine et de chirurgie. On lui attribue les quatre ouvrages suivants : *De crisibus*; *De febre pestilenti*; *De curatione vulnerum*; *De unguentis*; — Rebecca Guarna qui appartenait à l'une des premières familles de Salerne, mais sans que l'on précise l'époque à laquelle elle vivait. Suivant Mazza, elle aurait composé des traités : *De febribus*; *De urinis*; *De embryone*. Rhodius, ce savant Danois qui passa sa vie à Padoue, parlant dans ses commentaires sur Scribonius Largus des femmes qui ont pratiqué la médecine dans l'antiquité, cite comme s'étant distinguée dans cet art, à une époque plus rapprochée (vers la fin du moyen âge), une Adelmota Maltraversa : « Quæ consultandi prudencia medendique arte, Patavii, rariori exemplo eminuit » (*Emendat. et notæ*, etc., nota CXXII, p. 194, Patav., 1655, in-4°). Nommons enfin une Marguerite de Naples, ou plutôt de Sicile, et qui, suivant Tiraqueau et Thomasius, se fit une grande réputation dans le XVe siècle, par son habileté dans la médecine qu'elle avait étudiée à Salerne. Elle

traînant ainsi l'apparition de symptômes fébriles quotidiens, tierces ou quartes. Il faudrait donc qu'après avoir été atteint d'un ferment à reproduction quotidienne, le malade tombât sous l'empire d'un ferment à génération tierce, quarte, etc., à moins que les mêmes séminules, une fois dans l'organisme, eussent le privilége de se reproduire de plus en plus lentement, chaque jour d'abord, puis chaque deux jours, etc.

On voit combien les variétés des symptômes de l'intoxication palustre exigent de découvertes et d'hypothèses de la part des partisans des germes animés, tout prêts à trouver, parfois à supposer une espèce particulière de germes pour chaque type de la fièvre.

Or, quand la clinique nous montre chaque jour, sur des masses d'individus, la succession habituelle des formes fébriles dans chaque organisme, de la continuité aux types les plus distants, que cette fièvre ait été contractée soit aux Indes, soit en Algérie, soit en Hollande, c'est-à-dire sur n'importe quel point de la zone immense où le développement de la *malaria* est possible, il faut bien admettre l'unité du principe d'intoxication. Les cellules trouvées récemment par Balestra dans l'atmosphère des marais Pontins diffèrent totalement des espèces décrites par Salisbury, et par conséquent ces prétendus séminules pyrétogènes n'ont rien ou bien peu à réclamer de part ni d'autre dans l'étiologie des affections palustres.

L'élan donné de nos jours aux théories parasitaires, en médecine, se manifeste par une succession non interrompue de découvertes de micro-organismes propres à telle ou telle affection. L'action d'organismes inférieurs, substituée par Pasteur aux théories purement chimiques ou catalytiques de la fermentation, devait être évidemment invoquée dans la production de toutes les maladies dites zymotiques. Y a-t-il rien de plus séduisant que cette hypothèse d'une étiologie animée et spécifique, supprimant dès lors toutes les banalités classiques de la pathogénie des maladies infectieuses et virulentes? Quand nous aurons la vraie cellule mère de chaque contage, plus de ces discussions séculaires dans les académies sur la prophylaxie, la contagion, le traitement des pestes, du typhus, du choléra. Soumettons donc, pour arriver à un résultat aussi désirable, chaque nouvelle découverte de ce genre, au contrôle et de la raison et de la clinique. On sait combien d'organismes différents ont été, depuis Pacini, successivement incriminés de la production du choléra; le véritable, le seul spécifique parmi eux n'est pas encore trouvé. Il en sera de même sans doute pour la *malaria*, et bien des chercheurs devront se résoudre aux contestations scientifiques avant qu'on en découvre le véritable germe organisé, si elle en a réellement un de ce genre; celui-ci s'imposera dès lors à tous, et devra, comme l'affection qu'il produit, être retrouvé partout identique à lui-même. Ce sont là des axiomes de simple logique qu'il faut toujours se rappeler, même en face de travaux pour lesquels nous avons autant d'admiration que personne; mais jamais, quand on veut bâtir la science sur des faits, il ne faut quitter ce rôle de positivisme absolu, pour hâter, par des hypothèses, les conclusions que font entrevoir les premiers incidents soit d'une recherche, soit d'une expérimentation. Les rêves du laboratoire sont souvent à redouter plus que ceux du cabinet, car ils semblent conçus dans un milieu de vérité. N'avons-nous pas dû protester déjà, au nom de l'expérience clinique, c'est-à-dire du seul témoignage irréfutable aux yeux du médecin, contre les entraînements de quelques partisans des ferments animés, qui, admettant, avec Salisbury, que les séminules de la fièvre intermittente étaient transportés par l'organisme, puis en étaient éliminés par les crachats et les urines, n'ont pas craint de proclamer une opinion contre laquelle tout proteste : la contagion des maladies palustres?

REVUE CLINIQUE.

Chirurgie clinique.

De la résection de l'épaule par la méthode sous-périostée. — Nouveaux faits cliniques démontrant la reconstitution de l'articulation sur son type primitif, par M. le docteur Viennois.

La communication faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 2 avril, par M. Ollier, ayant remis à l'ordre du jour l'importante question des résections sous-périostées, et en particulier de la résection scapulo-humérale, nous croyons opportun de publier l'observation de deux opérés que nous avons pu examiner récemment. Mais auparavant il nous paraît utile d'entrer dans quelques détails sur les principes généraux de la méthode, qui ne sont pas encore parfaitement compris par tous les chirurgiens, comme l'indique la discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie le 10 avril.

La méthode de résection des articulations, telle que la pratique M. Ollier, est essentiellement caractérisée par la conservation de la gaîne périostéo-capsulaire, c'est-à-dire d'un canal fibreux formé par la gaîne périostique à ses deux extrémités et au centre par la capsule fibreuse et les ligaments articulaires. Cette gaîne est incisée dans toute sa longueur, mais n'éprouve aucune perte de substance. Lorsqu'on n'enlève qu'une des extrémités osseuses qui constituent l'articulation, comme on le fait généralement pour l'épaule, le canal périostéo-capsulaire n'a pas la disposition que nous venons d'indiquer; il est formé dans sa partie inférieure de la gaîne périostique, et à sa partie supérieure par la capsule renforcée par les tendons qui vont s'insérer aux tubérosités de l'humérus.

---

obtint une autorisation du roi Ladislas de Pologne pour exercer cet art (Harless).

C'est donc, comme nous le voyons, en Italie que la pratique médicale par des femmes était surtout répandue. L'Allemagne ne nous fournit guère à citer que la fameuse Hildegarde de Bingen, morte en 1180, canonisée sous le nom de sainte Hildegarde et dont nous donnerons la biographie en son lieu (voy. Hildegarde). Du reste, à supposer que les écrits médicaux publiés sous son nom soient réellement sortis de sa plume, il y a tout lieu de croire que, cloîtrée dans le couvent de Rupertsberg dont elle était abbesse, elle n'a pas réellement pratiqué, sauf peut-être sur son entourage et sur les pauvres. L'ouvrage qu'on lui attribue, intitulé *Physica*, écrit avant l'introduction des livres arabes, et en l'absence de la plupart des bons auteurs de l'antiquité, est rempli de formules et d'idées superstitieuses. Le style barbare, dont s'est moqué Ketsner (*Bibl. med.*, p. 342, Ienæ, 1746, in-8°), renferme beaucoup d'expressions de l'ancien allemand pour désigner différentes plantes ou animaux. Quant aux autres femmes qui s'étaient dévouées à soigner des malades, telles que Radegonde en France (Aug. Thierry, *Récits des temps mérow.*, V° Récit), sainte Hewidge, femme de Henry le Barbu (Henschel), sainte Élisabeth de Hongrie, etc.; on ne peut voir, dans leurs actes, qu'une manifestation très-louable d'ailleurs de la charité chrétienne, mais non une pratique médicale scientifique.

Le plus ancien document que nous possédions sur l'organisation de la chirurgie en France (nov. 1311), après les considérants, débute ainsi : « Edicto præsenti statuimus ut in villa et vicecomitatu prædictis, nullus chirurgus, NULLAVE CHIRURGA artem cirurgiæ seu opus quomodolibet exercere præsumat, seu se immiscere eidem publice vel occulte in quacunque juridictione, seu terra, nisi per magistros cyrurgicos juratos morantes Parisiis.... prius examinati fuerint diligenter et approbati in ipsa arte, etc. » Un édit du roi Jean (avril 1352) répète les mêmes expressions (Pasquier, *Rech. de l'hist. de Fr.*, l. IX, c. 30, Amst., 1723, t. II, p. 955 et suiv.); d'un autre côté,

La résection de l'épaule est une des opérations qui démontrent le mieux les avantages de la méthode sous-périostée. Les résultats de la nouvelle méthode sont ici tellement supérieurs à ceux de la méthode ancienne, au point de vue du fonctionnement du membre conservé, qu'il ne peut y avoir le moindre doute sur ce point. En pratiquant la résection sous-périostée de l'épaule, on fera reconstituer une articulation enarthrodiale, c'est-à-dire une articulation de même type physiologique que l'articulation enlevée. Mais pour obtenir ce résultat il ne suffit pas, comme l'ont fait quelques chirurgiens, de gratter l'os plus ou moins régulièrement et de ménager, çà et là, quelques lambeaux de périoste; il faut faire une opération régulière et méthodique, différant complétement des opérations anciennes et consistant essentiellement dans la conservation intégrale du périoste et de toutes les parties molles qui constituent l'articulation : il faut énucléer l'os en ménageant tous les tissus qui s'y insèrent ou qui l'entourent.

Une des règles fondamentales de cette méthode c'est de ne couper aucun muscle, aucun tendon, et de ménager par cela même tous les éléments de mobilité de l'articulation future. Tandis que la plupart des chirurgiens persistent encore à couper dans telle région tel ou tel muscle, tel ou tel tendon, M. Ollier n'en coupe aucun; il les détache, et, une fois l'os énucléé de son enveloppe fibreuse, tous les muscles avoisinant l'articulation conservent non-seulement leurs rapports réciproques mais leurs insertions. Ces insertions ne se font plus évidemment sur l'os enlevé, mais elles s'opèrent sur la gaîne périostique elle-même, et alors, qu'il y ait reproduction ou non, les muscles continuent à agir sur l'os qu'ils doivent mouvoir au moyen de la gaîne périostique, qui agit alors, selon l'expression de M. Ollier, comme un tendon prolongé.

Nous croyons qu'il n'y a pas un chirurgien qui s'étant donné la peine de comparer sur le cadavre, et à plus forte raison sur le vivant, la nouvelle méthode avec l'ancienne, puisse hésiter un seul instant entre ces deux manières d'agir. Que l'on compare sur le cadavre le procédé de M. Ollier pour la résection de l'épaule avec n'importe lequel des procédés anciens, celui qu'on croira le meilleur, et l'on saisira d'un coup d'œil tous les avantages de cette nouvelle méthode de résection qui conserve tous les muscles qu'on coupait autrefois, qui empêche la lésion de tous les organes voisins et limite le traumatisme dans l'intérieur de la gaîne périostique, qu'on ne dépasse pas.

Dans les résections par les procédés anciens on continue de couper les muscles, les tendons, on ouvre les loges musculaires, on favorise les fusées purulentes, la diffusion de l'inflammation, indépendamment des dangers que peut faire courir le voisinage des vaisseaux ou des nerfs axillaires.

Si l'on répète cette expérience pour les diverses articulations, on reconnaît partout les mêmes avantages à la résection sous-périostée, et l'on n'hésite plus à ranger les procédés anciens au rang des méthodes surannées auxquelles on ne doit avoir recours que dans des cas d'absolue nécessité, cas qu'on ne peut pas même prévoir toutes les fois que l'anesthésie est praticable.

Pour l'épaule, par exemple : par les procédés anciens on coupait tous les tendons des muscles rotateurs de l'humérus, le sous-scapulaire, le sus-épineux, le sous-épineux et le petit rond. On coupait plus ou moins ras, il est vrai, mais on coupait les fibres du deltoïde lorsqu'on voulait enlever une plus grande longueur de l'humérus, et si l'on avait besoin de dépasser 7 ou 8 centimètres, on sacrifiait nécessairement les insertions des tendons du grand pectoral, grand rond et grand dorsal, c'est-à-dire qu'on privait le reste de l'humérus de tous ses éléments de fixité et de ses principaux organes de mobilisation. La longue portion du biceps est le seul tendon que les opérateurs aient eu jusqu'ici l'idée de conserver. (Chassaignac, Langenbeck, etc.)

Un des cas que nous publions, et dans lequel on avait retranché 6 centimètres de l'extrémité supérieure de l'humérus, nous a donné indirectement, après cette opération, une démonstration frappante de l'efficacité de la nouvelle méthode. Une fois l'opération terminée, au moment où l'on allait placer l'articulation et le membre supérieur dans un bandage inamovible, l'opéré, commençant à se réveiller, put faire exécuter sous nos yeux à son bras des mouvements d'abduction et d'élévation qui auraient à peine été possibles, même après la guérison complète, si l'on eût opéré le malade par la méthode ordinaire. Grâce à la conservation des insertions sur la gaîne périostique, les muscles avaient encore une certaine action sur l'humérus.

Indépendamment du détachement de la gaîne périostéo-capsulaire qui constitue le point fondamental de la méthode sous périostée et qui implique, comme nous venons de le dire, la conservation intégrale des moyens d'union et des agents de mobilisation de l'articulation nouvelle, le procédé de M. Ollier pour l'articulation de l'épaule repose sur les particularités suivantes :

On attaque l'articulation par la partie antérieure : c'est la seule voie qui permette d'aborder facilement l'articulation en donnant assez de jour pour reséquer la longueur d'os que l'on veut. Une des règles de la nouvelle méthode sous-périostée, c'est de pénétrer dans l'articulation à travers les interstices musculaires; ici c'est l'interstice deltoïdo-pectoral, indiqué déjà par M. Larghi, de Verceil, qui doit nous fournir la voie, mais comme cet interstice renferme dans sa longueur la veine céphalique, et qu'il y a un inconvénient sérieux à dénuder cette veine sur une grande étendue, M. Ollier préfère sacrifier un petit faisceau du deltoïde et porter son incision à quelques millimètres en dehors; la diminution de force qui peut en résulter est insignifiante et l'on ne risque pas de léser la veine.

---

du Bouley, dans son *Histoire de l'Université* (t. IV, p. 672), rapporte un autre édit du roi Jean et également de l'année 1352, rendu sur les plaintes de la Faculté de Paris : « Audita supplici invocatione Decani et Magistrorum Facultatis medicinæ Universitatis Parisiensis, afferentium quod quamplurimi UTRIUSQUE SEXUS, MULIERESQUE aliquæ et VETULÆ venientes ad villam Parisiensem gratia practicandi, etc. »

Il y avait donc alors des femmes exerçant la chirurgie avec un titre légal, et des médicastres du même sexe qui, sans connaissances spéciales, s'immisçaient dans la pratique. Pasquier s'étonne de ce titre de *chirurgiennes*, et applique ici, aux légendes du moyen âge, l'observation que nous faisions en commençant sur les traditions mythologiques : « Chose de prime face estrange, dit-il, et toutes fois excusable, si par nos anciens romans (images de nos coustumes anciennes), nous trouvons que nos chevaliers ayant été blessés casuellement par la campagne, ils avoient recours aux plus prochains chasteaux, dans lesquels ls trouvoient leur guérison par le ministère des preudes dames et damoiselles...., mais laissant cette particularité à part, encore avons-nous quelque demeurant de cette ancienne chirurgie exercée par les matrones, que nous appelons sages-femmes, etc. » Ce témoignage de Pasquier nous est garant qu'au XVIe siècle l'usage de la pratique de la médecine et de la chirurgie par des femmes avait presque entièrement disparu; c'est ce que nous voyons à mesure que l'on s'approche de l'époque contemporaine; nous trouverons bien encore quelques savantes, qu'un penchant particulier entraînait vers l'étude des sciences naturelles et même de la médecine, mais bien peu de praticiennes (voy. p. 575).

A. Beaugrand.

(La suite à un prochain numéro.)

Une autre raison qui a fait renoncer M. Ollier à toutes les incisions postérieures, c'est la crainte de léser le nerf circonflexe, qui, comme on le sait, contourne l'humérus en arrière.

D'après les expériences de M. Ollier (*Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, t. II, ch. IV), lorsqu'un muscle a été divisé, une des deux portions seulement conserve sa contractilité après la cicatrisation; c'est la portion qui reste en rapport avec le nerf moteur du muscle. Il faut une régénération du nerf pour que la contractilité volontaire reparaisse dans l'autre portion. A ce point de vue, en raison de la direction du nerf circonflexe, l'incision présente d'autant plus d'avantages qu'elle a été plus antérieure, voilà pourquoi, malgré les avantages que peuvent avoir, au point de vue de l'écoulement du pus, les incisions postérieures, il faut absolument y renoncer. L'incision antérieure offre donc deux avantages principaux : elle rend plus facile l'abord de l'articulation et empêche la lésion du nerf circonflexe. Dans le cas où il y aurait une soudure de l'humérus à l'omoplate ou un obstacle quelconque qui empêche l'écartement du bras, M. Ollier y ajoute une incision transversale qui, partant de l'extrémité supérieure de l'incision verticale, contourne l'acromion et sépare les attaches acromiales du deltoïde. On découvre ainsi la tête de l'humérus sur une plus large surface et l'on a plus d'espace pour l'aborder lorsque des adhérences anciennes interosseuses ou extra-osseuses ne permettent pas d'écarter suffisamment le bras du tronc.

On peut aborder directement l'articulation en arrière et en dehors en faisant une incision en fer à cheval qui contourne l'acromion, et en ajoutant à chaque extrémité de cette incision transversale une incision verticale dans le sens des fibres du deltoïde, de manière à rabattre un lambeau quadrilatéral. Mais ce procédé est bon tout au plus pour la décapitation de l'humérus; on rencontre les tendons des sus- et sous-épineux, qui sont un obstacle à l'opération et qu'on est obligé de sacrifier plus ou moins. Ce procédé rappelle celui de Nélaton, dont l'incision se fait à 1 centimètre au-dessous de l'acromion, mais qui sacrifie, comme tous les autres procédés du reste, les tendons des muscles rotateurs. M. Albanèse, de Palerme, (*Nuovo processo operatorio per la resezione scapolo-omerale seguito da un osservazione clinica di E. Albanese*, extrait de la *Gaz. clin.* de l'hôpital civil de Palerme, n°s 11 et 12, 1870), a proposé dans ces derniers temps et exécuté une incision postérieure, mais il coupe le deltoïde dans une certaine étendue. Nous ne pensons donc pas que son procédé ait des avantages.

Voici du reste la description du procédé de M. Ollier.

DESCRIPTION DU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE DE M. OLLIER.

PREMIER TEMPS. *Incision cutanée et intermusculaire.* — Le coude étant écarté du tronc de manière que l'humérus fasse un angle presque droit ou droit avec l'axe du corps (60 ou 80 degrés), on fait une incision au niveau de l'interstice qui sépare le grand pectoral du deltoïde; si cet interstice ne se sent pas sous la peau quand on écarte le coude du tronc, on fait partir l'incision du bord interne ou de la pointe de l'apophyse coracoïde et on la dirige en bas et en dehors dans le sens des fibres du deltoïde. Dans les cas où l'on sent distinctement l'interstice, et où l'on fait l'incision à son niveau, il faut s'occuper de protéger la veine céphalique qui le longe. Pour ne pas la mettre à nu, on sacrifie quelques fibres du deltoïde en faisant porter l'incision non pas exactement dans l'interstice musculaire, mais à 4 ou 5 millimètres en dehors, dans le tissu du muscle. Le bord interne de la plaie formé par le grand pectoral et comprenant la veine céphalique est éloigné par des crochets mousses. Le bord externe, formé par le deltoïde, est saisi de la même manière et écarté. On a alors la tête humérale sous les yeux.

DEUXIÈME TEMPS. *Incision de la gaîne périostéo-capsulaire et détachement des insertions musculaires et capsulaires.* — On ouvre immédiatement et dans toute sa longueur la capsule par une incision dans le sens de l'incision extérieure en dehors du tendon du biceps, parallèle à ce tendon. On la prolonge en bas sur le périoste, selon la longueur d'os qu'on veut enlever; on saisit alors la rugine tranchante (détache-tendon), et l'on commence la dénudation de la tubérosité externe à petits coups et en faisant relever par un crochet mousse la capsule à mesure qu'on la mobilise. On détache ainsi les insertions des sus- et sous-épineux et du petit rond. Pendant ce temps de l'opération, un aide est chargé de tourner l'humérus en dedans. On s'occupe ensuite du côté interne; on écarte le tendon du biceps, et en faisant tourner l'humérus en dehors l'insertion du sous-scapulaire se présente d'elle-même au détache-tendon. Une fois la tubérosité interne dépouillée, l'opérateur saisit le bras à sa partie inférieure, luxe l'humérus en haut, et pendant que les aides continuent à écarter et à protéger les parties qu'on leur a confiées, il poursuit avec le détache-tendon la séparation des insertions postérieures de la capsule. On peut alors dénuder de haut en bas le col chirurgical, la partie supérieure de la diaphyse humérale, jusque vers le milieu de l'os, en détachant les insertions des grand pectoral et grand dorsal, et du deltoïde.

TROISIÈME TEMPS. *Section de l'os.* — Par la facilité qu'on a de faire saillir la tête humérale à la hauteur que l'on désire, la section de l'os s'opère commodément avec la scie à chaîne ou toute autre scie, selon la préférence de l'opérateur.

QUATRIÈME TEMPS. *Résection de la cavité glénoïde.* — Le plus souvent il suffira d'abraser la cavité avec la gouge. Pour reséquer le col il faudra détacher préalablement avec la rugine, du pourtour de la cavité glénoïde, toutes les parties fibreuses qui s'y insèrent (*loc. cit.*, t. II, p. 318).

Ce procédé donne de si beaux résultats sur le cadavre, que nous engageons tous les chirurgiens qui veulent se faire une idée de la méthode sous-périostée à pratiquer cette opération. Dès qu'on sait manier un détache-tendon, on dénude sans difficulté la longueur d'humérus que l'on veut, et d'autre part, si l'on fait, comme nous l'avons dit plus haut, une résection par le procédé ancien et que l'on compare les deux cas, on verra que nous avons le droit de traiter de barbares les procédés dont on s'est servi jusqu'ici et qui étaient acceptables seulement avant la découverte de l'anesthésie, alors qu'il fallait aller vite pour éviter des douleurs au patient. L'incision antérieure n'a qu'un inconvénient, la difficulté de l'écoulement du pus, mais M. Ollier prévient cet accident en passant préventivement un drain d'avant en arrière dans les cas où il craint la stagnation du pus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Le quarantième meeting de l'Association médicale britannique.—Congrès ophthalmologique de Londres, — Association des médecins de la Savoie.

SOMMAIRE. — L'observation de la médecine : M. Wilks. — Psychologie médicale : Maudsley. — Ligature animale, lithotritie, uréthrotomie, ponction de la vessie par le rectum : Pemberton. — Calculs urinaires : W. Fergusson. — La variole en Irlande : Haughton. — Congrès ophthalmologique de Londres. Allocutions : Critchett et Helmholtz. — De l'accommodation apparente : Donders. — Opération de la cataracte : Bribosia, Taylor, Welffo, Warlomont. — Système métrique appliqué au numérotage des verres : Javal. — Association des médecins de la Savoie. : Questions professionnelles.

Le congrès annuel de l'Association des médecins de la Grande-Bretagne vient de se réunir à Birmingham, les 6, 7 et 8 août. Les réunions confraternelles ont toujours du succès en Angleterre, où elles sont l'occasion habituelle de discours dans lesquels des professeurs d'une haute autorité exposent des vues générales sur leur pratique ou sur des questions se rapportant à l'enseignement ou aux intérêts professionnels. Les discours ou *address* des présidents des diverses sections servent d'introduction à des discussions et à des lectures qui attirent l'attention sur les travaux des membres de l'association, et la publicité qui leur est donnée dans les journaux excite le zèle des assistants. Les distractions ont leur part : excursions dans la campagne, banquets, festivals, ajoutent l'agréable à l'utile; quelquefois même, il a semblé que celui-là faisait quelque tort à celui-ci, mais en Angleterre l'habitude des meetings ou congrès médicaux est établie, et l'on ne demande à ces réunions que ce qu'elles peuvent donner, c'est-à-dire quelques considérations touchant à la pratique, çà et là quelques discussions rapidement menées, l'opinion du corps médical sur des questions générales lorsque celles-ci présentent un intérêt d'actualité. Cette année, le meeting a

réuni un grand nombre de médecins, près de cinq cents adhérents, et les discours des présidents de section ont fait sensation.

Dans leur ensemble, ils présentent une tendance très-accentuée à donner la prééminence à l'étude des faits, éclairés par l'observation scientifique, sur les conceptions vitalistes. A plusieurs reprises les présidents ont insisté sur la nécessité de développer les études d'anatomie et de physiologie, les procédés d'investigation empruntés à la chimie et à la physique.

Une courte analyse du discours du président de la section de médecine, le professeur Samuel Wilks de Guy's hospital, montre que les tendances que nous signalons ont été nettement formulées.

Le docteur Wilks déclare qu'il n'est aucunement *conservateur* des doctrines qui ont pendant longtemps dominé; il a pleine confiance dans le progrès. Il s'efforcera de démontrer que l'étude des faits doit dominer l'influence des théories. L'anatomie pathologique est la base de la connaissance des maladies, et, loin de restreindre la conception de la maladie, elle la précise en étudiant en même temps la localisation des lésions dans certains tissus, et la connexion des lésions spéciales avec les troubles pathologiques de toutes les fonctions; c'est elle qui, démontrant combien sont rares les symptômes pathognomoniques, conduit cependant au diagnostic. L'expérience de la maladie ne peut s'apprendre seulement sur le vivant, et celui qui connaît le mieux les lésions est aussi celui qui apprécie le plus exactement la valeur des symptômes. La maladie est complexe; mais elle est soumise à des lois physiologiques dont les effets rentrent dans le domaine de l'observation.

La théorie des faits d'observation conduit trop souvent à des conceptions métaphysiques qui sont en contradiction avec les lois physiologiques. C'est ainsi que le *vis medicatrix*, auquel on a attribué un rôle si considérable, ne ressort pas de l'examen rigoureux des faits. La tendance à l'élimination n'apparaît que lorsqu'on envisage une période arbitrairement circonscrite de la maladie. Les hydatides s'attachent à l'individu et le tuent; le cancer est-il jamais éliminé? Les reins, la peau, n'éliminent que certains produits, suivant des lois physiologiques, et le *vis medicatrix* dans les fièvres éruptives et les fièvres infectieuses n'empêche pas ces affections de tuer les jeunes gens, les individus les plus robustes. Si l'on admet, dit M. Wilks, ces notions métaphysiques dans la nomenclature, les contradictions ne peuvent plus être comptées.

« Si au lieu de regarder l'hypertrophie du ventricule dans le cas d'obstruction des vaisseaux sanguins comme le résultat d'une loi physiologique, on en parle comme d'un processus conservateur, on est bientôt frappé de la fausseté de cette expression lorsqu'on voit ce même processus causer la rupture d'un vaisseau dans le cerveau et tuer le malade. »

La thérapeutique, telle qu'elle résulte des tendances anatomo-pathologiques, est l'opposé de l'empirisme qui s'adresse à un symptôme isolé. Elle doit être basée sur l'étude générale de l'état du malade tel que le fait concevoir la connaissance des lésions ou plutôt des troubles complexes qui précèdent la lésion ultime. M. Wilks ne craint pas de conclure nettement « que nous ne saurions être en médecine trop matérialistes dans la stricte acception du mot ».

Le président de la section de psychologie médicale, M. H. Maudsley, démontre par des aperçus historiques que les aliénés n'ont été considérés comme des malades qu'à l'époque où la science a pu s'affranchir de la domination et des influences d'une religion superstitieuse et des théories métaphysiques. Dans un langage très-élevé il a prouvé que la psychologie médicale pouvait aborder utilement des problèmes qui échappent à la philosophie morale; prenant comme exemple la notion du sens moral, il soutient que la perversion du sens moral est le premier degré d'une dégénérescence qui peut, chez les descendants, conduire à la folie; le sens moral étant une des acquisitions les plus récentes de l'humanité est aussi celle qui est la première attaquée dans la dégénérescence.

— Les chirurgiens se sont bornés à des considérations essentiellement pratiques. C'est ainsi que, dans son adresse sur la chirurgie, le professeur Oliver Pemberton, de Birmingham, a traité plusieurs sujets très-importants sur lesquels il a exposé les résultats d'une vaste expérience. Dans une revue rapide des moyens de traitement des anévrysmes, il a fait, à propos des diverses méthodes, des observations très-judicieuses; s'appuyant sur plusieurs faits qu'il rapporte, il pense qu'on s'est exagéré les dangers de l'influence des gros troncs situés au-dessous de l'artère qui est liée, parce que, avec la ligature par le procédé de Lister, on peut oblitérer le vaisseau sans produire la rupture des membranes; on sait que Lister emploie, au lieu de fils, de fines cordes à boyaux imbibées d'acide phénique. Avec ces fils organiques, la plaie se cicatrise très-rapidement, l'artère ne suppure pas; en effet, dans un cas de ligature de l'iliaque externe, il a vu la guérison effectuée en huit jours.

Ce procédé diminue ainsi les chances défavorables d'une suppuration prolongée qui persiste jusqu'au moment où la ligature de chanvre tombe; or, dans un cas de ligature de l'iliaque externe, M. Pemberton dut attendre vingt jours la chute du fil. Si les propriétés assignées par Lister à la ligature animale antiseptique sont démontrées par des faits plus nombreux, le traitement des anévrysmes sera certainement considéré d'un nouveau point de vue, et la ligature, ne comportant plus un pronostic aussi grave, sera plus souvent indiquée. D'ailleurs, M. Pemberton ne cherche pas à diminuer la valeur des autres méthodes; en effet, le premier, en 1859, il appliqua à un anévrysme poplité la compression de la fémorale combinée avec la flexion forcée de la jambe, et le malade guérit. Un fait particulier et certainement fort curieux dont M. Pemberton cite deux exemples, concerne une lésion consécutive à la guérison des avévrysmes, et consistant en la formation, après la guérison apparente, d'un anévrysme artério-veineux; dans un des cas cités par M. Pemberton, on avait lié l'artère fémorale; dans l'autre, on avait guéri l'anévrysme par la compression à l'aine; dans les deux cas il s'est établi ultérieurement un anévrysme variqueux à la base du triangle de Scarpa.

Abordant la question de la lithotritie et de la taille, M. Pemberton rapporte que, jusqu'en 1868, il a invariablement pratiqué la taille latérale pour tous les cas et à tous les âges. Sur 60 opérations, il n'a perdu que 5 malades; pour 35 opérés au-dessous de vingt ans, il ne compte qu'un décès; pour 25 au-dessus de vingt ans, il compte 4 morts. Depuis 1868, M. Pemberton, convaincu par les leçons d'Allarton, a suivi son procédé de taille simplifiée; opérant comme pour la taille médiane, il ouvre l'urèthre au-dessous du bulbe, et pratique la dilatation du col de la vessie au moyen du doigt guidé sur un stylet mousse introduit par l'incision périnéale dans la vessie.

Sur 25 cas, 20 opérés âgés de deux à vingt ans ont tous guéri, mais l'un des 5 autres malades âgés de quarante-six à soixante ans est mort de péritonite. M. Pemberton, cependant, ne veut pas admettre la dilatation à travers la plaie périnéale faite au moyen d'instruments, parce qu'alors il y a, dit-il, forcément déchirure des tissus. Lorsqu'il ne peut arriver avec le doigt au col de la vessie, il préfère la taille latérale.

Dans une revue complète du traitement des rétrécissements de l'urèthre et de la rétention d'urine, le chirurgien de Birmingham se prononce nettement en faveur de la dilatation graduelle; et lorsque celle-ci ne suffit pas, il préfère l'uréthrotomie à tout autre mode d'intervention. Dans la rétention, si la ponction de la vessie doit être faite, il pratique la ponction rectale. Il insiste sur les avantages de ce procédé, et sur la rapidité de la guérison sans fistule vésico-rectale, qui, de règle, s'opère en trois semaines au plus.

Sir William Fergusson a consacré la plus grande partie de son discours à la présentation de près de 400 exemplaires de calculs extraits par la lithotritie et la lithotomie; il les considère comme un trophée chirurgical. Parmi ces calculs 200 ont été extraits par la lithotritie; sir Fergusson les a conservés intacts, estimant qu'au point de vue chirurgical le volume des fragments offre plus d'intérêt que l'examen des sections de ces calculs, et d'ailleurs l'examen chimique se fait aussi bien sur des fragments. Sir Fergusson, en présentant ces spécimens de sa pratique, a sans doute voulu démontrer qu'il avait mis en application le grand principe qui doit, comme il l'a dit, dominer la chirurgie; c'est-à-dire la recherche constante de la précision, ayant pour corollaire l'étude approfondie des faits.

— Dans la section de médecine publique, M. S. Haughton, prenant pour texte de son discours l'étude des devoirs des médecins par rapport au public en temps d'épidémie, a tracé un sombre tableau des effets de la négligence des moyens prophylactiques; il a pris pour exemple la mortalité causée par l'épidémie de variole en Irlande, et en particulier à Dublin et à Cork. Dans cette ville, la mortalité par la variole s'est élevée à cette terrible proportion de 23 décès pour 1000 habitants par semaine, et cela pendant treize semaines. Il est du devoir de la profession d'insister sur une organisation effective de la vaccination en Irlande. Cependant M. Haughton n'a pas seulement la note triste, et la dernière partie de son discours, semée d'anecdotes, nous prouve que si l'avocat et le médecin sont, dans leurs rapports respectifs, en Angleterre, « comme le chien terrier et le rat », la malice est quelquefois du côté du médecin. M. Haughton demande pour le médecin légiste une plus haute considération : c'est affaire à nos voisins d'outre-Manche.

— Les travaux des sections ne nous sont pas encore connus; mais, suivant le Medical Times and Gazette, les plus intéressants ont été lus dans celles de la médecine publique et des accouchements; la médecine a été languissante, la psychologie s'est rapidement consumée. La chirurgie, d'abord florissante, périssait d'inanition lorsque le départ du président a précipité la clôture de ses travaux. On voit dans ces extraits que les journaux anglais ne craignent pas que leur critique décourage les membres de l'Association. D'ailleurs la réunion a été dans son ensemble très-brillante et très-encourageante pour les meetings futurs. Il appartient au corps médical de France de montrer prochainement que nous pouvons faire à Bordeaux et à Lyon aussi utile besogne qu'il a été fait à Birmingham. (Voyez sur le Congrès de Bordeaux, page 564.)

—Il va paraître dans le prochain numéro des Annales d'oculistique de Bruxelles un article (nous en avons l'épreuve sous les yeux) intitulé : *Souvenir du congrès ophthalmologique de Londres*. En attendant un compte rendu officiel, consultons ce *souvenir*.

Nous y trouvons d'abord une allocution de M. Critchett, président du comité provisoire, et une de M. Donders, président élu du Congrès; toutes deux pleines d'à propos, mais où nous ne trouvons à relever, pour le compte de la science, que cette déclaration un peu fière, empruntée à Helmholtz par le second orateur : « L'ophthalmologie moderne est, par rapport aux autres branches des sciences médicales, ce qu'était naguère l'astronomie à l'égard des sciences physiques : le modèle auquel elles ont à se conformer. »

L'article qui nous est envoyé en placard ne donne ni l'analyse, ni même l'énumération complète des travaux communiqués au Congrès. En ce qui concerne, par exemple, Bowman, nous y apprenons seulement qu'il a parlé d'un nouveau procédé d'iridectomie, du traitement du kératoconus, de certaines altérations de la cornée. Donders a fait la démonstration d'un nouvel optomètre et examiné *le cas de M. Foerster*. Il s'agit d'une assertion de ce dernier, rectifiée par Donders dans les termes suivants : « Bien qu'il soit vrai que l'aphakie n'empêche pas de lire à différentes distances certains caractères, l'acuité de vision diminue régulièrement à mesure que l'on s'éloigne du point exact pour lequel le verre corrige la réfraction, et, partant, il n'y a aucune raison d'attribuer la faculté de voir à des distances différentes et sans changer de verre à une véritable accommodation. Les pupilles étant étroites et l'acuité de vision assez grande, l'accommodation *apparente* devient très-étendue, mais n'en existe pas davantage en réalité ».

Le *Souvenir* n'entre dans quelques détails qu'au sujet des communications relatives à l'opération de la cataracte. M. *Bribosia* propose, pour le temps difficile de l'iridectomie, dans l'opération de de Graefe, le procédé suivant, qui convient surtout pour les personnes pusillanimes. Le couteau linéaire ayant fait la ponction et la contre-ponction, on lui imprime de petits mouvements sur son axe, afin de faire écouler l'humeur aqueuse; l'iris vient alors se présenter devant la lame, qui l'excise en même temps que se poursuit l'incision cornéale. La capsule a été ouverte préalablement. — M. *Taylor* pratique l'iridectomie à la partie supérieure du limbe de l'iris, sans en intéresser le sphincter, et fait passer la cataracte derrière l'iris; la pupille reste intacte. — M. *Wolffe* lit sur la cataracte traumatique un mémoire dont on ne dit pas la substance. Enfin, M. *Warlomont* expose un nouveau procédé d'extraction qu'il a récemment décrit dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (art. Cataracte), et qui est dû à M. Lebrun. C'est le procédé à *petit lambeau médian*, dans lequel le cristallin est extrait à travers une plaie à lambeau peu élevé, d'une forme spéciale, pratiquée à la partie moyenne du segment supérieur de la cornée et sans recours obligé à l'iridectomie. M. Critchett, qui a vu pratiquer par l'auteur et qui a pratiqué lui-même cette opération, l'a patronnée devant l'assemblée.

Une décision importante a été prise au sein du Congrès, relativement à la proposition faite par M. Javal au congrès de Paris, en 1867, d'employer le système métrique pour le numérotage des verres de lunettes. Sur un rapport de l'auteur même de la proposition, 48 membres se sont engagés à adopter, à partir du 1er juillet 1873, pour mesurer l'amétropie, le système métrique et la série de verres indiquée dans le rapport, c'est-à-dire ayant pour base le verre de 240 centimètres.

Voilà, avec une seconde lecture de M. Warlomont sur les ophthalmies sympathiques, et une note de M. Joy Jeffries (de Boston), sur la *pratique anesthésique par l'éther*, tout ce que nous permet de signaler le futur article des Archives d'ophthalmologie. En parcourant la liste des travaux dont on ne reproduit que les titres, nous inclinons à penser, avec tout le respect que nous inspire les noms de Donders et d'Helmholtz, que les ophthalmologistes doivent ressembler plus encore qu'ils ne se l'imaginent aux astronomes, lesquels discutent assez souvent entre eux, et se disputent parfois.

La prochaine session du congrès aura lieu en 1876 aux *États-Unis*.

— Nous avons reçu enfin le compte rendu imprimé de l'assemblée annuelle de l'*Association des médecins de la Savoie*, tenue à Modane, sous la présidence de M. Guilland. Mais cette séance a été remplie par des questions professionnelles, et ce n'est pas le lieu de nous y arrêter.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 19 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Emploi de la morphine et du chloroforme. — M. *Demarquay* adresse une note intitulée : *De l'emploi combiné de la morphine et du chloroforme pendant les opérations chirurgicales. Nouveau mode d'administration de cet agent.*

« ..... L'action combinée de la morphine et du chloroforme abaisse sensiblement la température animale (abaissement qui peut aller à 2 degrés et demi). Pendant mes expériences, un chien chloroformisé, après avoir été soumis à la morphine, est mort rapidement. Néanmoins, j'ai fait deux opérations importantes sur l'homme en combinant ces deux agents. La première a bien réussi ; mais, pendant la seconde, bien que le chloroforme fût donné avec soin et à petite dose, il est survenu des accidents graves..... J'ai abandonné cette manière de faire et je me suis appliqué à perfectionner le mode d'administrer le chloroforme.

» Au lieu de verser le chloroforme sur une compresse, sur de la charpie ou sur une éponge, ou d'employer un appareil plus compliqué, je me sers d'appareils faits en flanelle et ayant la forme d'un masque. Le chloroforme, contenu dans une bouteille graduée, est versé goutte à goutte sur l'appareil; l'évaporation du chloroforme est continue, le malade le respire sans effort ; souvent la période d'agitation disparaît et le malade s'endort doucement. Depuis plus d'un an, j'emploie cet appareil, confectionné par M. Mathieu, et je n'ai trouvé qu'un jeune homme, ayant des habitudes alcooliques anciennes, chez qui j'ai eu à lutter sérieusement contre la période d'excitation. (Renvoi à la Section de médecine et de chirurgie.)

Sourds et muets. — M. *Saint-Ange Davillé* adresse une Note relative à une nouvelle « Dactylologie à l'usage des sourds et muets ». Ce mémoire sera renvoyé à la commission précédemment nommée pour les questions de ce genre, commission à laquelle on priera l'Académie des sciences morales de vouloir bien adjoindre un de ses membres.

Legs. — M. *le Secrétaire perpétuel* donne lecture d'un article du testament de feu M. le maréchal *Vaillant*, faisant don à l'Académie d'une somme de 40 000 francs pour la fondation d'un prix. Le maréchal laisse à l'Académie le soin d'apprécier le sujet qui devra être indiqué pour ce prix, et l'emploi qu'il lui semblera le plus convenable de faire de la somme qu'il la prie d'accepter.

Sur l'absorption des gaz par le sang. Dosage de l'hémoglobine, par M. *N. Gréhant*. — « Le sang artériel pris dans l'artère carotide contient-il autant d'oxygène qu'il en peut absorber ; ou bien le sang, en traversant les poumons, absorbe-t-il tout le volume d'oxygène que le même sang, agité longtemps dans un flacon plein d'oxygène, pourrait prendre?

» Chez un chien, on découvre l'artère carotide et l'on aspire avec une seringue 60 centimètres cubes de sang en quatorze secondes; il faut ensuite vingt-quatre secondes pour porter le sang à la pompe à mercure et pour l'injecter, par le robinet de la pompe, dans l'appareil à extraction des gaz absolument vide d'air. On extrait les gaz, et les volumes gazeux sont soumis à l'analyse et ramenés secs à zéro et à la pression de 760 millimètres. On fait ensuite respirer à l'animal, pendant trois minutes, à l'aide d'une muselière, 12 litres d'oxygène presque pur; puis on retire de la carotide, avec la seringue et dans le même temps, 60 centimètres cubes de sang, qui est d'un rouge plus vif que celui de la première prise ; les gaz du sang sont extraits. Enfin, on fait une troisième prise de sang, qui est agité dans un flacon plein d'oxygène pendant plusieurs minutes ; le sang se défibrine en même temps qu'il absorbe de l'oxygène, il se remplit aussi de petites bulles de gaz. Le liquide est passé à travers un linge qui retient la fibrine, et s'écoule dans un flacon que l'on ferme et que l'on fait tourner rapidement avec une corde, pour rassembler les bulles de gaz qui forment la mousse. Ce sang suroxygéné est introduit dans l'appareil vide et l'on en extrait les gaz. Voici les résultats obtenus :

» 100 centimètres cubes de sang normal de la carotide contenaient 16,3 d'oxygène.

» 100 centimètres cubes de sang de la carotide, après inhalation d'oxygène, 23,3 d'oxygène.

» 100 centimètres cubes de sang suroxygéné, 26,8 d'oxygène.

» D'autres expériences semblables ont donné des résultats analogues...

» De cette recherche découlent plusieurs conséquences, parmi lesquelles j'insisterai seulement sur celle-ci : il doit être très-utile, chez l'homme atteint d'une affection thoracique aiguë ou chronique, de faire exécuter des inhalations d'oxygène pur ou additionné d'air ; mais, comme il pourrait y avoir un inconvénient à envoyer aux éléments anatomiques un sang trop riche en oxygène (les expériences si intéressantes qui sont dues à M. Bert conduisent naturellement à faire cette réserve), il faut agir prudemment et faire exécuter des inhalations intermittentes de gaz oxygène pur, de manière à ne pas trop élever le volume d'oxygène contenu dans le sang artériel. Dans l'empoisonnement partiel du sang par l'oxyde de carbone, gaz dont les propriétés toxiques sur l'hémoglobine ont été si bien mises en lumière par M. Cl. Bernard, l'inhalation de gaz oxygène est tout à fait rationnelle ; il faut donner aux globules qui sont restés intacts la possibilité de prendre la plus grande quantité possible d'oxygène ; aussi l'emploi de l'oxygène dans le cas d'empoisonnement par la vapeur de charbon a produit, paraît-il, d'excellents résultats... Les résultats obtenus chez six animaux différents, quant à l'oxygène absorbé, le gaz étant supposé sec, à zéro et à la pression de 760 millimètres : 18^{cc},8 ; 21^{cc},9 ; 25^{cc},8 ; 26^{cc},2 ; 26^{cc},3 ; 31^{cc},3.

» Ces différences si grandes, qui existent chez des animaux qui paraissaient en bonne santé, doivent exister aussi chez l'homme. De là l'utilité de faire chez l'homme une série de recherches comparatives ; le sang peut être pris dans les vaisseaux 24 ou 48 heures après la mort, et les globules rouges ont généralement conservé leur pouvoir absorbant pour l'oxygène.

» Le plus grand volume d'oxygène ainsi mesuré permet de doser l'hémoglobine, car on peut affirmer que le poids d'hémoglobine, de cette substance si importante au point de vue physiologique, est à peu près proportionnel au plus grand volume d'oxygène qui est absorbé par le sang. »

L'auteur fait ensuite connaître un procédé pour doser plus exactement encore l'hémoglobine, à l'aide de l'oxyde de carbone, et il résume les résultats qu'il a obtenus. Le sang absorbe un certain volume d'oxyde de carbone qui reste combiné avec l'hémoglobine, à la température de 40 degrés; après quoi le sang saturé n'absorbe plus rien. Par ce procédé on trouve que le volume d'oxyde de carbone combiné avec l'hémoglobine, et qui sert à la doser d'une manière tout à fait rigoureuse, est inférieur au volume total d'oxygène absorbé par le sang, car celui-ci renferme, en outre du volume d'oxygène combiné avec l'hémoglobine, la petite quantité d'oxygène contenue en solution dans le sérum et celle qui est combinée avec les sels que renferme ce liquide (M. É. Fernet), puis une quantité, très-petite en volume, de bulles microscopiques d'oxygène restées incluses dans le sang.

» Chez un animal à jeun, 100 centimètres cubes de sang de la carotide ont absorbé 31^{cc},8 d'oxygène, puis 27^{cc},2 d'oxyde de carbone. 100 centimètres cubes de sang des veines sus-hépatiques ont absorbé 30 centimètres cubes d'oxygène, puis 26^{cc},1 d'oxyde de carbone.

» Chez un chien en digestion, 100 centimètres cubes de sang du cœur droit ont absorbé 20cc,17 d'oxygène, puis 17cc,53 d'oxyde de carbone; 100 centimètres cubes de sang des veines sus-hépatiques ont absorbé 17cc,17 d'oxygène, puis 14cc,45 d'oxyde de carbone. »

Aspiration des liquides pathologiques. — M. *J. Guérin* adresse une réclamation de priorité au sujet d'une note présentée par M. Dieulafoy.

Prix. — L'Académie décide en comité secret, que la séance publique où seront distribués à la fois les prix ou récompenses qui correspondent aux Concours des années 1870 et 1871 sera tenue le 25 novembre prochain.

Académie de médecine.

Séance du 27 aout 1872. — Présidence de M. Barth.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur *Antellet* (de Civray) sur une épidémie de variole qui a régné à Brux, à Chaunay et à Champagné-le-Sec, en 1870. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une copie d'une pétition du docteur *Pigeon* (de Fourchambault) à l'Assemblée nationale, tendant à provoquer de nouvelles expériences sur l'étiologie, la contagion et le traitement du typhus des bêtes à cornes. (*Comm.* : MM. Delpech, Reynal et Bouley.) — *b*. Une nouvelle observation de M. le docteur *Abeille*, relative à l'antagonisme de l'atropine et de la morphine. (*Comm.* : MM. Chatin, Gubler et Vulpian)

M. *Boudet* présente, de la part de M. *Duquesnel*, des échantillons d'aconitine cristallisée et d'azotate de cette base, destinés aux expériences de la Commission nommée pour établir la formule légale de cet alcaloïde et les différentes formes sous lesquelles ce médicament devra être employé. (*Renvoyé à la Commission des alcaloïdes.*)

Depuis quelque temps, chaque séance est marquée par un nouveau deuil. La mort vient encore d'enlever à l'Académie un de ses membres les plus illustres, un homme qui fut, pendant plus d'un demi-siècle, l'honneur de la médecine française. Louis, dont le nom « laissera, dans l'histoire de la médecine, d'impérissables souvenirs », est mort la semaine dernière. Il est mort, suivant l'expression de M. Barth, « comme le sage antique, riche d'années et comblé des marques de la plus vive affection ».

Ses obsèques ont été célébrées à l'église de la Trinité, au milieu d'un nombreux concours de disciples et d'amis.

M. Barth, au nom de l'Académie, a retracé, en termes pathétiques, la vie, les travaux et les hautes qualités de l'illustre défunt.

Voici ce discours qui a été accueilli par d'unanimes applaudissements :

Messieurs,

C'est une belle et noble existence qui vient de finir. La médecine contemporaine voit disparaître en M. Louis un de ses plus glorieux représentants, et l'Académie perd en lui un de ses membres les plus illustres et les plus justement aimés.

Par un rare privilége, Louis réunissait en sa personne tout ce qui inspire l'attachement et commande le respect : il était à la fois le parfait modèle du savant et de l'homme de bien.

Ses travaux scientifiques sont universellement connus ; il serait superflu de les rappeler, et ce n'est point ici le lieu d'en faire l'éloge. Qu'il suffise de dire qu'ils sont tous non pas le produit de conceptions plus ou moins ingénieuses, mais le fruit des recherches les plus patientes et de l'observation la plus exacte. Il s'ensuit que, s'ils n'ont pas l'éclat des œuvres de l'imagination, ils ont cette solidité et ce cachet de vérité qui les feront vivre encore lorsque bien d'autres productions plus brillantes seront tombées dans l'oubli.

Ce qui sera pour Louis un titre de gloire supérieur encore à celui de ses écrits, c'est d'avoir été l'âme et l'initiateur convaincu d'une méthode scientifique qui consiste à tenir peu de compte des assertions sans preuves, à se défier de l'hypothèse, et à ne considérer comme vrai que ce qui découle rigoureusement d'un nombre suffisant de faits bien observés et soigneusement analysés, méthode ardue, mais sûre, qui peut seule donner à la médecine l'exactitude qu'elle comporte et la faire avancer incessamment dans la voie du progrès.

C'est à ce titre surtout que Louis laissera dans l'histoire de notre art une renommée impérissable; et ce qui justifie cette appréciation, c'est que la méthode dont il a été l'ardent propagateur a rapidement prospéré, et que parmi les élèves qui sont sortis de l'école de Louis nous retrouvons une foule d'hommes distingués qui, sur tous les points du globe, ont conquis les positions les plus élevées et jouissent de la plus légitime réputation.

Le maître vénéré n'a pas eu seulement de nombreux élèves, mais il a eu de plus ce rare bonheur que ses élèves sont devenus ses amis.

C'est que Louis avait des qualités du cœur et de l'âme qu'on ne devinait guère, au premier moment, sous cet abord un peu froid et cet aspect tant soit peu austère.

Ceux qui ont pénétré dans sa vie intime savent co que cette réserve et cette apparente froideur cachaient de vives et tendres affections.

C'est dans ses affections que Louis a été frappé pour la première fois, mais d'une manière cruelle, au milieu de sa carrière jusque-là si heureuse.

Il avait un fils unique qu'il aimait passionnément et sur qui se concentraient toutes ses joies dans le présent, toutes ses aspirations pour l'avenir. Ce fils, qui donnait déjà les plus grandes espérances, lui fut enlevé à l'âge de dix-neuf ans.

Le coup fut terrible. Louis resta inconsolable ; *noluit consolari.*

Sa douleur immense s'atténua peut-être en se transformant en une espèce de culte pour l'enfant qu'il avait perdu ; et, tant que ses forces le lui ont permis, il est venu tous les jours s'incliner sur la tombe de ce fils bien-aimé.

Ce malheur irréparable modifia la vie de Louis. Le chêne avait été profondément entamé par le coup qui venait de trancher le rejeton.

Peu à peu, Louis s'éloigna de sa clientèle et il prit sa retraite de l'Hôtel-Dieu avant que l'âge lui en eût fait une nécessité.

Pendant toute sa carrière de praticien et de médecin d'hôpital, il avait été l'homme du *devoir*. L'accomplissement du devoir était sa règle, sa devise et sa préoccupation dominante.

Retiré de la vie active, il resta l'homme de bien, fidèle à toutes ses affections. Un ami était toujours assuré de le voir accourir, au premier appel, à son lit de souffrance; il était toujours sûr aussi de trouver en Louis un conseil, un appui.

Dans sa retraite, Louis ne restait pas inactif; il occupait son intelligence en s'enquérant de toutes les publications relatives à la science qu'il avait si fructueusement cultivée, et il récréait son esprit par la lecture des bons livres.

Il était devenu un centre où se réunissaient ses amis les plus intimes ; et il était beau de voir ce vieillard toujours bon, toujours bienveillant et heureux de l'affection qu'on lui témoignait.

Sa conversation avait le charme que devaient avoir les entretiens de Socrate.

Dans ces réunions, il s'occupait surtout de ce qui intéressait ceux qu'il aimait.

Sa belle âme s'élevait quelquefois aussi dans des sphères plus hautes.

En contemplant les merveilles de la nature et l'harmonie de l'univers, il lui était impossible de ne pas reconnaître Dieu dans la grandeur de ses œuvres, et il ne pouvait admettre que le Créateur de toutes choses n'eût laissé à l'homme qu'une amère déception en faisant naître en lui, dans tous les temps et chez tous les peuples, le sentiment intime de l'immortalité de l'âme.

Cette existence dura ainsi dix-huit années, partagées entre les douces et nobles jouissances de la lecture et de l'amitié. On eût dit que le Destin retardait pour Louis ses arrêts et voulait le laisser plus longtemps dans ce monde comme le plus parfait modèle de l'honnête homme.

Mais tout ici-bas doit avoir une fin. Le 9 juin fut pour Louis un jour fatal; il venait d'être frappé irrémédiablement du mal qui l'a enlevé après soixante-quinze jours de souffrances stoïquement supportées.

A la première nouvelle de sa maladie, ses amis accoururent près de lui; et, durant ces longs jours de douleur, c'était un touchant spectacle de les voir autour de son lit, associant leurs soins à l'assistance dévouée d'un fidèle serviteur, et soutenant de leurs sympathies la pieuse sollicitude de la noble compagne de sa vie.

Avec quelle effusion du cœur il exprimait à tous ses affectueux remercîments! Et quand ses forces défaillantes ne lui permirent plus de parler, une pression de main leur témoignait encore sa reconnaissance.

Ah ! si les vœux les plus ardents avaient pu retarder le terme fatal, Louis vivrait encore.

Mais son heure était venue ; il la voyait approcher sans crainte, n'ayant d'autre regret que de quitter ceux qu'il aimait. Il est mort comme le sage antique, riche d'années et comblé des preuves de la plus vive affection.

Son départ laisse un grand vide dans la corporation qu'il a servie et illustrée, et ses élèves qui ont eu le bonheur d'être admis dans son intimité, restent comme des orphelins qui auraient perdu le meilleur des pères.

Mais s'il n'est plus personnellement au milieu de nous, sa noble image

survivra dans le cœur de ses amis, sa mémoire restera chère à ses collègues de l'Académie, et le beau nom de Louis laissera dans l'histoire de la médecine d'impérissables souvenirs.

M. *Jules Guérin*, se faisant l'interprète du sentiment public, demande que la séance soit levée, en signe de deuil, ainsi qu'il est d'usage dans les grandes assemblées, toutes les fois qu'elles ont le malheur de perdre un de leurs membres les plus éminents.

M. le *Président*, avant de déférer à la proposition de M. Jules Guérin, annonce qu'un service solennel sera célébré, le 31 août prochain, à midi, en l'église de Gallnis-la-Queue (Seine-et-Oise), à l'occasion de la translation du corps de feu M. *Lecanu*, dans le cimetière de cette commune. Les membres de l'Académie, et notamment ceux de la section de pharmacie, sont invités à assister à cette cérémonie.

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 9 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

DE LA MORTALITÉ PUERPÉRALE A LA MATERNITÉ ; DISCUSSION. — DES INCONVÉNIENTS DES TUBES DE CAOUTCHOUC LAISSÉS A DEMEURE DANS LA PLÈVRE A LA SUITE DE L'OPÉRATION DE L'EMPYÈME. — PRÉSENTATION DE MALADES ATTEINTS D'ANGINE SCROFULEUSE.

La discussion qui s'engagea dans la dernière séance sur la mortalité puerpérale dans les hôpitaux, et en particulier à la Maternité, amène aujourd'hui M. *Hervieux* à s'expliquer sur la nature des décès qui se produisirent dans son service de la Maternité, pendant ces derniers temps. Il vient aujourd'hui répondre à ceux de ses collègues qui s'étonnaient de son silence sur les cas malheureux qui se sont produits dans ses salles; il le fait avec une ardeur pleine de sincérité et de conviction. Oui, il y a eu un certain nombre de femmes qui sont mortes pendant leurs couches dans son service ; oui, il y a eu des cas de fièvre puerpérale. Mais il importe de relever dans quelle circonstance ces décès ont eu lieu.

La mortalité générale de la Maternité, du 1er janvier au 1er août a été de 1,70 pour 100, chiffre en réalité très-minime. Or, il faut diviser cet espace de temps en deux périodes : la première, période non épidémique, du 1er janvier au 5 juin, qui compte 5 décès; la seconde, épidémique, du 5 juin au 21 juillet, pour laquelle on constate 9 décès.

Les 5 décès de la première période se répartissent ainsi : 1 cas mortel par méningite antérieure à l'accouchement ; 1 cas d'ictère grave; 2 cas d'hémorrhagies mortelles par insertion vicieuse du placenta ; enfin 1 dernier causé par la tuberculose. Jusqu'ici, aucune manifestation épidémique de nature puerpérale.

Les 9 cas mortels de la seconde période (période dite épidémique) se décomposent de la manière suivante : 1° traumatisme, rupture considérable du vagin, tentatives reitérées d'accouchement par une sage-femme, mort rapide ; 2° péritonite contractée en ville pendant la grossesse, mort le lendemain de l'admission à la Maternité ; 3° femme rachitique avec rétrécissement du bassin et corps fibreux de l'utérus, efforts considérables pour extraire l'enfant, péritonite ; 4° opération laborieuse, péritonite consécutive ; 5° et 6° péritonites mortelles développées après des accouchements réguliers ; 7° rachitisme avec rétrécissement du bassin, accouchement difficile, péritonite ; 8° phlébite utérine développée peu après l'accouchement : la phlébite guérit, mais au quatorzième jour de la convalescence la malade meurt subitement; 9° métro-péritonite mortelle, développée spontanément après un accouchement normal.

Voici donc une épidémie toute locale qui, du 12 juin au 21 juillet, produit 9 décès dans les conditions sus-indiquées, et après laquelle la Maternité est rentrée dans son calme habituel. De ces 9 décès, 4 seulement dépendent de fièvre puerpérale spontanée. M. Hervieux les explique par le foyer infectieux créé par les cas mortels, consécutifs à des accouchements graves; il ne voit pas qu'il soit besoin, pour les expliquer, d'invoquer des causes d'épidémie ou de constitution médicale.

Du 21 juillet au 9 août, un autre décès s'est produit, et une femme est encore actuellement gravement atteinte.

En ce qui concerne l'engagement pris par M. Hervieux de ne plus avoir d'épidémie puerpérale dans son service, il y a là une mauvaise traduction de sa pensée. Il serait absurde de prendre un pareil engagement, mais ce dont M. Hervieux se porte garant, c'est d'empêcher le développement des petites épidémies locales, en observant rigoureusement les mesures d'hygiène et d'isolement qu'il a instituées dans son service déjà depuis longtemps.

M. *Moutard-Martin* demande si les malades atteintes d'accidents consécutifs à des accouchements laborieux étaient placées dans la même salle que celles qui ont été prises spontanément de métro-péritonite.

M. *Hervieux* répond que toutes ces malades sont placées dans les salles de médecine. Il y a deux salles, et ces deux salles sont ouvertes l'une dans l'autre, et par conséquent communiquent facilement.

M. *Bourdon* fait observer que dans tous les hôpitaux on fait fréquemment des accouchements difficiles, que ces accouchements s'accompagnent souvent de traumatisme et de métro-péritonites consécutives, et que cependant il ne se produit pas à l'occasion de chacun d'eux d'épidémies comme celle dont M. Hervieux fait mention. M. Bourdon admet, à l'encontre de M. Hervieux, l'influence nécessaire des épidémies, et il déclare qu'il n'est pas facile, sans forcer les déductions, de retrouver toujours la cause des épidémies et de suivre la filière des cas malheureux.

M. *Hérard* demande à M. Hervieux si dans les autres mois de l'année, dans cette période non épidémique indiquée par lui, on a pratiqué également à la Maternité des opérations obstétricales, lesquelles auraient été suivies de mort.

M. *Hervieux* pense qu'il y a quelquefois des groupements malheureux, des coïncidences de cas graves qui, se produisant à la même époque, créent un petit foyer infectieux. Il est persuadé que tout médecin peut, en observant les conditions hygiéniques qui lui ont si bien réussi à la Maternité, maintenir son service d'hôpital dans un état sanitaire satisfaisant. Il n'y a pas là de hasard, pas de secret, il n'y a que des règles d'hygiène et d'isolement très-faciles à réaliser. M. Empis disait lui-même à M. Hervieux que, grâce à ces mesures, et grâce à elles seules, il avait fait disparaître pendant neuf années les épidémies dans le service d'accouchement de la Pitié.

M. *le Président* résume la discussion et déclare l'incident clos.

— M. *Bucquoy* montre un tube de caoutchouc, long de 24 centimètres, qui avait séjourné dans la plèvre d'un individu opéré de l'empyème. Ce tube servait à pratiquer des injections iodées. Au bout d'un certain temps, le tube se cassa et tomba dans la plèvre. On l'en a extrait sans trop de difficultés. Si l'on examine ce tube, on constate qu'il a augmenté de volume et que le tissu est devenu cassant, friable. Il y a donc lieu de prévoir cette altération du caoutchouc, et en conséquence de renouveler souvent les tubes que l'on place à demeure dans la plèvre. Peut-être le caoutchouc rouge, préparé au sulfure d'antimoine, est-il d'une détérioration moins facile; c'est d'ailleurs ce que M. Bucquoy est en train de rechercher.

M. *Moutard-Martin* a déjà plusieurs fois remarqué cette altération du caoutchouc. Il croit devoir l'attribuer aux injections iodées plutôt qu'à la macération dans le pus. Cette altération

détermine quelquefois des accidents d'un autre ordre que celui indiqué par M. Bucquoy. En voici un exemple récemment observé par M. Moutard-Martin. Ayant placé dans la poitrine d'un malade opéré d'empyème un tube de caoutchouc d'assez gros calibre, lequel pénétrait à frottement doux et fonctionnait parfaitement, M. Moutard-Martin fut très-étonné vingt-quatre heures après, de voir que l'écoulement ne se faisait plus par le tube. Il voulut pousser une injection : le liquide ne passait pas. Cherchant alors à retirer le tube, il sentit qu'il était fortement serré dans l'espace intercostal, et sans la patience qu'il employa, sans les tractions lentes et mesurées qu'il fit, il eût été exposé à briser le tube. Il fallut une demi-heure pour retirer ce tube qui s'était épaissi et qui, par suite, s'était obturé dans l'espace intercostal.

— M. *Isambert* présente trois malades atteints d'angine scrofuleuse. Il montre lui-même, au moyen de l'appareil laryngoscopique, les lésions du pharynx et du larynx, lesquelles sont conformes à la description qu'il en a donnée dans sa première communication.

M. *Archambault* s'étonne de ne rencontrer à l'hôpital des Enfants, où il est chargé du service des chroniques et scrofuleux ainsi que de la consultation pour l'admission à l'établissement de Berck, il s'étonne de ne rencontrer que fort peu d'angine scrofuleuse, et encore n'est-il pas très-convaincu que ces angines prétendues scrofuleuses ne soient pas des angines de nature syphilitique. J'ai montré, dit-il, dernièrement un jeune sujet atteint de cette forme d'angine, et j'ai vu avec satisfaction que les avis étaient partagés, les uns voyant là de la scrofule, les autres considérant la lésion comme une manifestation syphilitique. Or, s'il est difficile chez les enfants de remonter aux premiers accidents de la syphilis, on peut le plus souvent, par les phénomènes présentés antérieurement par la mère, établir le diagnostic. Chez le malade dont il vient d'être question, M. H. Roger avait d'abord considéré la lésion comme d'essence scrofuleuse, mais depuis qu'il a pu examiner la mère, il pense qu'elle se rapporte à la syphilis. Le traitement spécifique semble avoir démontré l'exactitude de ce dernier diagnostic, puisqu'il a produit une amélioration considérable.

M. *Lailler* répond que si l'angine scrofuleuse est rare, c'est parce qu'on ne la cherche pas. D'autre part, si l'on tient compte de l'état des dents chez les syphilitiques héréditaires, état sur lequel Hutchinson a appelé l'attention, on parvient à discerner la véritable origine de la maladie.

M. *C. Paul* fait remarquer aussi que si l'angine scrofuleuse est considérée comme rare, c'est que, cette affection étant indolente, les malades ne s'en plaignent pas et ne consultent pas le médecin. C'est en la cherchant que l'on constate sa fréquence.

M. *Isambert* partage cette opinion et estime que le phénomène douleur est déjà un bon signe diagnostique. La scrofulide pharyngée est indolente; la syphilide, au contraire, est douloureuse.

— La Société décide qu'elle suspend ses séances, pendant la période des vacances, jusqu'au mois d'octobre. La première séance aura lieu le 11 octobre prochain.

A. L.

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches expérimentales et cliniques, sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale, par le docteur D. Mollière.

Depuis Malgaigne, il est admis que, dans la grande majorité des cas, les fractures du corps des vertèbres ont lieu par contre-coup, par l'effet d'une flexion forcée de la colonne vertébrale, et la fracture par contre-coup se produit ordinairement à l'union de la région dorsale et de la région lombaire ou de la région cervicale, c'est-à-dire dans les points où l'on observe les mouvements les plus étendus de la colonne vertébrale. M. Mollière, trouvant cette notion générale trop exclusive ou trop vague, a été conduit à rechercher si les fractures indirectes ne peuvent pas se rencontrer en d'autres régions, et il a été ainsi amené à pratiquer une douzaine d'expériences qui mettent en évidence des particularités importantes sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale. Par ces expériences, l'auteur a pu étudier les conditions de l'écrasement des corps vertébraux, ainsi que les circonstances qui peuvent déterminer le siége des fractures.

C'est ainsi qu'il a pu établir les conclusions suivantes : Pour qu'il y ait écrasement des corps vertébraux, il faut que les ligaments interépineux résistent. La rupture des arcs vertébraux ne peut pas être produite tant que les corps vertébraux sont intacts. Si l'on peut admettre la fracture par arrachement des corps vertébraux pendant les mouvements de flexion forcée, cet arrachement est toujours consécutif à un certain degré d'écrasement de la région antérieure de cet os.

Les fractures par flexion dans la région dorsale sont accompagnées de fracture de côte, ou bien la violence distend les cartilages costaux ou fracture le sternum. On doit distinguer dans le mode de production de ces fractures deux mécanismes : 1° la flexion forcée du tronc dont l'action se fait sentir dans la région lombaire; 2° les fractures par flexion forcée de la colonne vertébrale elle-même, qui ont pour siége d'élection la partie moyenne de la colonne vertébrale.

Ces notions expérimentales sont comparées par l'auteur aux observations cliniques; il montre, dans cette partie de son travail, qu'il existe un assez grand nombre de fractures de la région dorsale produites chez l'homme vivant dans des chutes la tête la première, et que quelquefois même ces fractures de la région dorsale sont produites pour ainsi dire directement dans des chutes sur la région dorsale. M. Mollière ajoute seize observations personnelles qui ont une grande valeur, parce que la cause de la fracture a été, en général, déterminée avec précision. Dans ces recherches, il conclut en somme que les fractures indirectes n'ont pas pour siége unique les vertèbres qui unissent la région lombaire à la région dorsale, c'est-à-dire l'un des deux points qui sont le siége des mouvements les plus personnels.

Des expériences ne suffiraient pas à prouver la vérité de ces assertions, parce qu'en fait de fractures il faut éviter de conclure rigoureusement de recherches faites sur le cadavre au mécanisme des fractures chez l'homme vivant, parce que la contraction musculaire, qui suffit quelquefois à produire la fracture (même pour les vertèbres), ne peut être appréciée dans les expériences sur le cadavre; mais sinon dans le détail, du moins dans leur ensemble, les conclusions expérimentales de M. Mollière sont en accord avec la clinique. En effet, laissant de côté la région cervicale dont l'auteur ne s'est pas occupé, nous remarquerons qu'en dehors de l'expérimentation la clinique démontre la fréquence des fractures indirectes à la région dorsale. Sur 286 cas de fractures des vertèbres analysés par Gurlt, nous trouvons 105 cas de fractures des vertèbres dorsales, et seulement 26 cas de fractures réunies des vertèbres dorsales et lombaires, et 42 cas de fractures des vertèbres lombaires, c'est-à-dire que, sur 173 fractures des régions dorsale et lombaire, dans 105 cas les vertèbres dorsales sont seules fracturées, et dans 42 cas les vertèbres lombaires sont seules fracturées. Or, si nous envisageons les cas où la fracture est produite par une chute du corps, nous trouvons une différence bien plus considérable, puisque dans 69 cas la fracture occupe la région dorsale, dans 20 cas seulement la région lombaire, et dans 11 cas les deux régions. Il semblerait donc que la statistique pourrait renverser entièrement la règle admise par Malgaigne et par Bonnet.

En tenant compte des fractures produites par le choc d'un

corps lourd sur les épaules, le dos ou la région lombaire, Gurlt montre que, sur 25 cas, les vertèbres dorsales ont été fracturées 19 fois, les lombaires 5 fois, les dorsales et lombaires 10 fois. En somme, ces chiffres sont tout à fait favorables à la thèse soutenue par M. Mollière; ils s'ajoutent aux arguments et aux preuves qu'il a réunis, et c'est à ce titre que nous avons jugé utile de les reproduire. (*Lyon médical*, 1872, n°s 13 et 15.)

BIBLIOGRAPHIE.

Projet de création d'un hôpital sur l'eau, par le docteur Félix Rochard. — Paris, 1872, typographie Renou et Maulde.

M. Rochard, ancien chirurgien de la marine, a lu à la Société de chirurgie deux mémoires, qu'il publie aujourd'hui, sur la possibilité et l'utilité d'un hôpital construit sur la Seine. Il s'appuie sur les plus respectables autorités de l'hygiène, et sur les bienfaits de la ventilation en particulier, pour introduire cette question devant la science, avec les preuves à l'appui. Le principe en lui-même n'est contesté par personne; mais l'auteur avait, à cet égard, son expérience personnelle, ayant pratiqué, dans les mers lointaines, le transport des malades fiévreux et dysentériques, avec des résultats inattendus. C'est en suite de cet ordre d'idées que M. Rochard proposa, pendant le siége, l'institution d'*hôpitaux flottants*, ainsi qu'il les appelle. M. le baron Larrey, consulté à cette époque, émit l'avis le plus favorable. Mais les événements qui survinrent précipitamment enlevèrent à cette motion son caractère d'urgence, et la discussion est encore ouverte, en l'absence du fait.

La thèse est celle-ci : l'abondance de l'air ne suffit pas aux bonnes conditions hygiéniques d'un hôpital; il faut que cet air circule, et l'on y a recours d'ordinaire par la ventilation, à l'aide de grands appareils, suffisamment coûteux, mais pas toujours suffisamment actifs. Le courant d'air produit par un cours d'eau, le plus voisin possible, est le meilleurs des ventilateurs, et il faut l'utiliser, quand on le peut. Or, pour l'utiliser entièrement, sans déperdition, dans toute son activité, le moyen le plus pratique est de construire l'hôpital sur ce cours d'eau même, qui détermine le courant d'air.

La question ainsi posée ne souffre presque pas de discussion; au moins ne pourrait-on apporter contre cette thèse que des arguments sans preuves, puisque l'expérience n'a pas été faite.

Mais, au point de vue de l'exécution pratique, les difficultés sont peut-être plus grandes qu'on ne le suppose. M. Rochard et son architecte abandonnent, après étude, l'idée première, c'est-à-dire celle des baraques établies sur des pontons; ils adoptent la construction sur pilotis. Et l'on pourra peut-être leur reprocher de ne pas assez tenir compte des crues de la rivière? Cela est d'autant plus singulier que l'on a choisi la Marne pour lieu d'élection, et l'on sait, en général, combien les crues de la Marne sont imprévues et désastreuses! La baraque, fixée au pilotis, ne pourra pas suivre le mouvement, comme elle eût fait sur le ponton; cela semble si simple qu'on se demande ce qu'on appelle hôpital flottant?

M. Rochard fait valoir, en faveur de son projet, dont il donne le plan, les chiffres favorables des résultats, attribués par la statistique, au traitement des malades de l'Hôtel-Dieu, construit sur les deux rives de la Seine. Mais, involontairement, et sans aucune pensée de contradiction, ce fait amène dans l'esprit une conclusion toute différente de celle que demande l'auteur. On comprend en effet que cette construction ainsi placée doit offrir tous les avantages de l'hôpital flottant, sans en avoir les inconvénients ni les dangers. M. l'architecte Gaeger donne, à la fin de la brochure, le portrait de la Marne ainsi couverte de bateaux. Et l'on s'appuie du principe émis par Michel Lévy : « Le bienfait d'un air pur est le principe de tous les traitements, de tous les succès, en médecine comme en chirurgie. »

Si j'en crois le bruit public, cet exemple de l'Hôtel-Dieu n'est pas perdu pour l'administration, et il y a projet d'un hôpital dans le voisinage de Nogent, c'est-à-dire en plein courant d'air, sur le bord même de la Marne, de façon à profiter de ses sinuosités, condition favorable, médicalement parlant. Mais M. Rochard n'a pas chance d'être victorieux en cet endroit-là.

C. Ély.

VARIÉTÉS.

Les femmes de l'Université de Zurich. — Dans une longue lettre adressée à l'Indépendance belge, nous trouvons de curieux renseignements sur l'accession des femmes aux grades universitaires et sur les diverses situations prises dans le monde par les élèves du beau sexe qui ont subi victorieusement leurs examens depuis sept ou huit ans.

Au siècle dernier, il y eut à Quedlimbourg un médecin, praticien fort estimé, qui s'appelait madame Dorothée Christiane Erxleben. C'était la femme du doyen de Saint-Nicolas; elle avait obtenu le diplôme de docteur en 1754. Dans un écrit qui fit sensation en son temps, elle examine les causes qui empêchent son sexe de se livrer aux études sérieuses, et elle s'efforce de démontrer qu'il pourrait et qu'il devrait en être autrement. On dirait que son vœu est près de se réaliser, si l'on considère ce qui se passe depuis quelques années à l'Université de Zurich. Avant 1864, deux dames de cette ville avaient déjà été autorisées à suivre les cours de la Faculté de philosophie à titre de simples *auditeurs*, c'est-à-dire sans prendre une inscription régulière. Dans le courant de l'année 1864, une jeune Russe, mademoiselle K..., sollicita du recteur de l'Université la permission d'assister aux cours d'anatomie et de microscopie. Les autorités compétentes n'ayant fait aucune objection, la permission fut accordée simplement, et six mois plus tard une autre jeune Russe, mademoiselle S,.., vint se faire inscrire à la Faculté de médecine.

Le sénat de l'Université de Zurich pensa dès lors qu'il était temps de régulariser la situation des *étudiantes* et de décider si, à l'avenir, l'admission des femmes à tous les cours des diverses facultés serait considérée comme un droit formel ou seulement comme une faveur spéciale, subordonnée à l'agrément des professeurs. Dans le premier cas, il allait de soi que les élèves du sexe féminin pourraient se présenter aux examens et obtenir le diplôme de docteur. C'est au mois de mai 1865 qu'eurent lieu les délibérations sur ce sujet délicat. La discussion fut assez vive, et il se trouva que les adversaires de l'admission des femmes à l'inscription régulière étaient à peu près aussi nombreux que les partisans de l'innovation projetée. On convint de ne rien préjuger encore, d'attendre les résultats d'une expérience plus longue et plus complète. Après tout rien ne prouvait que les deux jeunes femmes qui avaient été provisoirement admises aux cours iraient jusqu'au bout de leurs études, ni que leur exemple serait beaucoup suivi.

La première des deux disparut en effet avant la fin de 1867; mais mademoiselle S..., qui était déjà venue à Zurich avec un fond de connaissances très-solides, montra un zèle et une persévérance qui lui conquirent l'estime de ses professeurs, et se vit au mois de février 1867 assez avancée dans ses études pour affronter les épreuves du doctorat. Pour aspirer au diplôme de docteur, il faut être « citoyen académique », c'est-à-dire avoir été inscrit sur le matricule de l'Université; mademoiselle S... s'adressa donc au recteur, afin d'obtenir l'accomplissement de cette formalité indispensable. Le recteur hésita un peu; toutefois, le cas n'étant pas prévu par le règlement de l'école, il crut pouvoir prendre sur lui d'interpréter ce règlement dans le sens favorable et d'*immatriculer* mademoiselle S... C'est ainsi que fut créé un précédent, et qu'un droit formel se trouva établi, comme en tant d'autres cas, par la sanction définitive d'une chose reconnue juste et raisonnable à la suite d'une expérience prolongée. Mademoiselle S... fut alors admise à passer ses examens et dûment promue docteur en médecine de la Faculté de Zurich.

Dans les années suivantes, l'affluence des élèves féminins ne fut pas d'abord aussi considérable qu'on aurait pu le croire. Vers la fin de 1867 on voit paraître deux Anglaises; en 1868, une Suissesse et une Américaine; en 1870, l'Allemagne et l'Autriche se risquent à leur tour; mais le contingent principal est toujours fourni par la Russie. En 1869, neuf jeunes Russes étaient inscrites à la Faculté de médecine; à la fin de 1871, elles

étaient dix-sept. En ce moment même, le nombre des *étudiantes* de l'Université de Zurich s'élève à 63, dont 51 suivent les cours de la Faculté de médecine (44 Russes, 1 Anglaise, 3 Suissesses, 3 Allemandes), et 12 les cours de la Faculté de philosophie (10 Russes, 1 Autrichienne, 1 Allemande). Ce qui explique cette prépondérance de l'élément slave, c'est que depuis longtemps en Russie l'enseignement supérieur est accessible aux femmes. Des gymnases de femmes ont été ouverts dans tous les chefs-lieux du gouvernement, et les universités russes, sans admettre les femmes sur le même pied que les hommes, leur destinent des cours publics spéciaux dont la durée est de deux ans. Ces facilités ont sans doute beaucoup contribué à inspirer aux femmes russes le goût des fortes études.

En ajoutant 17 élèves qui ont quitté l'Université depuis 1867 sans avoir terminé leurs études, et 6 qui ont été créées docteurs en médecine, on arrive à un total de 89 femmes inscrites sur les registres de l'école dans l'espace de huit ans. Le nombre des élèves de l'Université suisse s'est d'ailleurs notablement accru depuis 1864 ; il était alors de 232, il est aujourd'hui de 354. La Faculté de médecine compte aujourd'hui 208 élèves ; on voit que le contingent féminin en forme à peu près le quart. Les six docteurs de la Faculté de Zurich ont embrassé avec succès la carrière médicale. L'une de ces dames est la femme d'un médecin de Saint-Pétersbourg, une autre s'est établie comme praticienne dans la même ville et a déjà une clientèle assez considérable. Une troisième, mademoiselle M..., est aujourd'hui premier médecin de l'hôpital des femmes que dirige à Londres madame Garret-Anderson, docteur des Facultés de Londres et de Paris. A Birmingham, il se fonde aussi à cette heure un hôpital de femmes dont la direction sera confiée à une autre graduée de Zurich. Le cinquième de ces jeunes docteurs est une Américaine qui avait été désignée d'avance comme médecin de l'hôpital des enfants de Boston ; le dernier a été accepté comme sous-aide de la clinique médicale de l'hôpital de Zurich, M. le professeur Biermer.

Nécrologie. — Un confrère qui eut un grand nom dans la science médicale et une grande place dans l'estime, dans la vénération des contemporains, M. Louis, est mort le jeudi 22 août, à l'âge de quatre-vingts ans, après deux mois de souffrances. La nouvelle, trop connue déjà, en a été transmise officiellement à l'Académie par M. Barth, qui a prononcé sur la tombe de l'illustre académicien un discours élevé et plein d'une émotion communicative. (Voyez au Compte rendu de l'Académie.)

Les obsèques ont eu lieu samedi, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis. Le deuil était conduit par M. Abel Hugo, neveu par alliance du défunt.

— Nous avons reçu de M. le docteur Courot (d'Auxerre) une lettre que nous nous proposons de publier.

Enseignement. — La chaire de professeur d'anatomie et de clinique au collége de Dublin est mise au concours. L'élection aura lieu du 14 au 19 octobre.

Eaux minérales. — Dans notre numéro 29, nous avons résumé en dix lignes une assez longue lettre de M. le docteur Buez, dans laquelle il exposait ses démêlés avec l'administration de Martigny-les-Bains ; et ce résumé n'avait d'autre but que de rendre intelligible aux lecteurs de la Gazette l'induction que l'auteur tirait de ses déboires en faveur de l'inspectorat médical. Le directeur de l'établissement nous adresse une réponse tendant à établir : 1° que M. Buez, appartenant à l'armée, ne pouvait occuper un poste dépendant du ministre de l'agriculture et du commerce (à moins pourtant de se démettre précisément pour devenir inspecteur) ; 2° qu'il avait donné deux fois sa démission de médecin de l'établissement avant sa sortie définitive.

Un semblable débat ne peut aller plus loin dans la Gazette hebdomadaire.

— On demande un docteur en médecine pour occuper l'emploi de médecin et de sous-directeur dans un établissement pénitentiaire, à 12 kilomètres de Montpellier. Traitement : 3000 francs, logement et nourriture. On traiterait à de bonnes conditions pour un mobilier confortable. S'adresser au docteur Sériziat, à Montlobre, par Saint-Georges (Hérault).

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 17 au 23 août 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0.— Rougeole, 6. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 20. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 16. — Pneumonie, 39. — Dysenterie, 11. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 38 (1).— Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7.— Croup, 15. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 270. — Affections chroniques, 356 (2). — Affections chirurgicales, 72. — Causes accidentelles, 20. — Total, 887.

Londres : Décès du 11 au 17 août 1872, 1447. — variole, 16 ; Rougeole, 26 ; fièvre scarlatine, 15 ; Croup, 15 ; diphthérie, 0 ; coqueluche, 36 ; fièvre typhoïde, 21 ; diarrhée, 270 ; choléra nostras, 11 ; bronchite, 68 ; pneumonie, 41.

Lille : Décès du 16 au 31 août 1872, 182. — Variole, 2 ; scarlatine, 1 ; Rougeole, 1 ; fièvre typhoïde, 2 ; bronchite, 6 ; diarrhée et entérite, 44.

Florence : Décès du 4 au 10 août 1872, 111. — Fièvre typhoïde, 5 ; bronchite et pneumonie, 3 ; diarrhée, 8 ; angine couennense, 5.

Turin : Décès du 5 au 11 août 1872, 129. — Variole, 2 ; diarrhée, 4 ; fièvre typhoïde, 6.

(1) Dont 10 enfants au-dessous de six mois, 10 au-dessous de un an, 9 au-dessous de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 356 décès, 160 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Étude sur la pathologie des glandes sébacées, par le docteur Misset. In-8, accompagné de 4 planches lithographiées. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Étude statistique et clinique sur les positions occipito-postérieures, par le docteur Louis Sentex. Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

Les eaux chlorurées sodiques thermales de Bourbonne-les-Bains et les eaux simulaires d'Allemagne, par le docteur Bougard. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

Du traitement de l'alcool dans les maladies puerpérales, suites de couches, et de la résorption purulente, par le docteur Danet. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 25

Étude sur les causes de la mortalité excessive des enfants pendant la première année de leur existence et des moyens de la restreindre. Recherches sur l'infanticide, par le docteur Anner (de Brest). Ouvrage couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris. In-18. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né, par le docteur Quinqusnd. 1 vol. in-8 avec 17 planches dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire, par le docteur F. Mallez, avec la collaboration de E. Delpech. 1 beau vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 5 septembre 1872.

CONGRÈS DE BORDEAUX. — *Société de médecine de Marseille :* LE ZONA DE LA TÊTE ET DU COU : MM. DEMEULES, SEUX FILS, CAPDEVILLE, etc.— *Société royale médicale et chirurgicale de Londres :* DES LÉSIONS CARDIO-VASCULAIRES OBSERVÉES DANS LA MALADIE DE BRIGHT : MM. JOHNSON, GULL ET SUTTON.— *Société de médecine de Bordeaux :* MALADIE OBSCURE DE L'ENCÉPHALE : M. GERVAIS.

L'*Association générale pour l'avancement des sciences* a tenu sa première séance hier, 5 septembre, à Bordeaux ; nous sommes en mesure d'en donner dès aujourd'hui le compte rendu détaillé (voy. p. 586), et nous signalons particulièrement une lettre de M. Cl. Bernard.

Une récente discussion à la Société de médecine de Marseille démontre la nécessité, pour les médecins, de suivre attentivement les progrès que la physiologie pathologique a accomplis dans ces dernières années.

M. Demeules, ayant réuni une dizaine d'observations sur le zona de la tête et du cou, admet, dans un mémoire présenté à la Société, les conclusions de M. Parrot sur la nature du zona, à savoir, que « la douleur est le symptôme prédominant, et que cette douleur appartient à la classe des névralgies ». M. Seux fils a combattu cette opinion, en arguant de certaines particularités, telles que l'influence des causes morales sur la production du zona, la rareté du zona de cause rhumatismale, l'absence quelquefois complète de douleur. Il considère le zona comme une maladie générale amenant secondairement l'affection douloureuse. M. Capdeville, au contraire, reconnaît au zona ophthalmique une cause nerveuse, c'est-à-dire une lésion des nerfs.

Les objections de M. Seux fils ne nous semblent pas offrir la garantie clinique qu'il leur prête. Quoi qu'il en pense, le zona est souvent causé par un refroidissement, comme le démontrent un grand nombre d'observations. En outre, si le zona est dû à une altération des nerfs, il n'est pas nécessaire, comme nous le montrerons plus loin, que la douleur existe toujours ; enfin, la conception trop vague d'une maladie générale n'est pas admissible pour le nombre des cas, devenus assez nombreux, où le zona est évidemment la conséquence d'une lésion des nerfs.

En effet, grâce aux leçons de Charcot, aux thèses qu'il a inspirées (celles de Mougeot, Couyba), grâce aussi aux expériences de Brown-Séquard, nous connaissons la série des troubles trophiques consécutifs aux altérations des nerfs, des ganglions et même des centres nerveux. L'observation clinique, sur ce sujet, est tout à fait en accord avec la physiologie et l'anatomie pathologiques. Ces diverses branches de l'observation se sont éclairées réciproquement d'une vive lumière. Ainsi les faits de Mitchel Morehouse et Keen, de Charcot, de Thomas, Rouget, Raynaud, Bouchard, sans parler de nombreux auteurs allemands, prouvent que le zona est observé à la suite du traumatisme des nerfs ; que, dans certaines autopsies, on a trouvé des lésions démontrant l'altération des nerfs, des ganglions spinaux ou crâniens, et même des centres nerveux (Charcot, Liouville, etc.). Si bien que, dans sa thèse sur le zona ophthalmique, M. Hybord a réuni plus de douze autopsies démontrant des altérations des conducteurs nerveux ou des centres nerveux comme origine du zona, et en a conclu que le zona de cause traumatique, ou secondaire à des lésions des conducteurs nerveux ou de la substance nerveuse, est l'*expression cutanée d'une névrite*.

Nous le répétons, de telles observations rapprochées des données physiologiques établissent que s'il est une cause bien avérée pour le zona, c'est une altération traumatique ou secondaire des nerfs ou des centres. Le seul problème qu'on puisse chercher à résoudre serait de savoir s'il n'y a pas une autre étiologie du zona; mais, il faut bien le reconnaître, en dehors des

---

FEUILLETON.

Un dernier mot sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en Europe.

(Voyez les numéros 8, 9, 11, 13, 16, 17, 20, 22, 24, 28, 30 et 32.)

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

Ceux de nos lecteurs qui ont parcouru avec quelque peu d'attention les articles qui précèdent, pourront assez aisément formuler aussi bien, quelques-uns d'entre eux beaucoup mieux que nous-même, un programme d'enseignement, sans contredit plus complet et plus satisfaisant que celui de M. le docteur Naquet, commenté naguère dans nos principales feuilles médicales. Un semblable programme, vivement attendu par tous les hommes sérieux qui ont quelque souci du progrès de l'art médical, a déjà tenté quelques-uns de nos confrères. D'excellentes choses ont été écrites et soumises pour ainsi dire à l'attention de nos législateurs ; il est bien permis de penser que l'annonce de la discussion qui s'ouvrira sans doute dans la prochaine session de l'Assemblée nationale incitera les écrivains spéciaux et fera surgir des travaux analogues.

Afin de faire mieux ressortir ce qui différencie l'organisation de la médecine dans les divers États européens où nous l'avons étudiée ; pour mieux faire comprendre les excellentes mesures réalisées chez plusieurs de nos voisins et réalisables chez nous, un résumé ne sera pas inutile ; nos lecteurs pourront toujours se reporter, quant aux détails, à chacun de nos articles. Nous supposons, en écrivant ce résumé, que la connaissance de ce qui existe en France est bien présente à l'esprit de tous, et nous nous dispensons de la rappeler.

explications que nous fournissent l'anatomie et la physiologie pathologiques, lesquelles sont confirmées par des faits cliniques, nous ne trouvons rien de satisfaisant quant à l'hypothèse qui place le zona dans les maladies générales; et il ne suffisait pas, pour arriver à la démonstration d'une cause plus générale, de signaler certains faits de zona inexplicables par la théorie de la névrite, parce qu'une étude attentive permet presque toujours d'interpréter ces faits exceptionnels. Pour ne citer qu'un exemple, l'absence de douleur dans le zona semble fort difficile à expliquer par l'existence d'une névrite; mais la clinique a offert précisément un exemple de zona traumatique sans douleur (Rouget). Par conséquent, l'altération qui produit l'éruption n'amène pas forcément la douleur, mais, au contraire, peut produire l'anesthésie.

Pourtant, ne soyons pas exclusif. De ce que les altérations des nerfs, des ganglions, des centres nerveux, expliquent le zona, nous ne sommes pas en droit de conclure que ce sont là les seules causes possibles. En effet, pour certains cas on a pu considérer l'éruption caractéristique comme produite par une altération du sang, devenu irritant ou toxique pour les centres nerveux ou même pour les extrémités périphériques des nerfs. Les faits d'éruption herpétique à la suite de l'ingestion répétée de doses médicamenteuses d'arsenic, les zona consécutifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (Leudet), pourraient être cités à l'appui de cette manière de voir. Ce sera là, si l'on veut, une transition possible vers l'idée d'une maladie générale, dyscrasique, dans laquelle le sang, les humeurs altérés agiraient comme les substances toxiques. Mais cette interprétation aurait, croyons-nous, un autre sens que celle de M. Seux; de plus, pour établir une telle théorie, il faut conclure du fait démontré au fait possible; or, le fait aujourd'hui certain, c'est le zona lié aux altérations des nerfs.

La cause de l'hypertrophie du cœur dans la maladie de Bright a été étudiée par bien des auteurs qui n'ont pu faire adopter encore aucune opinion définitive. L'état des vaisseaux phériphériques dans la même affection a été à peine signalé jusqu'à ce jour. Une discussion récemment soulevée en Angleterre nous semble devoir fixer sur ces deux points l'état de la science.

Le débat s'est élevé d'abord entre M. Johnson et MM. William Gull et Sutton.

A propos d'une femme morte dans son service, à King's College hospital, M. Johnson a été amené à exposer, sur la maladie de Bright, les idées qu'il a déjà émises depuis une vingtaine d'années.

C'est une femme de quarante-six ans, alcoolique, morte d'une hémorrhagie cérébrale. On trouve à l'autopsie les lésions d'une des formes de la maladie de Bright. Les reins sont petits, granuleux; le droit pèse 109 grammes, le gauche 85 grammes. A l'aide du microscope on constate qu'un grand nombre de tubuli sont opaques, remplis de débris épithéliaux granuleux; les autres ont perdu leur épithélium, et, réduits à leur membrane fondamentale, présentent une transparence anomale; quelques-uns sont plus étroits que dans l'état sain. Les artérioles ont subi une hypertrophie remarquable de leur tunique musculaire; quant au tissu connectif qui sépare les tubuli il ne présente aucune trace d'hyperplasie.

Les petites artères de la pie-mère, de la peau et des intestins ont subi de même une hypertrophie manifeste de leur paroi musculaire.

Voilà les faits; voici maintenant l'interprétation qu'en donne M. Johnson.

La malade avait des habitudes alcooliques; les cellules épithéliales du rein, soumises chez elle à un fonctionnement exagéré, s'étaient en grande partie détruites. Les artérioles rénales, régulatrices de la circulation dans la glande, y établissent un afflux proportionné à son activité sécrétoire: ici leur contraction longtemps prolongée a développé outre mesure dans leur paroi l'élément musculaire. Les divisions de l'artère pulmonaire éprouvent une contraction analogue, quand une cause quelconque vient suspendre ou enrayer dans les poumons l'échange osmotique.

A mesure que la dégénérescence du rein a fait des progrès, les matières extractives, au lieu de passer dans l'urine, se sont accumulées dans le sang, et ce liquide a réagi sur la contractilité des vaisseaux périphériques. A son tour, cette résistance a exigé une action plus énergique du ventricule gauche, et en a entraîné l'hypertrophie. L'excès de la tension sanguine entre le ventricule hypertrophié et les artérioles hypertrophiées aussi et contractées a été la cause de l'hémorrhagie cérébrale.

Une autre théorie a été exposée par MM. Gull et Sutton dans un mémoire lu devant la Société royale médicale et chirur-

---

Le nombre des corps universitaires chargés d'enseigner et de décerner les grades, est loin d'être partout en proportion avec le chiffre de la population. Ainsi, nous trouvons :

États.	Population.	Facultés.
Danemark	1 700 000 habit.	1 Faculté.
Italie	25 400 000 —	21 —
Portugal	3 500 000 —	3 — ou Écoles.
Hollande	3 500 000 —	4 — —
Grande-Bretagne	29 300 000 —	64 établissements.
Russie	62 000 000 —	8 Facultés.
Suisse	2 500 000 —	3 —
Espagne	17 000 000 —	10 —
Belgique	5 000 000 —	4 —
Grèce	1 200 000 —	1 —
Confédération germanique	38 000 000 —	19 —

(Nous ne comprenons pas les colonies dans le chiffre de la population ci-dessus.)

La durée des études, quatre, cinq ou six ans, est à peu près la même, si l'on songe que les années scolaires n'ont pas la même durée dans toutes les universités, car elle est tantôt de huit mois, tantôt de dix.

La plupart des États n'ont pas fixé d'âge pour le commencement des études médicales. Il est aisé de comprendre que les études préliminaires généralement exigées ont conduit déjà au delà de l'adolescence le jeune homme qui se décide à embrasser la carrière médicale. Il n'en est pas de même quant au diplôme emportant le droit de pratique; presque partout un âge a été bien fixé. Il est, par exemple, de vingt-cinq ans en Danemark, de vingt et un à vingt-cinq ans en Angleterre, de vingt-deux à vingt-trois en Suisse, etc.; mais cette fixation résulte plutôt de la durée des études inscrite dans la loi, et l'on comprend qu'il soit dépassé presque toujours. L'âge de vingt-cinq ans, comme minimum, paraît satisfaire à toutes les exigences de convenance et d'utilité.

Le nombre et la nature des grades sont plus importants à examiner. On a pu remarquer combien l'un et l'autre sont

gicale, à la séance du 28 mai dernier. Elle ne tend à rien moins qu'à renverser tout ce qu'on croyait établi sur la maladie de Bright.

Pour ces auteurs, c'est une affection générale d'emblée, dont la lésion caractéristique a pour siége le système vasculaire. Cette lésion consiste en un dépôt de matière fibro-hyaline dans l'épaisseur des petites artères, hyaline et granuleuse dans la paroi des capillaires, et abondante surtout en dehors de la tunique moyenne. Le rein ne semble particulièrement en cause, que parce qu'il est l'organe le plus vasculaire de l'économie. Cette matière, en effet, infiltrée dans la paroi de ses vaisseaux, comprime les glomérules de Malpighi, les tubes urinifères et les vaisseaux eux-mêmes. La nutrition de la glande est par là compromise, sa texture s'altère et sa fonction languit. L'état atrophique et granuleux du rein peut être, de cette façon, le résultat de l'affection générale, mais il n'en est jamais la cause et peut s'observer sans elle.

L'hypertrophie du cœur s'explique bien dans l'hypothèse d'une lésion qui diminue l'élasticité des artères; et les symptômes accessoires de la maladie de Bright : rétinite albuminurique, rétraction de la rate, douleur de tête, lipothymies après le repas, etc., se comprennent aussi aisément avec une lésion des vaisseaux qu'avec une altération du sang.

La contraction des artérioles du cerveau produit l'anémie si le cœur est demeuré normal; s'il a subi une hypertrophie compensatrice, la tension s'élève dans les artères, il se produit de l'œdème cérébral, et le malade meurt dans le coma. Les œdèmes sous-cutanés ont la même pathogénie. Nous croyons, de plus, que leur mobilité ne trouve d'explication plausible que dans l'intervention d'un agent actif, comme la contractilité des vaisseaux périphériques.

Revenons à l'hypertrophie du cœur. On l'a attribuée tour à tour aux conditions mécaniques de la circulation rénale et à une altération du sang. Bright avait émis les deux hypothèses et bien posé la seconde. Traube a développé et accepté la première : l'atrophie du rein restreint le champ de la circulation, en même temps elle ralentit la sécrétion urinaire et augmente la masse du sang, double cause d'hypertrophie du ventricule gauche. Rosenstein, Dickinson, Grainger-Stewart pensent de même.

Mais cette condition semble insuffisante à Bamberger, à Oppoltzer, à Johnson, à M. Raynaud (*Nouv. Dict.*), et dans quelques cas M. Jaccoud ne la trouve pas remplie. La théorie de M. Johnson est susceptible d'un application générale, elle s'appuie sur un fait anatomique, si celui-ci se confirme, il faudra l'adopter.

Maintenant, si l'on se reporte à la description que donnen MM. Gull et Sutton de l'état du rein dans la maladie de Bright, telle qu'ils la comprennent, on est frappé de la ressemblance qu'elle présente avec celle donnée par M. Jaccoud de l'état amyloïde du rein. MM. Gull et Sutton seraient-ils tombés exclusivement sur des cas de maladie de Bright avec dégénérescence amyloïde?

Nous avons exposé les deux théories en présence; sans nous prononcer entre elles, nous allons examiner les faits sur lesquels elles se fondent, et leur demander l'explication des principaux symptômes. Des préparations histologiques ont été produites des deux parts, et examinées par les membres de la Société royale médicale et chirurgicale. Celles de M. Johnson ont entraîné la conviction d'un grand nombre de micrographes habiles, parmi lesquels il faut citer MM. Sharpey, Carpenter et James Paget. Sur celles de MM. Gull et Sutton on a constaté de même une hypertrophie de la tunique musculaire des petits vaisseaux, mais l'aspect hyalin s'est aussi rencontré pour quelques-unes. Est-ce une coïncidence, une lésion accessoire, ou le fait du mode de préparation à la glycérine? Johnson et quelques autres micrographes sont de ce dernier avis, nous aurons à voir si l'on ne peut tenter une autre explication.

Les faits cliniques sont encore plus favorables à la théorie de M. Johnson.

Dire, comme MM. Basham et Dickinson, que les premiers symptômes de la maladie de Bright ne se rapportent pas toujours au rein, ou citer, avec Moxon, des cas d'atrophie granuleuse du rein sans hypertrophie du cœur, c'est prêter un bien faible appui à MM. Gull et Sutton. On doit remarquer au contraire qu'une dégénérescence de leur paroi musculaire convertirait les artères en des tubes inertes, or cela n'arrive point. Tous les médecins ont vu, malgré la maladie de Bright, le pouls se modifier sous l'influence de la fièvre, et Broadbent a vu, dans le même cas, l'élévation de la tension artérielle suivre l'administration du nitrite d'amyle.

Déjà l'on s'est emparé au dehors des idées de M. Johnson pour en faire le sujet de leçons cliniques. M. Latham

---

variés. En Danemark, un seul titre de praticien, à vrai dire celui de *kandidat*, sauf obligation d'un certificat spécial pour la pratique des accouchements, et un autre, celui de docteur, plus spécialement réservé pour les positions élevées de l'art; en Italie, en Suisse et en Grèce, un seul grade également, celui de docteur; deux en Russie, présentant une certaine analogie avec le Danemark, analogie que nous considérons comme un progrès, en ce sens que le *liekar* est à la fois médecin, chirurgien, accoucheur, et que le docteur représente le précédent muni en outre d'un titre indispensable pour le professorat et les hautes fonctions administratives; deux en Espagne, où nous trouvons la même distribution qu'en France, c'est-à-dire le docteur et l'officier de santé; deux en Belgique, candidat et docteur, mais le premier n'étant qu'un degré; deux aussi en Allemagne, le docteur et l'officier de santé, mais ce dernier grade représentant un chirurgien et non un médecin; quatre en Portugal, plus encore en Hollande, puisque chaque branche de la médecine nécessite un diplôme spécial; davantage enfin en Angleterre, où nulle part, nous l'avons dit, les grades ne sont aussi nombreux.

De tous ces titres ou grades divers, il ne faudrait retenir, à notre avis, dans les pays où il n'existe pas d'examen d'état, que le médecin et le docteur russes; l'un est le médecin praticien, qui peut pourvoir à toutes les exigences de la pratique; l'autre est le professeur dont la mission est de faire des praticiens. Personne ne conteste que le professorat exige des qualités spéciales, et ce n'est pas manquer de logique que d'attribuer un titre *ad hoc* à une position déterminée et fixée à la suite d'études particulières. Quant aux pays qui ont adopté ou adopteraient l'examen d'état, la question nous paraît heureusement simplifiée, ainsi que nous le verrons ci-après.

Nous devons constater aussi que le grade inférieur d'officier de santé ou ses analogues tendent à disparaître. A l'exception du Portugal, qui a cru devoir le rétablir récemment, le chiffre des réceptions décroît chaque année. Ainsi qu'on ne cesse de le répéter, la création du grade d'officier de santé a peut-être

(de Cambridge) en tire l'explication des principaux symptômes de l'urémie.

Les accès d'asthme sont le résultat d'un resserrement actif des divisions de l'artère pulmonaire.

En parcourant les MÉMOIRES et BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX pour 1870 et 1871, formant un fort volume in-8 qui vient de nous être remis, nous y rencontrons des travaux déjà connus de nos lecteurs, notamment une intéressante observation de céphalée avec élévation de température, par M. Vergely (Voy. *Gaz. hebd.*, 1871, p. 489). D'autres travaux ayant donné lieu à des discussions au sein de la Société méritent assurément une mention particulière, et nous espérons leur faire une part dans le peu de place dont nous disposons. Pour le moment, notre attention est attirée sur un fait communiqué par le docteur Gervais, sous ce titre : CAS DE PRATIQUE DIFFICILE, et elle s'y attache parce que précisément nous avons eu occasion d'observer avec M. Gubler un cas analogue (*Gaz. hebd.*, 1862, p. 39), et que, en ce moment même, nous avons sous les yeux un autre cas, non plus analogue, mais presque semblable à celui de notre confrère de Bordeaux.

Voici en quels termes, malheureusement trop succincts, est rapportée l'observation :

OBSERVATION. — Un homme de trente-cinq ans, d'une constitution chétivo et d'un tempérament lymphatique, n'a jamais eu ni rhumatismo ni syphilis. Vers le mois de juillet 1871, et surtout au commencement du mois d'août, il fut atteint de dilatation de la pupille du côté gauche, avec troubles légers de la vision. Un médecin, consulté, prescrivit les instillations de calabrine en solution, des purgatifs et le repos de l'œil malade. Les accidents ne s'amendèrent pas ; la vision devint de plus en plus difficile; les nerfs de la *troisième paire*, puis de la *quatrième* perdirent leurs fonctions tour à tour. Enfin, depuis trois semaines environ, le nerf facial est paralysé. Du côté droit le malade n'éprouve que des troubles de la vision, qui se trouve abolie en dehors et singulièrement affaiblie. L'examen ophthalmoscopique, fait plusieurs fois par le docteur Sous, ne révèle aucune lésion apparente des enveloppes et des milieux de l'œil; la rétine est nette.

M. Gervais diagnostique «une lésion cérébro-spinale», sans oser la spécifier, et consulte à cet égard ses collègues de la Société. C'est l'avis de M. Delmas qu'il peut s'agir d'une tumeur intra-crânienne; mais M. Boursier rejette cette opinion et présume, d'une part, que la lésion a porté spécialement et primitivement sur le nerf facial; d'autre part, que les troubles de la vision sont consécutifs et que la dilatation de la pupille dépend d'une altération du ganglion de Gasser. Enfin, M. Méran demande s'il n'existe pas quelque foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement à l'origine des nerfs paralysés.

Chez le malade auquel nous avons fait allusion plus haut, nous avons diagnostiqué une tumeur à la base du cerveau, et c'est aussi, sauf une réserve que nous dirons plus loin, le jugement que nous porterions sur le cas soumis à la Société. D'abord, la maladie paraît avoir été, dans tout son cours, entièrement indolente; ce qui ne s'accorde aucunement avec l'hypothèse d'une lésion du ganglion de Gasser ou des branches qui en partent. La paralysie du nerf facial ne s'est accusée que postérieurement à celle de la troisième et de la quatrième paire ; et l'on ne voit pas bien ce qui autoriserait à placer dans ce nerf le point de départ des accidents. La marche graduelle des symptômes, l'envahissement successif de plusieurs nerfs par la paralysie, indiquent l'existence d'une affection à processus lent. Cette affection ne peut être ni une hémorrhagie ni un ramollissement : ni une hémorrhagie, parce que les accidents, comme nous venons de le dire, ont été graduels dès le début; ni l'une ni l'autre de ces deux lésions, parce qu'un épanchement sanguin ou un ramollissement assez étendus pour aller du moteur oculaire commun au nerf facial en passant par le pathétique, n'aurait pas manqué d'amener la paralysie des membres. Au contraire, une tumeur de la base du crâne, assise, par exemple, sur l'apophyse basilaire, a d'ordinaire pour effet de comprimer, d'aplatir, de détruire en partie les nerfs voisins, et d'en gêner plus ou moins les fonctions avant d'avoir porté une atteinte profonde à la protubérance et à ses fonctions.

S'il existe une tumeur, où siége-t-elle? Pour nous, nous la placerions précisément à l'endroit que nous venons d'indiquer : en avant du trou occipital, au niveau de l'espace interpédonculaire. C'est là, en effet, qu'une production anormale qui se développe graduellement peut comprimer le nerf moteur oculaire commun, le nerf pathétique et la bandelette optique. C'est de là aussi qu'elle peut aisément s'étendre des paires d'un côté aux paires du côté opposé, et l'on se rappelle que la vue était troublée à droite comme à gauche. Ultérieurement, il est vrai, le nerf facial a été paralysé; mais au bout de combien de temps? Au bout de trois à quatre mois. Or, cette extension du mal jusqu'à la partie inférieure du pont de Varole, sans hémiplégie, s'explique encore mieux

---

répondu à des besoins momentanés ; mais ces besoins n'existent plus, ils ont disparu avec l'époque qui les a vus naître, et il faut bien reconnaître que ces deux ordres de praticiens sont aujourd'hui confondus. Tous deux sont et doivent être appelés à traiter les mêmes maladies, à soigner les mêmes malades, qui tous ont droit à une sollicitude égale.

Le nombre et la forme des examens sont des plus variables, ainsi qu'on a dû le remarquer. Nous ne saurions nous y arrêter sans répéter ce que nous avons eu soin de détailler plus haut. Au contraire, l'examen dit d'état, si important au point de vue des intérêts de la science, est un véritable progrès légal et scientifique sur lequel on ne saurait trop insister. Cet examen existe en Suisse, où nous avons vu le jury spécial composé de professeurs de la Faculté et de médecins non professeurs, nommés par une commission spéciale ; en Belgique, nous l'avons trouvé constitué par une commission de professeurs appartenant aux Facultés de l'État et aux Facultés libres ; en Angleterre même, dans certaines universités, des médecins non professeurs de la Faculté sont adjoints à ceux-ci ; en Prusse, en Danemark, nous rencontrons un jury analogue. C'est, croyons-nous, ce que l'on demande en France avec de légères variantes, c'est-à-dire que le jury considéré comme le plus indépendant, sera celui qui ne sera jamais formé de professeurs chargés de l'enseignement.

Enfin, on est à peu près d'accord, dans la presse médicale, pour souhaiter que le droit de pratique soit accordé seulement après cet examen spécial, ce qui a lieu déjà en Suisse, en Belgique et en Allemagne, et ce devrait être sans doute l'économie la plus importante de la loi à intervenir. Avec cet examen d'État et les priviléges qu'il comporte, il y a grand profit à rendre le diplôme scientifique de docteur accessible à tous. La nation ne peut que gagner à ce que ses citoyens les plus instruits recherchent un pareil diplôme. Cela se passe ainsi en droit : des jeunes gens intelligents, travailleurs, ont à cœur de se munir d'un diplôme spécial, sans songer pour cela à embrasser la carrière du barreau; pourquoi l'hygiène géné-

par une tumeur extérieure au tissu nerveux que par une lésion de la pulpe nerveuse elle-même. On peut d'ailleurs faire plus d'une autre supposition pour expliquer cette troisième manifestation paralytique. L'existence d'une tumeur est quelquefois l'occasion de lésions de voisinage, congestives ou autres, produisant des symptômes isolés et distincts de ceux de la lésion principale; ou bien il est possible que la septième paire ait subi, pour son propre compte, une altération, ou même qu'une seconde tumeur se soit développée sur son trajet.

Quant à la mydriase, on sait que, même en l'absence de lésion du nerf optique, elle résulte habituellement de la paralysie du moteur oculaire commun, par suite des anastomoses de ce nerf avec l'ophthalmique de Willis.

Telle est notre impression sur ce *cas difficile de pratique*. Pourtant, n'ayant pas le malade sous les yeux, et en présence d'un récit peu circonstancié, nous nous garderons d'être trop affirmatif. Dans la supposition d'une lésion centrale de laquelle partiraient tous les symptômes de paralysie, nous regardons l'existence d'une tumeur comme plus vraisemblable que celle d'une lésion du tissu cérébral lui-même, et nous plaçons ce centre morbide au voisinage de l'espace interpédiculaire; mais nous ne regardons pas comme impossible que les diverses manifestations paralytiques soient indépendantes de toute lésion centrale, voire de toute lésion appréciable des nerfs eux-mêmes, et que, malgré les résultats négatifs de l'anamnèse, elles ne soient reliées par quelque état diathésique latent, comme la goutte et la syphilis. Dans ce cas, il n'existerait pas de tumeur; mais il existerait encore moins de ramollissement ou d'hémorrhagie.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Névropathie cérébro-cardiaque, par le docteur M. Krishaber.

Fin. — (Voyez les numéros 20, 21, 23, 26, 27, 30 et 34.)

Nous avons retiré le plus grand bénéfice des bains tièdes prolongés et journellement répétés (avec ou sans infusion de calmants); ils apaisent l'irritabilité et les névralgies et produisent du sommeil. Nous les conseillons ordinairement de deux à quatre heures de durée, pris le soir, continués pendant plusieurs semaines, repris après un certain intervalle de répit, et ainsi de suite. Un de nos malades s'était si bien trouvé de cette pratique, qu'il prolongea successivement son séjour dans l'eau et finit par y rester quinze à dix-huit heures par jour sans en sortir, et cela à plusieurs reprises, pendant quelques semaines de suite chaque fois (1).

Nous avons employé les bains turcs (étuve chaude et sèche), suivis d'ablutions froides. Voici le mode d'exécution que nous avons adopté : le malade se place d'abord dans l'étuve sèche, dont la température est successivement portée de 40 à 70 degrés; la température du corps se trouve élevée après vingt-cinq minutes à environ 39°,5 ou 40 degrés (dans l'aisselle); la transpiration alors est profuse, le pouls très-accéléré (140 à 160), la respiration n'augmente pas de fréquence dans la même proportion (24 à 28); le malade reçoit ensuite l'eau froide (15 à 18 degrés) en pluie pendant environ une minute, se repose pendant une heure, rentre ensuite dans l'étuve et reçoit de nouveau la douche. Cette pratique est renouvelée tous les deux jours pendant quelques semaines; on en obtient un bénéfice réel qui se rapproche de celui que donnent les bains prolongés. Quant aux bains de vapeur proprement dits, ils ne réussissent pas.

De tous les moyens mis en usage, c'est l'hydrothérapie à eau froide qui a été le plus fréquemment employée; elle est, suivant nous, d'une utilité incontestable. Nous croyons nécessaire de graduer la température de l'eau et de commencer son application par 20 ou 18 degrés centigrades; on peut ensuite progressivement descendre jusqu'à la température de l'eau de source (la température d'une source est approximativement celle de la température moyenne du pays où elle jaillit). De toutes les formes d'administration de l'eau froide, c'est la piscine et le drap mouillé que nous préférons; la douche en colonne ou en pluie, mais surtout la douche en cercles et à température très-basse produisent des effets incontestablement excitants, au moins pendant les premiers temps; on peut y recourir avec succès au déclin de la maladie.

Les bains froids à eau courante sont d'une véritable utilité ; lorsque le courant est très-fort, on obtient les effets de l'hydrothérapie la plus puissante ; nous avons observé cela sur deux de nos malades qui prirent des bains à Genève, d'abord dans le Rhône à sa sortie du lac, où le courant est très-rapide, et ensuite dans l'Arve, rivière véritablement torrentielle près de Genève, et dont la température n'excède guère 6 à 8 degrés centigr., même au cœur de l'été. Nous ne conseillons l'usage de ces bains que vers la fin de la maladie et lorsqu'il s'agit déjà

(1) Ces bains très-prolongés ayant guéri le malade d'une sciatique intolérablement douloureuse, nous les avons employés plusieurs fois depuis, avec un bénéfice remarquable, dans la sciatique franche non compliquée de névrose. Nous appelons l'attention des praticiens sur ce moyen de traitement de la sciatique, qui est à la fois très-efficace et complétement innocent.

---

rale et publique, les notions de la thérapeutique, la physiologie, seraient-elles interdites à ces mêmes travailleurs? Les prolégomènes de l'art de guérir ne sont-ils pas aussi utiles à connaître que les *Institutes* de Justinien ou que le droit coutumier? Telle a été la pensée des législateurs dans les pays où le diplôme scientifique existe sans emporter le droit de pratique, et nous sommes vraiment étonné que cette division si logique soulève encore des objections. Un examen spécial, après les études qu'il comporte et les garanties qu'il doit exiger, cet examen tel qu'il existe en Allemagne par exemple, répond à tous les besoins et doit suffire pour former de bons et utiles praticiens. Avec un bien petit nombre de modifications on pourrait le considérer comme un des grands bienfaits de notre organisation scientifique nouvelle.

Le recrutement du personnel enseignant présente également des variantes que nous devons rappeler.

La nomination des professeurs ne nous paraît nulle part mieux entendue qu'en Portugal. On a vu que l'État n'intervient là que pour examiner si les prescriptions de la loi ont été strictement observées. Le concours, qui rencontre encore en France quelques adversaires, paraît s'établir et se fixer ailleurs, au grand avantage de la science. Presque partout la durée du professorat est illimitée ; tout au plus en Italie et en Portugal les professeurs sont-ils nommés d'abord pour un an ou deux, et prorogés ensuite. Nous ne pouvons comparer les honoraires professoraux, en raison, d'une part, de la valeur réelle du numéraire et des conditions d'existence, inhérentes à chaque localité, d'autre part, parce que le mode de rétribution dépend d'une condition économique importante, celle du payement direct des maîtres par leurs élèves, condition qui paraît d'ailleurs la plus conforme à la notion de justice. Bornons-nous à dire, pour conclure sur ces diverses questions, que le concours existe relativement en Danemark, en Angleterre, en Italie, en Allemagne ; plus effectivement en Portugal, en Espagne, en Russie. D'un autre côté, les professeurs les mieux rétribués sont ceux de l'Allemagne et des principales universités

TABLEAU SYNOPTIQUE DES 24 OBSERVATIONS DE LA NÉVROPATHIE CÉRÉBRO-CARDIAQUE.

Explication des signes : *, intensité; +, durée; □, peu d'intensité; =, peu de durée. — Les signes en double doivent faire particulièrement ressortir la qualification.

N° des observations.	Sexe, âge, profession.	Antécédents névropathiques héréditaires.	Maladies (1) ou troubles nerveux antérieurs à la névropathie cérébro-cardiaque.	Maladies ou troubles de diverses natures ayant immédiatement précédé la névropathie.	Causes efficientes.	Invasion.	Symptômes par quatre groupes. 1° Troubles des sens, troubles psychiques et troubles du sommeil.	2° Troubles de la locomotion, vertiges et étourdissements.	3° Troubles de la circulation, angine de poitrine état syncopal.	4° Troubles secondaires et aspect du malade.	Durée.	Terminaison.	Observations particulières.
I.	Homme. Homme de lettres; 24 ans.	?	?	Néant.	Émotions morales uniques * *.	Brusque.	Lecture et écriture impossibles. Diplopie; bourdonnements d'oreille; hyperesthésies auditive, visuelle et cutanée; perversion du tact sensation d'ivresse et de rêve; insomnie, cauchemars; conceptions perverties conscientes *; besoin de solitude; irritabilité; doutes de l'identité de sa propre personne.	Vertiges, titubations.	Palpitations.	Vomissements =; diarrhée; amaigrissement rapide et pâleur; maux de tête et chute de cheveux pendant la convalescence.	10 jours; convalescence de plusieurs semaines,	Guérison.	
II.	Homme. Chef de police; 43 ans.	Néant.	Pendant l'adolescence catalepsie et conceptions bizarres. Vers 30 ans, sensation passagère de rêve et de vague dans l'esprit.	Néant.	Travaux intellectuels *; veilles prolongées, pendant lesquelles abus de café * et de thé; chagrins.	Brusque.	Lecture et écriture impossibles. Diplopie * +, bourdonnements d'oreille sons musicaux); névralgies * =; perversion de tous les sens; distingue à peine les objets environnants à la vue et au toucher; ne reconnaît ni le goût ni l'odeur des mets; insomnies * +, cauchemars * *; sensations d'ivresse; doutes de sa propre existence; étonnement * +; surexcitation intellectuelle suivie d'apathie; perte de la mémoire locale; impulsions involontaires; antipathies non motivées * +; tristesse; pleurs * =; désespoir; besoin de solitude; abolition des facultés affectives *; conceptions perverties conscientes *.	Vertiges □ et étourdissements; embarras de la prononciation □ =; parésie généralisée □ –; ne sent pas le sol en marchant; ses jambes semblent ne pas lui appartenir * + +.	Palpitations; lipothymies + avec sensation de strangulation; angoisses précordiales.	Dyspepsies □ =. Aspect normal.	3 ans.	Guérison.	
III.	Homme. Jardinier; 34 ans.	Néant.	Dans l'enfance, convulsions, cauchemars et palpitations; vers l'âge de 30 ans, accès nerveux indéterminés.	Néant.	Chagrins *, privations.	Brusque.	Lecture et écriture impossibles. Photophobie; bourdonnements d'oreille; insomnie; cauchemars suivis d'egarements; sensation de rêve et d'ivresse; étonnements; doutes de sa propre existence * +; affaiblissement de la mémoire locale; antipathie; colère; tristesse et pleurs; irritabilité * +; concept. pervert. conscientes.	Vertiges * +; ne sent pas le sol en marchant; parésie généralisée au début. Garde le lit =.	Palpitations; syncope; sensation de strangulation; dyspnée.	Frissons par accès; amaigrissement et pâleur.	?	Amélioration.	Perdu de vue avant guérison.
IV.	Femme. 22 ans.	?	Nostalgie.	Néant.	Chagrins * ennuis, abus de thé * + et de tabac * +.	Brusque.	Photopsie, photophobie, amblyopie □; bourdonnements d'oreilles; insomnies, suivies de sensation de rêve et d'ivresse; cauchemars et angoisses; plus tard, somnolence, conceptions étranges conscientes * +; tristesse; idées de suicide; névralgies crurales et sciatiques +; arthralgies généralisées +; viscéralgies * =.	Vertiges; paraplégies *; faiblesse généralisée Plus tard, impulsions irrésistibles; pertes de la consc. du mouvem.; contractures * =.	Palpitations; lipothymies jusqu'à sensation de la mort; angine de poitrine * +.	Anorexie □ =; diarrhée; toux nerveuse □ =; mictions involontaires; aspect normal. Engraissée pendant la malad.	4 ans.	Guérison.	
V.	Homme. Horloger-mécanicien; 54 ans.	Père mort paralysé; mère très-nerveuse. Le malade a lui-même des enfants nerv.	Impressionnabilité maladive.	Néant.	Excès de travail; préoccupations incessantes; émotions dépressives.	Brusque, mais précédée de symptômes isolés datant de très-loin.	Photophobie *; lecture et écriture impossibles; hyperesthésie auditive *; sensation de rêve et de vide; sommeil troublé □; tristesse, désespoir, irritabilité.	Vertiges *; paraplégie *; parésie généralisée * +.	Palpitations; lipothymies *; angine de poitrine * *; strangulation.	Aspect normal.	?	Amélioration considérable; tendance vers la guérison complète.	Encore en observation.
VI.	Homme. Ingénieur des ponts et chauss. 28 ans.	Néant.	Cauchemars pendant l'enfance.	Néant.	Abus de café.	Lente.	Diplopie; illusions optiques □; écriture pénible; bourdonnements et tintements d'oreille; abolition des facultés affectives; tristesse avec pleurs et gaieté; antipathies et colères non motivées; idées de suicide; se croit parfois double; intelligence intacte; sensation de rêve, d'ivresse et de vide; troubles du sommeil □; cauchem. *; perte de la notion exacte du temps.	Étourdissements et vertiges; impulsions involontaires dans la marche.	Palpitations; sensation de strangulation.	Aspect normal.	6 ans.	Amélioration considérable et tendance vers la guérison.	Perdu de vue avant guérison complète.
VII.	Femme. 25 ans.	Père mort de méningo-encéphalite chronique.	?	Fausse-couche.	Chagrins; abus de la quinine.	Brusque.	Cécité □ suivie d'amblyopie, de photophobie, de photopsie et d'hallucinations; bourdonnements d'oreille; hyperesthésie auditive; insomnies * =; cauchemars * *.	Vertiges; paraplégie; catalepsie.	Palpitations; défaillances.	Toux nerveuse. Aspect variable dans le cours de la maladie.	18 mois.	Guérison.	Première guérison, suivie de rechute; la deuxième se maintient.
VIII.	Homme. Magistrat; 33 ans.	Néant.	Néant.	Néant.	Excès de travaux; abus de tabac.	Brusque.	Brouillards devant les yeux; hyperesthésie des sens; sensation alternative de vide et de pesanteur dans la tête; irritabilité.	Vertiges * *; titubations; incapable de marcher à pas lents. Peut courir.	Palpitations; lipothymies.	Aspect normal.	18 mois.	Guérison.	
IX.	Femme. 27 ans.	Nombreux.	Néant.	Néant.	?	Brusque.	Hyperesthésie de tous les sens; hallucinations de la vue; irritabilité générale; insomnies +; cauchemars; sensation de rêve, d'ivresse = [illegible]	Vertiges * avec nausées.	Palpitations *; douleur et « contractions » au [illegible]	Frissons avec tremblement au début. Aspect [illegible]	5 ans avec rémissions fréquentes et [illegible]	Guérison.	
	[illegible] 40 ans.		[illegible] sensation pénible à la tête, comparée à des commotions électriq.				[illegible] hyperesthésie de tous les sens, mais surtout auditive; cécité monoculaire =; diplopie; irritabilité; besoin de solitude; tristesse.	[illegible] bations; sensation du sol mou et mouvant * + +.	[illegible] douleur au cœur.	Engraissée pendant sa maladie.		[illegible] tion.	[illegible] mois que nous observons la malade.
XI.	Homme. Étudiant en médecine. 31 ans.	Mère très-nerveuse.	Dans l'enfance, cauchemars poussés jusqu'au somnambulisme	Tremblements alcooliques: embarras gastr.; céphal.; lumbago.	Excès de boissons alcooliques, de café, de tabac.	Brusque.	Bourdonnements d'oreille; phosphènes; sensation d'ivresse, de vide et de vague; insomnies; cauchemars; irritabilité; mémoire locale affaiblie; absences momentanées.	Vertiges; titubations; fatigue.	Palpitations; douleur au cœur.	Aspect normal.	1 an.	Guérison.	Guéri après rédaction de son observation.
XII.	Femme. 22 ans.	Nombreux.	Néant.	Fièvres intermittentes.	Émotions très-vives.	Brusque.	Hyperesthésie de tous les sens *; lecture et écriture impossibles; sensation pénible à la tête; insomnies; cauchemars; tristesse; irritabilité *.	Vertiges; étourdissements; titubations; paraplégie * *; affaiblissements.	Palpitations.	?	?	Amélioration.	Malade encore en observation.
XIII.	Homme. Docteur en médecine; 34 ans.	Néant.	Néant.	Rhumatismes musculaires; lumbago.	Fatigues; émotions excessives.	?	Lecture et écriture impossibles. Névralgies multiples; insomnies; cauchemars; antipathies et colères non motivées; tristesse *; irritabilité.	Vertiges.	Palpitations; douleur au cœur.	Amaigrissement dans les premiers temps, ensuite embonpoint.	18 mois.	Guérison.	Guéri après rédaction de son observation.
XIV.	Homme. Rentier; 34 ans.	Nombreux.	Cauchemars pendant l'enfance.	Rhumatisme articulaire aigu.	?	?	Hyperesthésie de tous les sens; ne reconnaît pas les objets au toucher; diplopie; amblyopie; insomnies □ =.	Vertiges; titubations.	?	Aspect normal.	1 an.	Guérison.	
XV.	Femme. 36 ans,	Néant.	Accès de catalepsie, douleur au cœur, névralgies multiples.	Rhumatisme articulaire.	Abus de thé * + et de café.	?	Hyperesthésie des sens, mais surtout auditive; sensations d'ivresse et de vide; conceptions fausses et perverties =; cauchemars □; névralgies.	Vertiges.	Palpitations; douleur au cœur +.	Aspect normal; quelquefois cependant pâleur.	Plusieurs années d'une manière discontinue.	Guérison.	Forme légère.
XVI.	Homme. Homme de lettres. 40 ans.	?	?	?	Travail intellectuel excessif.	Brusque.	Sensation de vide et d'ivresse; bourdonnements d'oreilles; troubles visuels; insomnies; cauchemars □ =; irritabilité *; tristesse; besoin de solitude.	Vertiges.	Palpitations.	Aspect normal.	3 ans.	Amélioration.	Perdu de vue avant guérison.
XVII.	Femme. 30 ans.	Néant.	A toujours été nerveuse.	Fausse-couche.	Grandes émotions.	Brusque.	Lecture et écriture impossibles; troubles visuels *; insomnies; occupations intellectuelles impossibles; besoin de solitude, envie de pleurer; bourdonnements d'oreilles; dyspnée *; perversion des sens, et notamment du tact; sensations diverses de vague et de vide; névralgies; tristesse; impulsions involontaires multiples; idées de suicide.	Vertiges *; étourdissements.	Sensation douloureuse et comme spasmodique au creux de l'estomac, à la région du cœur et au cou; frissons suivis de bouffées de chal.	Dysphagie *; quelquefois pâleur, ordinairement aspect normal.	6 ans.	Guérison.	
XVIII.	Femme. 50 ans.	Père mort d'accidents cérébraux indéterminés.	Cauchemars pendant l'enfance; lipothymies pendant sa puberté.	?	Terreur * * *, chagrins.	Brusque.	Hyperesthésie des sens *; bourdonnements d'oreilles; insomnies +; cauchemars et angoisses; sensation de vide; besoin de solitude; névralgies multiples; arthralgies; viscéralgies; irritabilité *.	Vertiges. Le terrain semble mouvant ou de gomme élastique.	Palpitations; sensation de strangulation; frissons.	Notablement engraissée pendant la maladie.	Deux accès d'à peu près égale durée (3 ans) à 14 ans d'intervalle.	Guérison, à de très-légers accidents près.	
XIX.	Homme. Employé; 34 ans.	Néant.	Néant.	Néant.	Travail prolongé.	Brusque.	Lecture et écriture impossibles; hyperesthésie des sens; tristesse; besoin de solitude.	Étourdissements *; titub.; vertiges; parésie généralisée.	Palpitations; douleur au cœur.	Diarrhée; dyspepsie. Aspect normal.	?	Amélioration notable.	Encore en observation. Forme plutôt légère.
XX.	Homme. Ingénieur. 48 ans.	Néant.	Névralgies multiples depuis l'âge de 25 ans.	Néant.	Travail excessif et prolongé.	?	Hyperesthésie de tous les sens; bourdonnements d'oreille; diplopie, mais surtout sensibilité auditive * *; insomnies; cauchemars; hallucinations; sensation de vide, d'ivresse et de rêve; tristesse * *; besoin de solitude * *; névralgies; concept. fausses conscientes * +.	Vertiges et étourdissements; titubations; abattement; faiblesse *.	Palpitations; douleur au cœur; sensation de strangulation; frissons; lipothymies:	Aspect d'un anémique.	12 ans.	Amélioration notable.	Encore en observation.
XXI.	Homme. Artiste-peintre; 35 ans.	Néant.	Néant.	Néant.	Travail excessif; impressions morales pénibles.	Brusque.	Insomnies * * +; sensation de vide et d'ivresse; hyperesthésie des sens; irritabilité; conceptions fausses conscientes * +.	Vertiges; le sol semble mouvant et mou; anéantissem.; parésie généralisée.	Palpitations; frissons suivis de bouffées de chaleur.	Pâleur, maigreur très-grandes.	3 ans.	Guérison.	
XXII.	Femme. 40 ans.	Néant.	Enfance chétive et triste.	Néant.	?	?	Hyperesthésie des sens * * + +; névralgies * * + +; arthralgies; bourdonnements et sifflements d'oreille; sensation d'ivresse; diplopie; amblyopie; conceptions fausses conscientes * +; melancolie * + +.	Vertiges * *: titubations; paraplégie; contracture; rétraction des membr. inférieurs * * + +, parésie généralisée.	Angine de poitrine; sensation de strangulation; palpitations; lipothymies * * +.	Dysphagie. Aspect normal.	10 ans.	Guérison.	
XXIII.	Femme. 35 ans.	Néant.	Enfance chétive.	Néant.	?	Brusque.	Hyperesthésie de tous les sens; bourdonnements d'oreilles; sensation de vide et d'ivresse; insomnies +; cauchemars; hallucinations de la vue; névralg. multiples; arthralg.; tristesse *; pleurs; besoin de solitude; irritabilité * +.	Vertiges *; paraplégie * * + + suivie de parésie + +.	Palpitations; douleur au cœur *; sensation de strangulation; lipothymies; syncopes.	Toux nerveuse; anorexie; constipation. Aspect maladif.	Intenses pendant 4 ans, les symptômes ne disparurent qu'après 15 ans révolus.	Guérison.	
XXIV.	Femme. 40 ans.	Très-nerveuse.	Migraines, troubles nerveux.	Néant.	Chagrins.	?	Lecture et écriture impossibles; sensation de vide; hyperesthésie de la vue et de l'ouïe; insomnies; cauchemars; névralgies intercostales; tristesse; besoin de solitude; irritabilité.	Vertiges; marche hésitante.	Palpitations.	Pâleur; maigreur.	?	Amélioration.	Encore en observation.

(1) La migraine et les névralgies ont été tellement fréquentes que nous ne les avons signalées que dans les cas où elles ont été [illegible]

plutôt de tonifier que de calmer. Il est du reste toujours nécessaire de prévenir les malades que l'usage de l'eau froide au début du traitement aggrave leur situation : le bénéfice ne commence à se produire qu'après plusieurs semaines.

L'électricité à courant intermittent nous a donné quelques effets contre certaines névralgies, la sciatique par exemple. Nous avons employé avec quelque avantage l'électricité à courant continu, en nous proposant surtout de combattre l'angine de poitrine : un des rhéophores est appliqué à la région du cœur, de préférence au niveau du plexus cardiaque, et l'autre au cou, sur le trajet du pneumogastrique gauche.

Nous arrivons finalement aux médicaments proprement dits. Une des caractéristiques thérapeutiques les plus marquantes est l'impressionnabilité excessive de nos malades à la médication névrosthénique, et leur tolérance très-grande pour la médication antispasmodique. Tout ce qui excite le système nerveux, ne fût-ce même qu'à titre de simple tonique, aggrave les accidents; les calmants névriques, au contraire, les apaisent invariablement. Parmi les névrosthéniques, le plus puissant est évidemment le quinquina, ses diverses préparations et son principal alcaloïde. La débilité et la pâleur de quelques-uns de nos névropathes et les recrudescences à forme quasi-intermittentes qu'affectent souvent les symptômes ont été la cause de l'administration de la médication tonique et antipériodique. Or, nous affirmons de la façon la plus absolue que les accidents ont toujours été aggravés par cette médication, qui, employée même avec la plus grande précaution, produit de véritables phénomènes d'intoxication. Si insolite que soit ce fait, nous affirmons l'avoir bien observé et avoir vu que des doses modérées de vin de quinquina, par exemple, ont donné lieu à des phénomènes d'intoxication analogues à ceux qui se produisent par des hautes doses de quinine. Il serait donc inutile de dire que cet alcaloïde lui-même est absolument contre-indiqué dans la névropathie cérébro-cardiaque. Les propriétés physiologiques du quinquina et de ses alcaloïdes sont trop connues, leur action stimulante sur l'axe cérébro-spinal et sur la circulation par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs est trop bien établie pour que nous ayons à y insister; nous avons, d'un autre côté, trop souvent dit quelle est la part d'action de l'excitation des centres nerveux dans la névropathie cérébro-cardiaque pour avoir à justifier notre conviction que la médication dite névrosthénique ou tonique est nuisible à nos malades. Si nous revenons si souvent sur ce point, c'est que dans presque tous les traités classiques l'administration névrosthénique, mais notamment l'usage des diverses préparations de quinquina et de quinine, est préconisée pour toutes les maladies nerveuses; nos malades, qui avaient rencontré un grand nombre d'observateurs, en avaient pris beaucoup. Quant à nous, ce n'est qu'après avoir souvent observé et expérimenté comparativement nous-mêmes, que nous arrivâmes à la conviction que nous exprimons ici d'une manière si catégorique.

Les préparations ferrugineuses, sans être positivement nuisibles, nous ont donné plutôt des résultats négatifs, excepté dans les cas où la névropathie cérébro-cardiaque se produisait chez les chlorotiques; il est nécessaire de joindre alors au médicament approprié une nourriture substantielle. Nous dirons à cette occasion que les troubles dyspeptiques, presque constants au début de la maladie, sont utilement combattus par les alcalins, mais notamment la craie préparée et le bicarbonate de soude. Les eaux de Vichy et de Vals sont prises avec avantage. Dans les cas où la digestion est particulièrement troublée, nous avons fait prendre 2 litres de lait par jour, et même davantage, et six à dix œufs crus. Cette alimentation, qui était exclusive pendant plusieurs semaines, réussit d'une façon étonnante, eu égard aux troubles digestifs.

La noix vomique, la strychnine, augmentent invariablement les accidents nerveux.

Les solanées vireuses (nous n'avons expérimenté que la belladone et la jusquiame) augmentent le vertige sans bénéfice pour les autres symptômes.

La médication palliative n'est pas moins difficile à trouver que la médication curative. L'opium et ses alcaloïdes deviennent bientôt impuissants, à moins d'en augmenter successivement la dose, et alors, si l'on parvient à amoindrir un peu les névralgies et à combattre l'insomnie, on augmente les troubles sensoriels et l'état vertigineux.

Le bromure de potassium et le chloral agissent approximativement dans le même sens, ils nous ont paru cependant préférables à l'opium et à ses alcaloïdes, et dans quelques cas ils nous ont donné de bons résultats. Dans les moments de la plus grande intensité des accidents douloureux et des insomnies, il serait presque impossible de ne pas employer les narcotiques, mais il importe toujours de le faire avec modération, attendu que l'on est en face d'une maladie chronique et qu'il s'agit de ne pas épuiser trop vite l'action des narcotiques.

Ce sont les antispasmodiques seuls qui nous ont donné de véritables résultats.

L'asa fœtida fut employée par nous à la dose de 2 à 10 grammes, administrée de préférence en lavements; on peut lui associer d'autres gommes-résines des ombellifères (pilules de Murray, par exemple), à peu près aux mêmes doses, et ajouter quelques gouttes de laudanum lorsqu'ils tendent à produire la diarrhée, ce qui est très-fréquent. Le musc et l'ambre gris (25 centigrammes à 1 gramme) offrent des avantages incontestables. La potion avec les substances fétides du Codex, prise par cuillerée toutes les heures au moment des grands accès, produit aussi une sédation marquée. Comme boisson, l'infusion de fortes doses de fleurs d'oranger, de tilleul, de racine de sumbul, ne sont pas sans action. L'éther nous a réussi quel-

---

anglaises, où les leçons, avons-nous dit, sont payées par les élèves.

La division des professeurs en deux ou trois classes: titulaires ou ordinaires, extraordinaires, privat docenten, suppléants ou agrégés, est le résultat d'usages procédant d'habitudes hiérarchiques plutôt que d'une utilité incontestable. Ces habitudes ne sont nulle part plus patentes qu'en Allemagne, où le privat docent est nommé par la Faculté, après examen et pour un temps limité; le professeur extraordinaire, par le ministre, après production de titres, et à vie, sur la présentation de la Faculté; et le professeur ordinaire par le chef de l'État, sur titres et à vie, sur la proposition de la Faculté : autant de grades, autant de formes de nomination et de réception. On pourrait évidemment apporter dans ce système compliqué des modifications heureuses. Qui ne sait, par exemple, que le privat docent, que le professeur extraordinaire, réunit parfois plus d'élèves autour de sa chaire que son collègue, le professeur ordinaire. Le talent et le savoir sont indépendants du titre et de la robe, et l'on pourrait simplifier cette question de titres et d'honneurs en décrétant, par exemple, qu'il n'y aura plus qu'un seul titre, celui de professeur, et qu'un certain nombre de ceux-ci formeront le conseil de la Faculté, obligé de choisir, au fur et à mesure des vacances produites dans son sein, parmi les autres professeurs, ceux que leurs services et leur notoriété auront désignés pour cette position élevée.

L'idée d'éloigner de la pratique les professeurs de la Faculté, à l'instar de ce qui existe en Hollande et est de droit seulement en Belgique, paraît illusoire. Les professeurs allemands en général trouvent dans les honoraires de leurs leçons, presque entièrement soldés par les élèves, la possibilité de consacrer tout leur temps à l'enseignement, en tant qu'il s'agit de science pure. Quant à ceux de clinique, ils seront partout, et quoi qu'on fasse, des médecins consultants très-recherchés par les malades.

Il faudrait ici examiner l'organisation même de la Faculté,

quefois, d'autres fois aucontraire il produit de l'agitation ; le chloroforme en inhalation a été employé par un de nos malades qui, de cette façon, parvint, non sans danger il est vrai, à apaiser lui-même ses accès d'angine de poitrine. De tous les antispasmodiques, c'est la valériane que nous avons le plus souvent conseillée ; trois ou quatre tasses d'infusion de racines concassées prises habituellement, et l'extrait ou la poudre à la dose de 2 à 10 grammes administrés seulement au moment des recrudescences nous ont bien réussi. Un de nos malades, dans un moment de violent accès prit à la fois onze gros bols d'extrait de valériane dont l'ensemble représentait 44 grammes ; il n'y eut presque pas de phénomènes d'intoxication ; l'accès fut apaisé. La poudre de valériane est plus active que l'extrait, mais à haute dose elle cause de la pesanteur d'estomac et de l'inappétence ; c'est pour obvier à ces inconvénients que nous employons un saccharure fait avec la macération de la poudre, qui garde toutes les propriétés de la substance, mais dégagée de son ligneux indigeste, et qui nous a donné de bons résultats.

Ici se termine notre exposé. Nous avons cherché dans un grand nombre d'auteurs anciens et modernes des faits analogues à ceux que nous avons recueillis ; il résulte de l'ensemble de nos recherches que, sous des dénominations très-diverses, on trouve des observations ou parties d'observations rappelant d'une manière plus ou moins éloignée les nôtres. L'affection nerveuse que nous venons de décrire est loin d'être rare ; des malades comme ceux dont nous avons relevé l'histoire, et d'ailleurs les nôtres eux-mêmes ont été vus par d'autres observateurs, mais ce que nous pouvons affirmer, c'est que chacun de ces malades pris isolément a rencontré autant d'interprétations que d'observateurs.

Dans notre diagnostic différentiel, nous avons mis en avant quelques-unes de ces interprétations, mais nous n'avons pas cru devoir les relever toutes. Plusieurs de nos malades ont été considérés comme atteints d'« irritation spinale » ou de « faiblesse irritable » ; si nous n'avons pas établi un diagnostic différentiel avec cette affection, c'est que telle qu'elle a été décrite elle nous semble très-insuffisamment délimitée. L'analyse attentive des observations publiées sous ces dénominations nous a conduit à cette conviction que les affections nerveuses les plus diverses et les plus disparates, depuis la simple pleurodynie jusqu'à l'hystérie légitime, ont été confondues ensemble ; les malades dont nous venons de faire l'histoire y ont également fourni leur contingent. Il en est de cette appellation d'irritation spinale ou de faiblesse irritable, comme de celles beaucoup plus générales mais encore plus mal définies d' « état nerveux », de « névrose protéiforme », de « mobilité nerveuse », d' « état spasmodique », de nervosisme », qui, vu leur immense élasticité, tendent à englober pêle-mêle toute la pathologie des névroses.

Les maladies nerveuses, plus que toutes les autres, ont ce caractère commun entre elles d'emprunter des traits caractéristiques essentiels à l'individu même qu'elles atteignent ; or, l'anatomie pathologique faisant défaut, — c'est là aussi notre cas, — il devient extrêmement difficile de reconnaître le type de ces maladies et d'établir une classification. Quiconque s'est trouvé en face de malades dont les fonctions du système nerveux sont seuls en jeu comprendra notre remarque.

Lorsqu'on a relevé attentivement des centaines d'observations, lorsque avec la plus grande attention on a essayé d'analyser toute cette masse d'impressions subjectives qu'il faut écouter, on est facilement pris de découragement : c'est là évidemment ce qui a conduit à ces dénominations sommaires dans lesquelles on peut ranger tous les phénomènes morbides du système nerveux, quels qu'ils soient.

Nous avons essayé, quant à nous, de dégager de ce chaos une unité pathologique et nous l'avons décrite. Il nous a semblé tile de démontrer que de cette masse informe d'accidents nerveux disparates, on peut dégager une entité morbide très-nettement caractérisée, affectant un type et une marche invariables. Nous avons conçu en même temps l'espoir que la nature de cette affection nerveuse déterminée, et le diagnostic rendu facile, les malades seront mis à l'abri de traitements intempestifs, inutiles ou nuisibles, auxquels conduit une interprétation erronée.

Il est devenu incontestable pour nous qu'au point de vue de la symptomatologie et du pronostic, comme à celui de la physiologie pathologique, l'affection que nous décrivons a des caractères tellement tranchés, qu'il sera aisé à tout observateur de la reconnaître, et nous ne doutons pas que des observations nombreuses ne viennent de toutes parts se ranger autour des nôtres.

TABLEAU STATISTIQUE DE LA NÉVROPATHIE CÉRÉBRO-CARDIAQUE (24 observations) (1).

Sexe.	
Hommes	13 fois.
Femmes	11
Age.	
De 20 à 30 ans	6
De 30 à 40 ans	10
De 40 à 50 ans	6
De 50 à 60 ans	2
Antécédents névropathiques héréditaires.	
Incertains	3
Nuls	13
Positifs	8

(1) Un nombre beaucoup plus considérable d'observations figurent dans notre mémoire sous presse : *De la névropathie cérébro-cardiaque*. Paris, 1872. G. Masson, éditeur.

les attributions du conseil, la nomination du doyen, etc. Nous avons vu que cette organisation est excellente à quelques détails près en Portugal, très-bonne en Angleterre et en Allemagne. Mais il n'y a aucune comparaison à établir entre des facultés qui vivent de leurs propres ressources, par exemple, et celles qui appartiennent à l'État et n'ont aucuns fonds qui leur soient propres. Nous avons dit également que les doyens sont nommés ici pour trois ans par le ministre, là pour quatre ans par les professeurs eux-mêmes ; ailleurs, en Allemagne par exemple, pour un an seulement, à vie ; autre part, en Angleterre par les conseils ou sénats universitaires ; par l'État et pour un temps illimité dans d'autres pays ; ce qui est la règle en France et ce que l'on regrette encore de voir se perpétuer, mais ce qui devra paraître moins anormal, si l'on songe qu'il s'agit, dans ce dernier cas, d'un fonctionnaire placé à la tête d'une vaste administration appartenant à l'État seul.

Il nous resterait encore à parler de l'enseignement libre. Nous avons déjà fait remarquer qu'il n'existe nulle part. Dans tous les pays de l'Europe, où les universités n'appartiennent pas à l'État, celui-ci les a armées contre toute concurrence à cet égard, et un professeur privé ne peut enseigner près d'elles que possesseur d'une autorisation spéciale, qu'elles délivrent seules. C'est après tout ce qui existe à Paris, où chaque année des médecins, non professeurs de la Faculté, obtiennent du doyen l'autorisation de disposer d'un amphithéâtre pour une série de leçons, et où, comme partout, existent des professeurs de talent qui, sans autorisation officielle, n'enseignent pas moins dans leur domicile, à un certain nombre d'élèves, les résultats de leurs recherches ; mais cet enseignement n'est écrit dans aucune loi médicale. Quant aux universités libres, nous les avons trouvées en Angleterre, en Belgique, en Allemagne, en Italie. Leur indépendance est plus ou moins complète, plus ou moins réelle ; toujours est-il qu'elles ne sont pas nées du hasard ou de la seule volonté de leurs fondateurs, et qu'elles ont dû s'établir, la plupart, avec des lois

Maladies ou troubles nerveux antérieurs à la névropathie cérébro-cardiaque.

Incertains	3 fois.
Nuls	6
Positifs : (Nostalgie, 1 fois ; catalepsie, 2 fois ; conceptions bizarres, 1 fois ; sensation passagère de rêve et de vague, 1 fois; convulsions, 1 fois ; cauchemars, 5 fois ; palpitations, 1 fois ; accès nerveux indéterminés, 1 fois ; impressionnabilité maladive, 1 fois ; sensation pénible à la tête comparée par la malade à des commotions électriques, 1 fois ; douleur au cœur, 1 fois ; lipothymies fréquentes pendant la puberté, 1 fois ; enfance chétive et triste, 2 fois ; migraines violentes avec troubles nerveux indéterminés, 2 fois; migraines et névralgies multiples dans presque tous les cas, même lorsque l'observation n'en fait pas mention. Plusieurs des troubles qui viennent d'être énumérés se sont rencontrés sur le même malade)	15

Maladies ou troubles de diverses natures ayant immédiatement précédé la névropathie cérébro-cardiaque.

Néant	15 fois.
Incertains	2
Positifs : (Fausse couche, 2 fois ; tremblements alcooliques, 1 fois; embarras gastrique, 1 fois ; céphalalgie, lumbago, 2 fois ; fièvres intermittentes, 2 fois ; rhumatismes musculaires, 2 fois ; rhumatismes articulaires, 2 fois)	1

Causes efficientes.

Indéterminées	5

Causes efficientes (déterminées).

a. Excès de travaux intellectuels	3
b. Émotions morales dépressives	6
c. Les deux réunis	3
d. Les deux réunis, plus abus des boissons excitantes (café, thé) et du tabac	5
e. Excès en tout genre (alcooliques, vénériens, etc.).	1
f. Abus de divers médicaments excitants (notamment la quinine et les diverses préparations de quinquina)	1

Invasions.

Indéterminée	6
Lente	1
Brusque	17

Durée.

Indéterminée	5
10 jours	1
1 an	2
18 mois	3
3 ans	3 fois.
4 ans	1
5 ans, avec rémissions fréquentes et prolongées	1
6 ans	2
10 ans	1
11 ans	1
12 ans	1
Plusieurs années (?) d'une manière discontinue	1
4 ans de durée intense, maladie complétement disparue après 15 ans	1
2 accès à peu près d'égale durée (3 ans), à 14 ans d'intervalle	1

Terminaison.

Amélioration (malades encore en observation)	6
Amélioration (malades perdus de vue)	3
Guérison complète	15

Krishaber.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

(Correspondance de Bordeaux.)

Association française pour l'avancement des sciences

Séance du jeudi 5 septembre.

A dix heures du matin, les membres de l'Association se sont réunis pour procéder à la constitution des bureaux et des sections, qui sont au nombre de quinze, et ainsi réparties :

1er Groupe. — *Sciences mathématiques.*

1. Section de mathématiques, astronomie et géodésie.
2. Section de mécanique.
3. Section de navigation.
4. Section de génie civil et militaire.

2e Groupe. — *Sciences physiques et chimiques.*

5. Section de physique.
6. Section de chimie.
7. Section de météorologie et physique du globe.

3e Groupe. — *Sciences naturelles.*

8. Section de géologie et minéralogie.
9. Section de botanique.
10. Section de zoologie et zootechnie.
11. Section d'anthropologie.
12. Section des sciences médicales.

4e Groupe. — *Sciences économiques.*

13. Section d'agronomie.
14. Section de géographie.
15. Section d'économie et statistique.

ou des chartes acceptées et promulguées par les gouvernants.

Il me resterait enfin à soulever la question de l'enseignement gratuit. Nous l'avons trouvé seulement en Scandinavie. Il nous suffira de répéter qu'il n'y a point de gratuité absolue en pareille matière, puisque la somme des dépenses est couverte par un impôt que payent tous les citoyens, dans un pays où cet enseignement est donné par l'État. Pour que l'enseignement gratuit fût réel, il faudrait qu'une faculté ou une université pussent vivre de ses propres fonds et dispenser à tous ceux qui la fréquenteraient les richesses scientifiques de toute nature dont elle pourrait disposer. Nous n'en sommes pas là, et, après tout, les citoyens doivent supporter les charges que la carrière qu'ils ont embrassée peut occasionner. La gratuité doit être réservée seulement pour les jeunes gens peu fortunés qui par leur travail et leur aptitude méritent intérêt.

Je n'ai pas besoin de rappeler les formalités applicables aux médecins, munis d'un diplôme, étrangers au pays où ils veulent s'établir. L'équivalence des diplômes doit être en raison directe de l'équivalence des études et des examens. Quelques esprits généreux ont déjà demandé que le médecin reçu par une Faculté reconnue puisse s'établir partout à son gré, ce qui se passe d'ailleurs dans une foule de professions; mais le mieux est l'ennemi du bien, et nous n'en sommes pas encore non plus à l'exercice libre de la médecine.

Bornons-nous à souhaiter que les lignes que nous avons écrites, accueillies avec bienveillance par les lecteurs de ce journal, puissent servir un jour à quelque confrère compétent, lors des réformes demandées et projetées dans l'organisation de l'enseignement de la médecine en France.

A. Dureau.

Les bureaux des 10e, 11e et 12e sections, qui touchent particulièrement la médecine, sont ainsi composés :

10e SECTION : ZOOLOGIE. — *Président*, M. Soubeiran.

11e SECTION : ANTHROPOLOGIE. — *Président*, M. Broca ; *vice-président*, M. Gassies.

12e SECTION : SCIENCES MÉDICALES. — *Président*, M. Bouillaud ; *vice-président*, M. H. Gintrac ; *secrétaires*, MM. Laude et Dudon. L'ordre du jour du 6 porte les communications suivantes : 1° M. *Ollier* : Sur l'accroissement normal et pathologique des os ; 2° M. *Fuster* : Sur les constitutions médicales ; 3° M. *Reliquet* : La lithotritie.

A deux heures, séance d'ouverture à laquelle assistent MM. les membres du conseil général de la Gironde, invités par le Comité, ainsi que M. Fourcaud, maire de Bordeaux : M. de Quatrefages, membre de l'Institut, est au fauteuil de la présidence. Il ouvre la séance par la lecture d'une lettre de M. Cl. Bernard, ainsi conçue :

« A M. *Gintrac*, président d'honneur du Congrès scientifique de Bordeaux :

» Monsieur et vénéré président,

» J'ai le regret bien vif de vous annoncer qu'une indisposition pénible m'empêche de me rendre à Bordeaux pour inaugurer avec vous la première session de l'Association française pour l'avancement des sciences.

» Qu'il me soit permis de vous exprimer, ainsi qu'aux hommes éminents de la grande cité qui prête un si chaleureux concours à notre œuvre commune, mes sentiments de gratitude et mes félicitations. Nous ne pouvons, en effet, que nous féliciter tous en fondant une association qui a pour but de concourir aux progrès des sciences et d'opérer leur diffusion dans toutes les classes sociales.

» Dire que la science est devenue une grande puissance dans la civilisation moderne, et qu'il faut la répandre le plus possible, c'est proclamer une vérité devenue banale, au triomphe de laquelle, dans tous les pays, des associations semblables à la nôtre vouent déjà tous leurs efforts. Après avoir encouragé les sciences et les avoir développées, il faut aussi marquer la place qu'elles doivent occuper dans l'évolution de l'humanité. La science ne saurait rien supprimer. Le sentiment n'abdiquera jamais dans l'intelligence de l'homme, et il sera toujours le premier moteur de toutes les actions humaines. Mais le sentiment reste aveugle s'il ne s'éclaire pas au flambeau de la science, de même que la science devient stérile si elle ne se met pas au service d'une bonne idée ou d'une grande pensée.

» Tel est le sujet général que je me serais proposé de développer devant l'assemblée d'élite qui assiste aujourd'hui au congrès de Bordeaux. J'aurais essayé de montrer comment les études physiologiques, qui ont fait l'objet des études de ma vie, me semblent destinées à intervenir dans cet accord définitif des sentiments et de la raison, base indispensable de toute forme sociale stable.

» Si je regrette que l'état de ma santé m'ait privé de cet honneur, je ne m'en réjouis pas moins d'autre part que notre Association ait commencé son œuvre d'une manière aussi brillante dans la capitale de la Gironde.

» Veuillez, monsieur et vénéré président, agréer l'expression de mes sentiments de respectueux dévouement.

» CL. BERNARD,
» Président du Comité de l'Association française.

» Paris, le 3 septembre 1872. »

Cette lecture est accompagnée par M. le président de quelques paroles où il se fait l'interprète des sentiments de regrets que fait éprouver à toute l'assemblée l'absence de l'éminent physiologiste. Il prononce ensuite un discours accueilli par de vifs applaudissements. Un autre discours, de M. Fourcaud, maire de Bordeaux, membre de l'Assemblée nationale, n'est pas moins bien reçu.

Le secrétaire général de l'Association, M. Cornu, se lève ensuite et lit un fort intéressant compte rendu, où il donne des détails historiques sur l'organisation de la session.

M. G. Masson, trésorier, lui succède et lit un compte rendu financier.

Ce rapport clôt la séance.

A huit heures du soir doivent avoir lieu deux conférences : l'une, par M. P. Broca, professeur à la Faculté de médecine de Paris, sur *les Troglodytes des Eyzies* ; l'autre, par M. Francis Garnier, lieutenant de vaisseau, sur *l'Exploration du Cambodje*.

SAMUEL POZZI.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 26 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

MICROSCOPE. — M. *Brachet* adresse une note relative à quelques perfectionnements à apporter au microscope. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

CHOLÉRA. — M. *Clarke* adresse une note relative au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

MÉDECINE. — M. *Rousset* adresse une nouvelle note concernant diverses questions de médecine. (*Commissaires précédemment nommés :* MM. Andral, Nélaton, Bouillaud.)

PHYLLOXERA. — M. *Dumas*, en sa qualité de président de la commission instituée par l'Académie pour lui faire un rapport sur la nouvelle maladie qui menace nos vignobles, lit une lettre de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, par laquelle M. le ministre met à la disposition de l'Académie, sur l'exercice de 1872, le crédit qu'elle juge indispensable à la marche de ses travaux.

ACTION DU SULFATE DE CUIVRE SUR L'URINE NORMALE, par M. *Ramon de Luna*. — Lorsqu'on traite l'urine normale par une solution de sulfate de cuivre, on obtient une coloration verdâtre. L'auteur a voulu savoir quel est celui des principes de l'urine normale qui exerce cette réaction réductrice, et pour cela il a opéré de la manière suivante : « J'ai ajouté, dit-il, à 4 litres d'urine normale, la solution de sulfate de cuivre ($CuO,SO^3,7HO$), jusqu'à persistance d'une coloration bleuâtre. J'ai évaporé, à moitié de son volume, le liquide complétement verdâtre, et exhalant toujours une odeur de cardons cuits ; ensuite j'ai filtré, pour séparer du liquide vert les substances muqueuses coagulées. J'ai fait passer un courant d'hydrogène sulfuré, jusqu'à saturation, dans le liquide filtré, et j'ai séparé ensuite le sulfure de cuivre formé, par une dernière filtration. Le liquide restant, d'une coloration rouge jaune et excessivement acide, a été soumis à une évaporation ménagée au bain-marie. » L'auteur a obtenu ainsi trois sortes de cristaux : les uns composés de soufre, d'oxygène, d'hydrogène, d'azote et de phosphore ; les autres composés d'hydrogène, d'oxygène, d'azote, de carbone, de phosphore et de soufre ; les troisièmes très-riches en carbone, un peu acides et astringents, assez déliquescents et contenant de l'oxygène, du carbone, de l'azote, de l'hydrogène et des traces de fer. Enfin, le résidu, qui constitue un liquide très-foncé, à réaction toujours acide, contient en dissolution une matière noirâtre, qui possède à un haut degré le pouvoir de réduire les sels de cuivre ; l'auteur s'occupe de l'isoler.

SUR L'INFLUENCE DES CHANGEMENTS DE LA PRESSION BAROMÉTRIQUE SUR LES PHÉNOMÈNES DE LA VIE. Septième note de M. *P. Bert*. — L'auteur expose les résultats de ses recherches sur la composition des gaz que contient le sang artériel d'animaux soumis à des pressions barométriques qui dépassent une atmosphère. La présente note complète donc, sous ce rapport, celle (la cinquième) où il a montré comment varient les gaz

du sang lorsque la pression est inférieure à la pression normale. (Séance du 8 juillet.)

L'appareil dans lequel se fait la compression est un cylindre de tôle d'acier, d'une capacité d'environ 300 décimètres cubes, terminé à ses deux extrémités par des portes munies de hublots de verre très-épais. Une pompe, mise en jeu par un moteur à gaz, permet d'y comprimer l'air jusqu'à dix atmosphères, avec une rapidité de quatre à cinq minutes par atmosphère.

Un chien solidement attaché, la tête étendue sur une sorte de cadre de bois et de fer qui s'adapte au contour intérieur du cylindre, est introduit dans l'appareil, où il ne peut faire aucun mouvement. Dans une de ses artères carotides est fixé un ajutage soudé à un tube métallique, qui traverse la paroi d'acier au moyen d'une pièce de raccord vissée, et qui débouche au dehors, où un robinet permet de le fermer.

Lorsqu'on est arrivé à la pression voulue et qu'on veut tirer du sang, il suffit d'ajuster au robinet, à l'aide d'un tube épais de caoutchouc, une seringue graduée. Le robinet étant ouvert, l'air comprimé contenu dans l'appareil pousse le sang avec une force qu'il faut prudemment modérer : ce sang est chassé du corps comme l'eau d'une éponge exprimée dans la main.

Un tableau indique, en chiffres, le volume des gaz (à 0 degré et 76 centimètres de pression) contenus dans 100 centimètres cubes de sang, et voici les résultats obtenus :

1° La richesse du sang en oxygène augmente avec la pression; mais cette augmentation est bien faible, puisque, de 1 à 10 atmosphères, elle n'a été au maximum que de 26,7 pour 100 (expérience 1°). Ce résultat est surtout très-frappant lorsqu'on le rapproche de celui qui est signalé dans la cinquième note, en parlant de la diminution de pression, puisque, à une demi-atmosphère, l'oxygène a diminué de 36 à 56 pour 100.

2° La proportion de l'acide carbonique n'est nullement influencée par les augmentations de pression. Ceci a de quoi nous surprendre (et l'auteur en donne une explication que le défaut d'espace nous empêche de reproduire) ; j'ai fait voir, en parlant de la diminution de pression, que la richesse en acide carbonique suit assez docilement la baisse barométrique.

3° La proportion de l'azote, gaz qui paraît exister dans le sang à l'état de simple dissolution, augmente considérablement avec la pression, sans suivre cependant exactement la loi de Dalton.

TYPHUS DU BÉTAIL. — M. *Pigeon* adresse une nouvelle communication relative au typhus des bêtes à cornes. Cette communication sera soumise à l'examen de M. Bouley.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département des Côtes-du-Nord. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit une note de M. *Collin*, accompagnant l'envoi d'un nouveau *pulvérisateur* qui, à l'aide d'un jet de vapeur, chauffe l'eau pulvérisée.

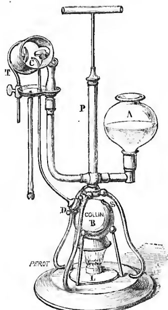
Cette nouvelle disposition peut être donnée à l'appareil de M. le docteur Sales-Girons et à tous les appareils pulvérisateurs construits sur le même principe. La poussière d'eau obtenue avec cet appareil est tiède, ce qu'on a cherché en vain depuis fort longtemps. Cette poussière est 100 fois plus fine que l'eau pulvérisée par l'instrument du docteur Seigle. L'eau est pulvérisée au moyen d'une pompe aspirante et foulante, comme dans tous les pulvérisateurs à poussière fine.

Pour obtenir le chauffage, il faut dévisser l'écrou D, remplir d'eau jusqu'à moitié le réservoir B, puis chauffer avec la lampe L. La vapeur d'eau s'échappe par l'extrémité du tube C et se mêle à la poussière d'eau, qu'elle chauffe à 25 degrés, température qu'on ne doit pas dépasser pour les eaux minérales.

M. *Legouest* présente une brochure de M. le docteur *Morache*, intitulée : LES TRAINS SANITAIRES, pour l'évacuation des malades et des blessés à la suite des armées.

M. *le Président* donne lecture d'une lettre d'excuses que le bureau se propose d'adresser, au nom et avec l'approbation de l'Académie, à madame veuve Cerise, en réponse à son invitation d'assister à la cérémonie d'inauguration du monument élevé par la ville d'Aoste à la mémoire du savant médecin né dans ses murs.

L'Académie approuve cette lettre, qui se termine par un juste et pieux hommage rendu au savoir et aux nobles qualités du docteur Cerise.



La commission du prix Orfila s'est émue des contradictions soulevées par la découverte de M. Nativelle et par les conclusions du rapport de M. Buignet. En l'absence du rapporteur, M. *Boudet* est monté à la tribune pour demander que le mémoire de M. Nativelle fût publié *in extenso* dans le prochain Bulletin, de manière à faire connaître jusque dans ses moindres détails le nouveau procédé d'extraction de la digitaline cristallisée, et à faire cesser ainsi les malentendus et les controverses résultant d'une notion incomplète ou inexacte des expériences de l'inventeur.

Publier *in extenso* un mémoire de prix dans le BULLETIN !... Mais c'est contraire à tous les précédents et à tous les usages de l'Académie, objectent en chœur MM. *Depaul*, *Gobley*, *Barth* et *Guérard*. Le travail de M. Nativelle paraîtra, comme les autres, dans le RECUEIL DES MÉMOIRES. On ne peut pas créer une exception ou un privilége en sa faveur.

D'ailleurs, ajoute M. *le Président*, notre traité avec l'éditeur du BULLETIN nous impose des limites que nous ne saurions dépasser qu'avec son agrément et moyennant un supplément de dépenses.

A ces mots, M. *Bouley* éclate et proteste contre les clauses d'un contrat qui mettrait les publications de l'Académie à la discrétion d'un libraire.

M. *le Président* fait observer avec raison que les frais de publicité de l'Académie sont limités, non point par la volonté de l'éditeur, mais par la fatale exiguïté du budget. Le conseil d'administration et le nouvel éditeur du BULLETIN ont atteint les bornes du possible en transformant l'ancienne publication bi-mensuelle en une publication régulièrement hebdomadaire.

L'Académie décide que la question soulevée par M. Boudet sera renvoyée au comité de publication.

DE L'ICTÈRE TRAUMATIQUE. — M. *Verneuil*, dont le zèle scientifique ne connaît point de vacances, lit sur ce sujet une note très-substantielle et enrichie d'observations recueillies avec le plus grand soin dans son service.

L'auteur distingue étiologiquement deux espèces d'ictères

traumatiques : 1° l'ictère traumatique direct, qui résulte d'une blessure ou d'une opération portant sur le foie lui-même; 2° l'ictère traumatique indirect, qui se montre à la suite d'une blessure ou d'une opération sur un organe plus ou moins éloigné.

Les ictères traumatiques de la première espèce ne présentent aucune difficulté; ils sont admis et reconnus par tous les auteurs. Leur gravité est subordonnée à celle de la lésion initiale.

Quant aux ictères de la seconde espèce, M. Verneuil en décrit deux variétés : l'une causée par l'altération septicémique du sang et formant l'ictère pyohémique, qui n'est qu'un symptôme de l'infection purulente; l'autre, qui est due sans doute à une perversion de l'action nerveuse, et que l'auteur propose, jusqu'à nouvel ordre, de nommer ictère traumatique *réflexe*.

C'est cette dernière variété d'ictère traumatique indirect, encore peu connue, qui fait le principal objet du travail de M. Verneuil.

L'auteur expose d'abord les trois observations qui ont servi de point de départ à ses recherches. Le premier fait est relatif à un homme de vingt-cinq ans, amputé de la jambe, qui fut pris, une quinzaine de jours après l'opération, d'embarras gastrique et d'ictère, avec un ralentissement caractéristique du pouls (50 pulsations) et un notable abaissement de la température axillaire. Le malade guérit.

Dans le deuxième cas, c'est une dame anglaise, opérée d'une fistule à l'anus, et qui, le surlendemain de l'opération, éprouva tous les symptômes d'une colique hépatique avec ictère. Cette malade était atteinte depuis longtemps d'une congestion du foie qui la prédisposait manifestement à cet accident. L'ictère se termina encore ici par la guérison.

Le sujet de la troisième observation est un vieil alcoolique atteint de cirrhose du foie, d'un rétrécissement de l'urèthre et d'un abcès urineux. M. Verneuil incisa l'abcès et pratiqua l'uréthrotomie externe. Dès le lendemain de l'opération survint un ictère grave, accompagné d'anasarque et de symptômes adynamiques. Le malade succomba.

Les deux derniers faits autorisent à croire, avec M. Verneuil, qu'une lésion organique antérieure du foie doit être la condition prédisposante nécessaire de la production de l'ictère traumatique réflexe, tandis que cette altération préalable n'est pas impliquée dans la pathogénie de l'ictère traumatique direct ni dans celle de l'ictère pyohémique.

Le diagnostic entre les trois variétés d'ictères traumatiques est le plus souvent facile. Pour la première, il suffit de constater la lésion directe du foie; pour la seconde, on aura le cortége symptomatique de la pyohémie; pour la troisième on interrogera surtout l'appareil circulatoire et le tracé thermométrique, qui donneront constamment un ralentissement du pouls et une dépression de la température.

Bien que généralement sérieux, le pronostic de l'ictère consécutif aux blessures varie beaucoup suivant la nature de la complication. La gravité de l'ictère traumatique direct dépendra du désordre produit dans le foie par l'agent vulnérant. L'ictère pyohémique est toujours très-grave, comme la maladie générale dont il n'est qu'un symptôme. L'ictère réflexe semble assez bénin, sauf toutefois les cas où la lésion antérieure du foie est de nature, telle que la cirrhose, à entraîner la mort.

L'ictère réflexe ne paraît pas modifier défavorablement le travail réparateur de la blessure. Cet ictère appartient à la classe des deutéropathies traumatiques éloignées ; il en constitue une des formes les plus rares, si l'on en juge par la pauvreté des documents qui s'y rapportent; son histoire ne pourra se compléter qu'à l'aide de nouvelles observations.

Un cas de dystocie fœtale. — M. le docteur *Verrier* présente la tête d'un fœtus hydrocéphale, dont le volume est égal à celui d'une tête d'adulte et qui a été expulsée par les seules contractions de l'utérus après l'évacuation du liquide intra-crânien au moyen d'une ponction pratiquée sur la fontanelle antérieure.

Ce cas curieux est renvoyé à l'examen de MM. Bernutz, Devilliers et Depaul. Ce sera pour M. Depaul, qui possède dans ses collections plusieurs spécimens du même genre, l'occasion d'un savant et intéressant rapport.

A. Linas.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 7 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

DISCUSSION SUR LES LYMPHO-SARCOMES. — PRÉSENTATION DE MALADES.

M. *Trélat* résume en quelques mots sa première communication sur les lymphadénomes. Un homme atteint de tumeur ganglionnaire du cou est opéré. Le mal récidive dans la cicatrice et le patient succombe pendant l'opération pratiquée pour cette récidive. A l'autopsie, généralisation du mal dans la rate et les ganglions mésentériques. M. Trélat avait diagnostiqué un cancer des ganglions; M. Ranvier a caractérisé la lésion un sarcome des ganglions avec hypergenèse des éléments cellulaires. Dans une observation publiée par M. Lannelongue, il y avait hypergenèse de l'élément réticulaire.

Dans ces cas, il s'agit de tumeurs solitaires des ganglions sans retentissement apparent sur la santé générale, débutant comme l'adénie et sans leucocythémie. Mais l'adénie a une marche rapide, les tumeurs se multiplient et la santé faiblit. Les lympho-sarcomes, au contraire, restent solitaires; les désordres intérieurs restent cachés et la marche rapide, rappelant celle du cancer, sollicite une opération. M. Trélat a présenté à l'étude les questions que voici : Il est bien établi qu'en dehors de la leucocythémie il peut exister des tumeurs ganglionnaires multiples; dans un certain nombre de cas, l'unité de la tumeur met le chirurgien dans un grand embarras, et l'intervention chirurgicale est ou paraît indiquée. Comment reconnaître cette tumeur sarcomateuse d'une hypertrophie ganglionnaire simple ou scrofuleuse? Sur quoi peut-on asseoir le diagnostic? Pour résoudre cette question, le concours des chirurgiens est nécessaire. On est exposé aujourd'hui à enlever un sarcome en croyant avoir affaire à un ganglion strumeux. Selon M. Trélat, on ne peut avoir idée que d'un cancer ou d'une hypertrophie simple. Cette dernière affection peut être vite écartée, car ce ne sont pas les jeunes gens qui sont atteints, mais les individus d'un âge mûr; rien dans les antécédents et l'aspect du malade n'explique un pareil développement; enfin la marche est rapide.

M. *Verneuil* a observé dix faits qui pourront éclairer la question. Il existe des tumeurs nées dans les ganglions sans qu'on puisse en retrouver la cause dans les réseaux ou les vaisseaux lymphatiques; ces cas ne rentrent pas non plus dans l'adénie de Trousseau, car il n'y a pas de leucocythémie, et le mal est localisé dans une seule région ganglionnaire. L'histologie de ces tumeurs a montré qu'il en existait plusieurs espèces. 1° une variété dans laquelle il y a hypertrophie des follicules clos : M. Verneuil a trois cas de ce genre, l'un d'eux a été publié dans la Gazette hebdomadaire en 1854; 2° le ganglion a subi la dégénérescence fibro-plastique; 3° la troisième variété correspond au sarcome et renferme des éléments embryo-plastiques; deux sous-variétés : fibro-sarcome et fibro-adénome; 4° squirrhe franc des ganglions; 5° variété offrant les caractères de l'encéphaloïde ancien; 6° cancer primitif dur.

Ces tumeurs se rencontrent surtout au cou. Sur 12 cas, 11 au cou, 1 à l'aine. Sur 20 cas de cancer primitif des ganglions, Lebert en a trouvé 12 à 15 aux ganglions cervicaux. Comment distinguer un sarcome d'un engorgement hypertrophique simple? Comment reconnaître les diverses variétés de sarcomes? Le diagnostic précis est d'une obscurité sans égale.

Toutes les variétés de tumeurs observées par M. Verneuil existaient chez des sujets adultes n'ayant aucun symptôme de scrofule. La santé générale était excellente; une seule région ganglionnaire était prise, au moins primitivement. Pas de leucocythémie. M. Verneuil a pu diagnostiquer adénopathie maligne, mais il n'a pas fait le diagnostic histologique. On ne peut se fonder sur la durée du mal pour établir le caractère de malignité de la tumeur. M. Verneuil a enlevé une tumeur du cou qui, après l'opération, a pris la marche du cancer, et cependant le malade portait cette tumeur depuis six ans. Une tumeur de l'aisselle qui durait depuis neuf ans fut suivie, après l'opération, de généralisation dans les viscères. Les chirurgiens ne sont pas habitués à une durée si longue des tumeurs malignes. Il serait cependant bien urgent de faire un diagnostic exact dès le début du mal, alors que le ganglion roule sur les parties profondes et que l'extraction en est facile.

L'ablation de ces tumeurs est souvent difficile; parfois l'opération ne peut être terminée; et cependant il faut opérer dans certains cas. Quand faut-il opérer? Si l'on pouvait prévoir qu'on laissera l'opération inachevée; si l'on pouvait reconnaître la généralisation, il est évident qu'il ne faudrait point opérer. Mais rien ne permet de reconnaître la généralisation dans les viscères jusqu'à ce jour. Il y a des caractères trompeurs au point de vue de l'ablation totale, par exemple la mobilité apparente. M. Verneuil cite des cas de généralisation non diagnostiqués et des exemples d'opérations inachevées. Est-ce à dire qu'on ne doive pas opérer? Les thèses de MM. Delbarre (doct., 1870) et Bergeron (agrég., 1872) renferment des observations qui prouvent que l'opération est parfois suivie de succès.

— M. *Trélat* montre un malade auquel il a enlevé un polype naso-pharyngien par une résection temporaire du maxillaire, suivant le procédé de Langenbeck modifié par Boeckel. Un lambeau étant taillé sur la joue, sans détacher les parties molles des os, une section avec la scie à main à chantourner a été faite sur la paroi antérieure du sinus maxillaire, puis sur l'apophyse montante, puis sous le bord orbitaire, et enfin sur l'os malaire. Le lambeau relevé, le sinus a été ouvert, la paroi externe de la fosse nasale a été détruite, et le polype a pu être enlevé. Aujourd'hui, quatre semaines après l'opération, le lambeau a repris, les os sont soudés et la joue est très-solide.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'obstétrique, ou Aide-mémoire de l'élève et du praticien, par le docteur Nielly, médecin de 1re classe de la marine, agrégé d'accouchements à l'École de médecine navale de Brest. In-12 de 208 pages. — G. Masson, 1872.

Étude statistique et clinique sur les positions occipito-postérieures, par le docteur Louis Sentex (de Saint-Sever). In-8 de 150 pages. — Delahaye, 1872.

La première de ces publications est un joli petit volume ayant pour but de condenser en quelques pages la matière de l'obstétrique. L'auteur, chargé pendant plusieurs années d'un cours d'accouchements à l'École de médecine navale de Brest, a cru utile de réunir, comme il le dit lui-même dans sa préface, sous forme de Manuel, les éléments de la science des accouchements, afin de faciliter le travail en un temps où la mémoire est surchargée par la masse des connaissances qui s'imposent au médecin. Certaines questions, — le bassin osseux, les parties molles qui en modifient les caractères, le fœtus à terme, la classification moderne des présentations et des positions, le mécanisme des accouchements, les angusties pelviennes, le forceps, etc., celles, en un mot, qui, grâce aux belles publications de Velpeau, Nægele, Jacquemier, Cazeaux et Tarnier, Depaul, Chailly, Lenoir, Joulin, Hubert (de Louvain), Delattre, etc., ont acquis en France une grande précision, — ont été traitées avec un certain soin. Dans l'étude qu'il en a faite, l'auteur s'est efforcé d'être complet tout en restant succinct. Quant aux autres questions obstétricales, et elles sont nombreuses, elles ont été présentées sous une forme condensée (trop concise, peut-être), de manière à soulager la mémoire et à permettre de les envisager d'un coup d'œil rapide, soit comme préparation à des études plus étendues, soit pour coordonner des connaissances acquises.

L'irrésistible attrait qu'offrent aux élèves ces sortes de publications mnémotechniques les fait, en général, trop bien accueillir par eux, et ces lectures séduisantes et faciles, qui devraient servir de complément à de longues et laborieuses études, n'en sont souvent que le prélude et servent quelquefois même à les suppléer. En effet, comme l'a si judicieusement fait observer M. le professeur Pajot, « vouloir apprendre la médecine, la chirurgie ou les accouchements dans un manuel, est une entreprise insensée; mais considérer un tel ouvrage comme un résumé commode pour faciliter le classement des notions connues est une vue juste. » (Préface du *Manuel pratique des accouchements*, par le docteur E. Verrier.) A ce dernier titre donc, l'Aide-mémoire du docteur Nielly peut rendre des services non-seulement aux étudiants, mais encore aux praticiens, qui y trouveront un classement et une exposition méthodiques des éléments de la science obstétricale. Le récent succès obtenu par deux livres du même genre, le Guide de l'accoucheur du docteur Pénard et le Manuel des accouchements du docteur Verrier, constitue d'heureux précédents et garantit à la publication présente un favorable accueil de la part du public médical.

La forme déjà si concise de cet ouvrage en rend, on le conçoit, l'analyse difficile, sinon impossible; aussi nous contenterons-nous de présenter le plan général que l'auteur a suivi : Il établit deux divisions très-nettes et logiques dans l'étude qu'il a entreprise : une *première partie physiologique* contient quatre sections : 1° études anatomo-physiologiques préliminaires; 2° grossesse; 3° accouchement; 4° suites de couches. La *deuxième partie*, exclusivement *pathologique*, comprend : 1° la pathologie de la grossesse; 2° la pathologie du travail; 3° la pathologie des suites de couches. Chacune de ces trois dernières sections est subdivisée en deux chapitres, l'un consacré à la mère et l'autre à l'enfant.

Cette classification méthodique et rationnelle facilite la lecture de cet ouvrage que rend encore plus agréable le soin apporté à l'impression de ses caractères. Il est en outre orné de 53 figures intercalées dans le texte, qui ont été pour la plupart réduites et reportées sur bois par l'habile burin de M. E. Beau, d'après les planches dessinées par lui sur nature pour l'Atlas de l'art des accouchements de MM. Lenoir, Sée et Tarnier. 11 figures sont empruntées au Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (article Bassin de M. le professeur Depaul), 7 autres ont été extraites du Précis de l'art des accouchements de M. Scanzoni. Ce riche supplément iconographique sert non-seulement à embellir ce modeste livre; mais il a encore le rare avantage d'en accroître l'importance et l'utilité sans en augmenter notablement le prix. Nous espérons que le succès certain réservé à cet ouvrage engagera son auteur à compléter quelques chapitres trop succincts et à donner plus d'extension à d'autres points qu'il semble avoir volontairement laissés dans l'ombre, pour éviter sans doute les discussions théoriques qui l'auraient forcé de violer la concision presque aphoristique à laquelle il s'est condamné. C'est ainsi que la grossesse et l'accouchement gémellaires nous paraissent avoir été un peu trop écourtés. La folie, la manie et la chorée puerpérales méritaient une mention plus ample que ces simples mots : « Questions à l'étude », et la pathologie fœtale une description un peu plus détaillée que l'énumération stérile qui en est faite. Le paragraphe des fausses grossesses est à peine indiqué, et le chapitre consacré à la pathologie des suites de couches gagnerait à être complété par l'analyse des excellents travaux de MM. Hervieux, Stoltz et Winckel, dont il n'est même pas fait mention.

Si nous nous permettons de signaler ces lacunes, c'est que, assuré d'avance du succès de ce livre, nous voudrions les voir comblées dans la seconde édition, qui, nous l'espérons, ne se fera pas longtemps attendre.

Nous sommes loin d'adresser le même reproche de laconisme à l'auteur du mémoire intitulé : Étude statistique et clinique sur les positions occipito-postérieures, et, s'il était permis de trouver un défaut à un ouvrage deux fois couronné par des sociétés savantes dont le jugement est au-dessus de tout contrôle, ce serait précisément sa longueur seule, qui nous a semblé déparer ce travail, dont la valeur incontestable vient de recevoir récemment la plus légitime et la plus éclatante des sanctions.

L'intéressant mémoire de M. L. Sentex a été écrit pendant les désastreuses années qui viennent de s'écouler, et si l'on tient compte des circonstances spéciales dans lesquelles s'est faite son élaboration, on s'étonne vraiment qu'il ne porte pas la trace des douloureuses impressions qui ont dû distraire si souvent l'esprit de ce jeune et savant auteur des calmes études dont il fait, en temps ordinaire, sa principale satisfaction. Nous avons eu personnellement l'occasion de le voir autrefois à l'œuvre, il y a bientôt dix ans, et déjà à cette époque son infatigable amour de l'étude et les qualités éminemment précoces de son esprit lui promettaient un brillant et rapide avenir. Ces espérances se sont réalisées, et nous sommes heureux de pouvoir ici rendre un public hommage à notre ancien condisciple et ami, aujourd'hui passé maître, dont la plupart des travaux, déjà nombreux, ont obtenu des récompenses académiques et portent tous le cachet d'un véritable esprit scientifique.

En 1869, l'Académie de médecine à Paris proposa comme sujet du prix Capuron pour 1871 la question suivante : *De la fréquence relative des positions occipito-postérieures dans la présentation du sommet, et de leur influence sur la marche du travail de l'accouchement.* M. Sentex répondit à l'appel de la docte assemblée en lui envoyant son travail, consciencieux recueil de faits obstétricaux puisés à une imposante statistique de plus de deux mille accouchements. Cet important mémoire embrasse, ainsi que l'indique le texte même de la question posée par l'Académie, l'étude successive : 1° *de la statistique des positions occipito-postérieures* et de la fréquence relative de chacune de leurs variétés; 2° *du mécanisme de l'accouchement* dans tous les cas où l'occiput occupe primitivement l'un des points de la moitié postérieure du bassin.

Il se divise en six chapitres : le premier offre des considérations générales sur les causes des présentations du sommet; il n'est, pour ainsi dire, que l'introduction du second, dans lequel est étudiée la fréquence relative des diverses positions occipito-postérieures. Le chapitre troisième complète le précédent en étudiant les causes et le diagnostic de ces mêmes positions occipito-postérieures.

La deuxième partie de ce mémoire, c'est-à-dire l'étude détaillée du mécanisme de l'accouchement dans les positions occipito-postérieures, comprend elle-même les trois derniers chapitres. Le quatrième est consacré à l'étude des positions non persistantes ou transformées; le cinquième traite des positions occipito-postérieures persistantes, enfin dans le sixième l'auteur étudie les cas dans lesquels l'intervention d'un homme de l'art devient nécessaire et indispensable pour terminer l'accouchement.

Tel est le cadre de ce travail, qui ne remplit pas moins de 150 pages (grand format) et dans lequel tous les faits exposés avec ordre et clarté sont, en outre, appuyés par une soixantaine d'observations personnelles.

Nous ne pouvons, malgré notre désir, suivre l'auteur dans les nombreux développements qu'il a donnés au plan que nous venons de tracer; nous nous bornerons à relever les points principaux qui résultent de la lecture de son œuvre.

Les considérations générales sur les causes des présentations du sommet ne sauraient nous arrêter, malgré l'intérêt bibliographique qui s'attache à ce premier chapitre, où se trouvent rassemblées les opinions des divers accoucheurs, tant anciens que modernes, sur cet important sujet; nous nous contenterons de donner comme conclusion cette phrase de Cazeaux, qui paraît résumer la pensée de l'auteur : « Le fœtus renfermé dans un vase clos, sans cesse agité par des mouvements, doit, non pas instinctivement, mais mécaniquement, être placé dans la position où les parties les plus volumineuses correspondent aux points les plus spacieux de l'organe. »

Quant à la fréquence relative des présentations du sommet en position occipito-postérieure, le docteur Sentex, s'appuyant sur une statistique de 2119 accouchements faits à la clinique obstétricale de l'École de médecine de Bordeaux, du 1er octobre 1859 au 30 avril 1869, admet, avec Nægele, Stoltz et Dubois, que le nombre des positions occipito-postérieures gauches reste inférieur à celui des positions occipito-postérieures droites; mais, contrairement à l'opinion de ces illustres accoucheurs, il regarde les positions occipito-postérieures droites comme moins fréquentes que les antérieures du même côté.

Au point de vue de leur fréquence, les positions du sommet devraient être rangées, d'après ses relevés statistiques, dans l'ordre suivant :

1° Positions occipito-iliaques	gauches antérieures...	83 p. 100.
2° —	droites antérieures....	13 p. 100.
3° —	droites postérieures...	2,03 »
4° —	gauches postérieures..	0,95 »
5° —	droites transversales..	?
6° —	gauches transversales.	?
7° Positions occipito-sacrées	....	?

Il est aisé de voir, d'après ce tableau, combien l'auteur s'éloigne de l'opinion de Nægele, qui sur 100 présentations du sommet observait 30 positions occipito-iliaques droites postérieures, et qui, à part ces dernières et les occipito-iliaques gauches antérieures, considérait toutes les autres variétés comme de pures exceptions.

L'auteur reste dans la prudente réserve gardée par les maîtres de l'art obstétrical, relativement à l'étiologie des positions occipito-postérieures, et n'est guère plus explicite au sujet du diagnostic. Il conseille en pareil cas des examens répétés qui permettent de suivre les diverses transformations qui s'opèrent dans la situation du fœtus pendant le travail de l'accouchement. Ces positions non persistantes sont l'objet du chapitre suivant.

L'accouchement, dans les cas de positions occipito-postérieures peut être, avec raison, comparé à l'accouchement par les fesses; car la cause de la lenteur du travail dans ces deux cas vient du défaut de rapport que les parties qui se présentent ont avec les orifices qu'elles doivent franchir. Mais les positions occipito-postérieures se transforment souvent et ne conservent pas jusqu'au bout leurs caractères primitifs.

Elles peuvent se transformer en : 1° positions occipito-antérieures, ce qui est le cas le plus habituel; 2° en présentations de la face.

D'un autre côté, ces transformations n'ont pas toujours lieu; dans le cas où la position est persistante, tantôt l'occiput se place dans la concavité du sacrum, tantôt le sommet conserve dans l'excavation la position oblique qu'il avait primitivement au détroit supérieur, et ne subit aucun mouvement de rotation ni en avant ni en arrière. L'accouchement ne peut alors se terminer que d'une manière artificielle et par l'intervention active de l'accoucheur.

Telles sont les quatre modalités qui peuvent se présenter et que le docteur Sentex étudie successivement en commençant par les *positions occipito-postérieures non persistantes* qui se transforment en positions *occipito-antérieures.*

1° Cette conversion, que le docteur Villeneuve (de Marseille) a signalée un des premiers, en 1838, est admise aujourd'hui sans conteste, grâce aux observations qui se sont multipliées, et il est reconnu que les positions occipito-postérieures

gauches peuvent se transformer en antérieures, tout comme les positions occipito-postérieures droites. — Sur les 42 réductions spontanées, observées par le savant accoucheur bordelais, l'accouchement s'est terminé 33 fois par les seules forces de la nature. Il reproduit tout au long ces 33 observations, et nous nous garderions bien de le suivre dans cette longue énumération de faits similaires que l'absence de réflexions autant que leur parfaite analogie rendent un peu monotone.

2° La *transformation des positions occipito-postérieures du sommet en présentations de la face* est relativement moins bien étudiée par l'auteur, qui n'a pu en observer qu'un seul exemple, et a été forcé d'emprunter deux autres observations à madame Lachapelle et à Guillemot. Il est vrai que la rareté même de ce mode de conversion constitue une circonstance atténuante qui fait excuser son laconisme, et l'on doit lui savoir gré d'avoir essayé de combler une lacune qui existe encore dans les traités les plus récents et les mieux faits.

Les POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES PERSISTANTES sont étudiées en dernier lieu, parce qu'elles conservent rarement, comme on peut le constater d'après les statistiques rapportées par l'auteur, le caractère de persistance qui en fait un genre à part, et parce qu'en outre on peut considérer la rotation de l'occiput en avant comme la règle, et la rotation en arrière comme une simple anomalie, une perversion du troisième temps de l'accouchement. — Cette rotation en arrière produit les positions occipito-postérieures dites secondaires par opposition aux occipito-postérieures primitives. Cette rotation irrégulière d'avant en arrière est bien moins fréquente que la rotation en avant, puisque sur les 58 cas observés par lui, elle ne s'est produite que 15 fois.

Quatre observations rapportées par le docteur Sentex, en établissant la possibilité de l'accouchement naturel dans le cas de position occipito-postérieure persistante, et partant l'inopportunité de l'intervention obstétricale, viennent saper l'opinion trop exclusive de Capuron, et défendue si énergiquement par cet illustre accoucheur devant l'Académie, en 1833, contre les attaques de Paul Dubois et de Velpeau. — Comme on le voit, l'auteur de ce mémoire n'a cru mieux faire pour mériter le prix Capuron que de combattre les propres idées de celui qui l'a fondé.

Le sixième et dernier chapitre, à la fois le plus long et le plus important au point de vue pratique, est consacré à l'étude des cas où l'intervention est nécessaire pour terminer l'accouchement dans les présentations du sommet en position occipito-postérieure et des divers modes d'intervention. — Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'exposé des motifs et du genre de l'intervention dans les 20 cas (sur 59, c'est-à-dire dans le tiers des positions occipito-postérieures observées) où elle a été jugée nécessaire, nous nous bornerons à formuler ici les conclusions que l'on en peut tirer :

1° On ne doit intervenir que lorsque l'impuissance des efforts de la nature est bien constatée et que l'on a la conviction qu'une expectation plus longtemps prolongée serait nuisible à la mère ou à l'enfant.

2° Quand on se décide à appliquer le *forceps*, la rotation céphalique de la tête en avant, artificiellement produite par cet instrument, doit être tentée, mais n'est pas absolument indispensable au succès de la manœuvre.

3° La *version* répond à un nombre de cas très-limité de positions occipito-postérieures. Elle doit être appliquée selon les règles générales de l'obstétrique, et sera préférée au forceps toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une femme qu'une circonstance quelconque obligera impérieusement à délivrer vite, si la tête est encore très-élevée et en position occipito-postérieure. La première de ces opérations se terminant en un temps infiniment plus court que la seconde, ne compromettra pas davantage les intérêts de l'enfant, si elle est habilement faite, et fera peut-être courir moins de dangers à la mère.

4° Il est des cas où une rotation incomplète, amenant consécutivement l'immobilité absolue de la tête, peut être quelquefois corrigée d'une autre façon et sans l'usage du forceps par l'emploi de cet instrument admirable qui n'est autre que la main; mais cette manœuvre ne peut être tentée qui si le bassin est assez ample pour que la main puisse pénétrer sans difficulté, et il est nécessaire que la tête soit descendue dans l'excavation ou, mieux, qu'elle repose sur le plancher périnéal.

5° La *manœuvre purement externe*, indiquée pour la première fois par Guillemot, peut aussi rendre de grands services dans les cas où la tête est immobilisée et où le travail est absolument suspendu.

Rien ne s'oppose à ce que l'accoucheur combine cette dernière méthode avec la précédente, c'est-à-dire avec la *rotation céphalique interne* au moyen de la main, qui pourra être essayée dans tous les cas, puisqu'elle n'entraîne aucun danger pour la mère ni pour l'enfant.

6° Le *levier* (Roonhuysen, Marchant, Flamant, Fabbri (de Bologne) ne trouvera jamais son indication dans les accouchements en positions occipito-postérieures qu'il sera nécessaire de terminer artificiellement. Si c'est, en effet, comme instrument de traction qu'on veut l'employer, il est évident que le forceps qui prend sur la tête du fœtus deux points d'appui est infiniment supérieur au levier qui n'en prend qu'un. Si c'est pour redresser la tête dans les présentations inclinées du sommet, ou pour déterminer dans l'excavation le mouvement de flexion qui se faisait trop attendre, un instrument spécial n'est nullement nécessaire, et, comme l'a fait remarquer M. Joulin, une branche de forceps serait suffisante et moins dangereuse.

Tel est, en substance, le mémoire du docteur Sentex. Il vient éclairer d'un nouveau jour un des points les plus obscurs et les plus controversés de la science obstétricale; il nous semble digne, à plus d'un titre, d'attirer l'attention des praticiens et de tous les amis dévoués du progrès de notre art. — Puisse la haute récompense dont ce travail a été l'objet encourager son auteur à poursuivre ses intéressantes recherches et à perfectionner ainsi son œuvre!

F. LABADIE-LAGRAVE.

VARIÉTÉS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — MM. Richelot et Humbert sont nommés aides d'anatomie près la Faculté de Paris.

— M. Farabeuf est nommé troisième prosecteur.

CONGRÈS DE BORDEAUX. — Les membres du Congrès sont invités à diverses excursions : 1° Le samedi, 7, à Arcachon ; le 8, aux Eyzies ; et le 10, à la pointe de Graves.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — La Société protectrice de l'enfance nous prie de rappeler qu'elle a mis au concours cette année la question suivante : *Des causes du rachitisme*. Le prix est de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, dans les formes académiques, à M. le docteur Alexis Mayer, secrétaire général de la Société, rue Béranger, 17, à Paris, avant le 1er novembre 1872.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 9 septembre 1872.

Congrès de Bordeaux : Association française pour l'avancement des sciences. — La thoracocentèse devant l'Académie de médecine.

Les travaux de la section médicale de l'*Association française pour l'avancement des sciences* sont terminés. Nous en donnons le résumé complet, à l'exception de la séance qui se tient au moment même où nous mettons sous presse : celle de jeudi. On pourra voir que, en ce qui traite les sciences médicales, la session a été des plus brillantes.

Nous profitons de l'occasion pour exprimer le vif désir que Bordeaux ne porte aucun préjudice à Lyon. On sait que le Congrès qui doit être tenu dans cette dernière ville s'ouvre mercredi prochain, 18 septembre, à midi. Il est à espérer que les orateurs qui se sont distingués au premier Congrès auront réservé une partie de leurs faveurs pour le second (voy. p. 599).

La thoracocentèse devant l'Académie de médecine.

(Premier article.)

La discussion sur la thoracocentèse paraît être à bout de voie. Nous l'avons laissée à dessein aux trois quarts de sa route, estimant qu'il n'y aurait aucun avantage à la suivre pas à pas dans un cours si long, et qu'il vaudrait mieux, après nos premières appréciations, la reprendre à son terme pour en résumer les enseignements ; c'est ce que nous allons faire.

Dans la séance du 30 avril, M. Béhier faisait à l'Académie une communication concernant la thoracocentèse capillaire pratiquée à l'aide des appareils aspirateurs dans le traitement des épanchements pleurétiques de médiocre volume. Seize obervations, dont cinq personnelles, montraient l'innocuité et l'utilité du procédé. Quelques mots de l'orateur relativement aux avantages de la thoracotomie dans les épanchements purulents ont fait immédiatement dévier la discussion, et la question du traitement des pleurésies purulentes a été presque exclusivement traitée dans une série de discours qui se sont succédé pendant plus de quatre mois à la tribune académique. La question méritait à tous égards un pareil honneur; on ne le lui a point ménagé.

Il convient aujourd'hui d'envisager dans son ensemble cette longue discussion, d'en dégager les résultats pratiques, de constater enfin le progrès accompli après de si longs débats.

Nous nous occuperons successivement de la valeur de l'opération dans les épanchements séreux ou séro-fibrineux et dans les épanchements purulents.

En ce qui concerne la thoracocentèse dans les épanchements séreux, la discussion académique, bien qu'elle soit assez pauvre en documents, ne restera pas cependant complétement stérile. M. Béhier propose de ponctionner à l'aide du trocart capillaire aspirateur les épanchements de moyenne intensité. Il se fonde sur l'innocuité absolue de l'opération et sur les erreurs d'appréciation quant à la quantité du liquide. Le premier argument est le seul qui nous touche véritablement. Quant à la quantité réelle du liquide, elle nous paraît d'un moindre intérêt. Sans aucun doute elle dépasse souvent l'attente du médecin ; cependant nous voyons dans les observations de M. Béhier que l'épanchement le plus abondant était de 2400 grammes. Le plus souvent, chez ses malades, la quantité du liquide n'atteint pas la moitié de ce chiffre. Ce qu'il importe surtout en pareils cas, c'est de constater autant que possible le déplacement des organes voisins, du cœur en particulier, dans les épanchements du côté gauche. Si les organes sont peu déplacés, si le niveau de la matité n'est pas très-élevé, si la dyspnée est médiocre, il est bien rare que l'épanchement soit abondant, c'est-à-dire dépasse 1000 à 1500 grammes.

La question de l'innocuité absolue de la thoracocentèse paraît, disons-nous, autrement grave. C'est un des points les plus ardus de la discussion. MM. Chassaignac et Roger ont eu mille fois raison de soulever cette difficulté ; et si elle n'a pas été complétement résolue, il faut s'en prendre à la disette de documents.

On accuse en effet la thoracocentèse de transformer des épanchements séreux en épanchements purulents ; d'exposer à la piqûre du poumon.

Les observations présentées à l'Académie sont pour la plupart relatives à des opérations faites avec de gros trocarts ; l'une d'elles avec un trocart fin, mais non capillaire. Mais nous savons d'autre part que plusieurs opérations faites avec les trocarts capillaires aspirateurs peuvent être citées au même titre. En somme, à la suite d'une première thoracocentèse exécutée par un des deux procédés, on a évacué le liquide séreux ou séro-fibrineux ; le liquide se reproduit ; une seconde ponction est pratiquée, et le liquide cette fois est séro-purulent ; cette modification du liquide est-elle imputable à l'opération ? Le traumatisme, si léger qu'il soit, change-t-il les conditions des surfaces sécrétantes? Doit-on chercher la cause de la purulence dans les progrès de l'inflammation, dans les conditions propres du malade ? Nous ne pensons pas qu'il soit aujourd'hui possible de résoudre nettement cette difficulté. Bien que dans notre pratique nous n'ayons pas encore observé cette transformation du liquide à la suite des ponctions capillaires, nous en connaissons cependant des exemples indiscutables, sans qu'il nous paraisse jusqu'ici possible d'y voir un rapport nécessaire de cause à effet. Des observations nombreuses, soigneusement prises, devront être publiées sur ce sujet. Les an-

técédents des malades, les conditions dans lesquelles s'est developpée la maladie, seront particulièrement étudiées. Nous ne nous arrêtons pas à la difficulté résultant de la présence de leucocytes dans les épanchements en apparence les plus franchement séreux. Il y a, selon l'heureuse expression de M. Marrotte, le pus chirurgical et le pus microscopique. Il est intéressant de savoir que l'existence des leucocytes est constante, et il s'agit de rechercher si, à la suite d'une amputation, quelle qu'elle soit, ils se multiplient de manière à donner au liquide pleural les caractères physiques du pus ou du séro-pus. C'est là, nous le répétons, une grosse question, celle qui domine, sans aucun doute, le traitement des pleurésies aiguës séro-fibrineuses par la thoracocentèse, capillaire ou non; et, malgré toute notre prédilection pour la première, nous nous hâterions d'y renoncer, s'il était démontré qu'elle peut être cause de purulence. Certains faits de MM. Roger, Chassaignac, Moutard-Martin, Raynaud, donnent beaucoup à réfléchir sur ce point et auront pour effet immédiat de rendre plus réservés les plus chauds partisans de la thoracocentèse.

Les faits relatifs à la blessure du poumon demandent également un nouveau contrôle. On remarquera dans toutes les observations où cette piqûre a été soupçonnée l'absence des signes de pneumothorax; et il semble, au premier abord, assez singulier qu'une ouverture capable de donner passage au liquide pleural n'ait jamais, pendant ou après l'évacuation de ce liquide, permis le passage de l'air. La curieuse observation de M. Béhier est, sous ce rapport, d'un intérêt tout particulier. Il s'agit d'un hydropique. L'épanchement est double ; on ponctionne à droite avec un trocart capillaire à dard mobile ; la pointe est retirée après pénétration de 4 centimètres; 800 grammes de liquide sont évacués; une heure après l'opération, le malade rend avec efforts de toux une quantité considérable de liquide analogue à celui que le trocart avait évacué. L'auscultation du côté ponctionné ne montre aucune différence relativement à ce qui avait été constaté après l'opération ; mais, chose curieuse, l'épanchement avait notablement diminué *à gauche*, c'est-à-dire du côté non ponctionné. La presque totalité de l'épanchement avait disparu. A quelque temps de là, l'anasarque, momentanément amendé, reparaît. Le côté gauche est rempli; une nouvelle ponction est faite de ce côté avec plus de précautions encore que la première fois, le trocart ne pénétrant qu'à 2 centimètres ; 1400 grammes de sérosité sont évacués; et une heure après, dans des efforts de toux, le malade rend 1000 à 1200 grammes de sérosité analogue au liquide pleural. Un mois après, nouvelle ponction à gauche, évacuation de 800 grammes de sérosité ; une heure après, toux et expectoration d'une quantité égale de liquide. A aucun moment on n'a constaté le moindre signe de pneumothorax. Il est difficile d'admettre que dans ces ponctions successives on ait toujours blessé le poumon, outre que la diminution de l'épanchement gauche après ponction à droite semblerait indiquer que l'expulsion du liquide a une tout autre cause que la piqûre du parenchyme pulmonaire. M. Hérard se demande si le liquide expectoré, malgré les analogies de composition, vient véritablement des plèvres, et si sa production n'est pas le résultat d'une poussée séreuse survenant au moment de la dilatation des vésicules dans un poumon longtemps comprimé? Le fait reste, comme on voit, jusqu'ici, sans explication précise.

Quoi qu'il en soit, l'état du malade de M. Béhier a été fort amélioré par cette intervention chirurgicale; et ce fait combat avec plusieurs autres l'opinion de M. Roger, qui repousse la thoracocentèse dans les épanchements qu'on peut appeler hydropiques. Il est vrai qu'il ne s'agit pour lui que de thérapeutique infantile. En ce qui concerne les adultes, nous avons eu pour notre part à nous louer à plusieurs reprises de la thoracocentèse capillaire dans des cas analogues, et ces avantages ne nous ont peut-être jamais semblé plus évidents qu'en pareille circonstance. Qui ne voit, en effet, chez des malades atteints d'anasarque, tout le bénéfice qu'on peut tirer de ponctions inoffensives répétées autant qu'il est besoin. On entretient ainsi artificiellement l'hématose ; on dégage le poumon, qui n'est généralement pas bridé par de fausses membranes et reprend aussitôt son volume et ses fonctions. La circulation veineuse se modifie favorablement, surtout quand le cœur n'est pas primitivement engagé, et les liquides épanchés dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire tendent à se résorber au moins partiellement. Nous en avons eu récemment un exemple chez une malade atteinte d'anasarque dû, selon toute apparence, à une cirrhose hépatique, et que des thoracocentèses capillaires répétées entretiennent depuis plusieurs mois dans un état supportable. A son entrée, cette femme était évidemment menacée d'une fin prochaine, et la ponction abdominale n'avait pas modifié sensiblement un épanchement thoracique très-abondant, surtout à gauche, et qui déterminait une suffocation imminente. Évidemment, en pareils cas, on n'a d'autre but que de soulager, et les ponctions capillaires qu'on peut renouveler autant qu'on le veut sont bientôt réclamées avec instance par le malade qui en bénéficie. Nous croyons donc, contrairement à l'opinion émise par notre éminent confrère, à l'utilité incontestable des ponctions capillaires dans les cas d'hydropisie pleurale.

Un dernier point de discussion a été touché par MM. Chauffard et Pidoux. D'après ces deux maîtres, il ne serait pas indifférent de supprimer ou de tendre à supprimer tout traitement médical de la pleurésie. Il y a quelque inconvénient à troubler ainsi d'une façon presque brutale l'évolution normale de la maladie, qui tend naturellement à la guérison dans les cas habituels, et l'on supprime un travail réparateur qui n'est pas sans bénéfice pour le malade. En outre, il paraît démontré par plusieurs observations que chez les tuberculeux la suppression brusque d'un épanchement accélère l'évolution des néoplasmes. La phthisie marche plus vite, et il semble que la présence du liquide, soit par compression, soit par le ralentissement qu'il apporte dans les fonctions, impose en quelque sorte un silence momentané à la poussée tuberculeuse. Peut-être enfin y a-t-il, jusqu'à un certain point, antagonisme entre la tuberculose pleurale et la tuberculose pulmonaire, ou tout au moins cette dernière est-elle moins active quand la séreuse d'enveloppe est plus spécialement envahie.

On peut répondre à ces différentes objections que rien n'oblige le médecin à supprimer tout traitement interne après la thoracocentèse; qu'il y a, au contraire, bénéfice à combattre par une thérapeutique appropriée le molimen inflammatoire dont la plèvre est le siége et dont le produit seul est tributaire de la thoracocentèse. Or, il n'est pas indifférent, dans tous les cas, de laisser s'accumuler dans le sac pleural un liquide qui déplace les organes, écrase le poumon et en-

trave l'hématose. Quant à la question des tubercules, nous pensons que chez des malades reconnus tuberculeux il faut, en effet, réserver une opération purement palliative pour les cas où l'épanchement, par son abondance, deviendra une cause de danger immédiat. En pareil cas il n'y a guère d'hésitation possible.

En résumé, et s'il était absolument nécessaire de renfermer dans quelques conclusions les résultats de la discussion académique concernant la thoracocentèse dans les épanchements pleuraux aigus séro-fibrineux, nous dirions que dans ces cas la thoracocentèse, même capillaire, n'est peut-être pas exempte de tout inconvénient; qu'il est par conséquent prudent de la réserver pour les épanchements abondants et dont la résorption doit demander un temps trop prolongé. Si l'on juge convenable de retenir le liquide, il y a tout bénéfice à employer les nouveaux appareils, qui présentent des avantages incontestables à côté de quelques inconvénients fort douteux. L'influence de la thoracocentèse sur la nature du liquide n'est pas jusqu'ici complétement établie; mais elle constituerait un fait d'une importance considérable et qui, s'il était péremptoirement prouvé, obligerait les médecins à redoubler de circonspection avant d'intervenir chirurgicalement dans le traitement d'une pleurésie aiguë.

La thoracocentèse capillaire a des avantages indéniables dans le traitement des pleurésies chroniques non purulentes, et particulièrement dans les hydropisies pleurales, où elle peut seule être suffisamment répétée pour satisfaire à une indication longtemps renouvelée.

A titre d'exploration, dans tous les cas où l'on a quelques doutes sur la nature du liquide, c'est le seul procédé opératoire dont on dispose aujourd'hui.

Quant aux lésions du poumon consécutives à l'opération, elles ne sont pas démontrées, et les perfectionnements apportés dans les trocarts capillaires permettent de les éviter presque sûrement. Dans presque tous les faits où elles ont été alléguées, on avait opéré avec des trocarts de gros calibre, et une fois seulement avec un trocart fin muni de baudruche.

Nous résumerons dans un prochain article les résultats de la discussion académique sur la pleurésie purulente.

Blachez.

REVUE CLINIQUE.

Chirurgie clinique.

De la résection de l'épaule par la méthode sous-périostée. — Nouveaux faits cliniques démontrant la reconstitution de l'articulation sur son type primitif, par M. le docteur Viennois.

(Suite. — Voyez le numéro 35.)

Obs. I. *Carie de l'articulation scapulo-humérale. Résection sous-périostée de 6 centimètres de l'extrémité supérieure de l'humérus. Accidents pulmonaires graves pendant la convalescence. Guérison. Reconstitution d'une articulation de type énarthrodial et retour des fonctions de tous les muscles de la région.* — Gallien Auguste, né aux Abretz, Isère, âgé de seize ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 25 janvier 1869, atteint d'une arthrite chronique de l'épaule droite. Il est d'un tempérament lymphatique et a les ganglions sous-maxillaires engorgés; il est cependant d'une bonne santé habituelle et n'a jamais eu de douleurs rhumatismales.

Il y a deux ans, ce malade tomba d'un peuplier d'une hauteur de 9 mètres, sur le moignon de l'épaule. Il ne se fit dans sa chute ni luxation, ni fracture, mais depuis cette époque il n'a jamais pu se servir commodément de son bras, les mouvements se sont limités de plus en plus et des douleurs se déclarent de temps en temps dans l'articulation. Depuis dix mois, la gêne du membre est telle que le malade ne se sert que du bras gauche. A son entrée dans les salles on constate l'état suivant :

Les mouvements actifs et passifs sont limités et douloureux; on ne peut pas écarter le bras du tronc à plus de 10 centimètres, sans faire souffrir le malade. Le deltoïde et tous les muscles de l'épaule et du membre sont atrophiés. Il y a de la douleur à la pression, très-sensible autour de l'acromion et surtout en avant et en dehors de l'apophyse coracoïde; pas d'abcès péri-articulaire appréciable. Quels que soient les mouvements que l'on imprime à l'articulation de l'épaule, on provoque de la douleur.

Ce malade fut traité par différents moyens jusqu'au 16 février 1870. On essaya d'abord d'arrêter l'arthrite par le bandage inamovible et par des applications révulsives. Plus tard, lorsque les douleurs furent calmées, on employa des bains et des douches pour donner quelques mouvements à l'articulation. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu pendant quelque temps, puis il revient au mois de novembre avec des douleurs plus vives que la première fois; il y avait un empâtement douloureux au niveau de la fosse sous-épineuse en arrière et en avant au niveau de la tubérosité externe; on plaça un bandage inamovible. Malgré ce bandage, un abcès se forma. M. Ollier l'ouvrit et introduisant un stylet, il put pénétrer jusque dans la cavité articulaire. Il décida alors de faire la résection, qui fut exécutée le lendemain, 16 février 1870.

On endort le malade avec l'éther; M. Ollier fait une incision interdeltoïdo-pectorale en laissant en dedans un faisceau du deltoïde pour ne pas dénuder la veine céphalique; il suivit du reste son procédé habituel; une fois le canal périostéo-capsulaire incisé dans toute sa longueur, il décortiqua avec le détache-tendon l'extrémité supérieure de l'humérus que l'on dépouilla dans une étendue de 6 centimètres environ, l'os fut ensuite scié à ce niveau avec la scie à chaîne. Dans cette opération, aucune attache musculaire ne fut compromise, la longue portion du bicep fut écartée et les muscles des tubérosités furent détachés avec le périoste correspondant. Le malade perdit très-peu de sang; on fit deux ligatures de petites artères. La cavité glénoïde paraissait superficiellement altérée et privée de son cartilage, qui était transformé en une couche granuleuse. Elle fut ruginée et cautérisée au nitrate d'argent. Pendant cette cautérisation on protégea la gaîne périostique de l'humérus. Vers la fin de cette opération, le malade fut pris d'un délire furieux, comme on en voit rarement à la suite de l'emploi des anesthésiques. Pendant cet accès, l'opéré pouvait non-seulement fléchir l'avant-bras sur le bras et le bras sur la poitrine, mais porter énergiquement le bras en avant et en arrière, on voyait bien manifestement le deltoïde se contracter. C'était là une démonstration inattendue, mais très-précieuse, de la valeur du procédé opératoire employé, puisque les muscles continuaient d'agir sur l'humérus, malgré la solution de continuité de cet os. Ce délire dura une demi-heure; puis on appliqua un appareil silicaté embrassant tout le membre opéré, depuis les doigts jusqu'à la partie inférieure du cou, et prenant son point d'appui sous l'aisselle du côté opposé, on fit, en un mot, un spica de l'épaule. L'avant-bras fut fléchi sur le bras à angle droit et ramené contre la paroi antérieure de la poitrine. Le membre fut maintenu dans cette position par une attelle de fer flexible, puis on pratiqua une fenêtre dans l'écorce du bandage sans mettre la plaie à nu, mais en la laissant recouverte par la ouate.

État de la partie reséquée. — La partie retranchée mesure 57 millimètres, soit près de 6 centimètres en comptant 2 millimètres pour le passage de la scie à chaîne. La tête est dépouillée de son cartilage qui a disparu par érosion progressive. Le tissu osseux sous-jacent est raréfié, friable, infiltré de pus, offrant, en un mot, tous les signes de la carie. L'altération s'étendait en dedans jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessous des tubérosités; le cartilage de conjugaison n'était pas ossifié; la destruction du tissu osseux de l'épiphyse s'étendait en un point jusqu'aux limites du cartilage.

Avant l'opération on avait mesuré comparativement les deux humérus, et l'on avait trouvé une différence de 18 millimètres entre eux. L'humérus malade arrêté dans son développement par le voisinage de la carie, et surtout par l'immobilité à laquelle le membre avait été condamné, n'avait pas suivi l'os sain dans sa croissance, et se trouvait plus court de plus d'un centimètre et demi. La résection de 57 millimètres rendait donc, après l'opération, l'humérus droit plus court que le gauche de 7 centimètres et demi. L'humérus gauche (sain) mesurait 320 millimètres de l'angle postérieur de l'acromion à l'épicondyle. La portion restante de l'humérus droit mesurait seulement 248 millimètres de la surface de section à l'épicondyle.

Comme les érysipèles régnaient dans les salles, ce malade fut immédiatement conduit chez un de ses parents, où M. Ollier voulut bien le confier à nos soins pendant quelque temps.

Le 17, nuit assez bonne, pouls 108.

Le 20, délire formidable pendant la nuit.

Le 22, hémoptysie.

Le 23, nouvelle hémoptysie.

Le 24, le pouls tombe à 60, on refait le bandage.

On examine le sommet des poumons, ce que le bandage avait empêché de faire jusque-là, et l'on perçoit des craquements humides et des râles sibilants dans toute l'étendue du poumon; la suppuration augmente; il y a des sueurs abondantes la nuit, les crachements muco-purulents sont encore teints de sang.

On l'envoie à l'asile des convalescents. Là les symptômes pulmonaires deviennent inquiétants; une nouvelle hémoptysie se produit: mai 1870. Le malade rentre à l'Hôtel-Dieu au mois de juillet; la plaie de la résection est presque complétement cicatrisée. Depuis l'opération, plusieurs abcès s'étaient formés, l'un sous le grand pectoral en avant, et l'autre quitte alors l'Hôtel-Dieu pendant six mois, se sert de son bras et acquiert tous les jours plus de force dans les mouvements. Au mois de novembre 1871, les mouvements étaient tellement revenus, que le malade pouvait exécuter avec facilité le mouvement de circumduction. Il écartait le coude en dehors, de manière à former un angle de 65 degrés, sans faire basculer l'omoplate. A cette époque, sous l'influence d'un refroidissement, il fut pris de douleurs vives dans l'épaule, et un abcès se forma qui vint faire saillie à la partie inférieure de la cicatrice. L'abcès ayant été ouvert, il en sortit du pus, mais aussi un liquide filant comme de la synovie. Pendant deux mois le bras fut maintenu dans l'immobilité, et l'abcès se ferma; mais pendant cette période d'immobilité, l'atrophie des muscles avait reparu et la nouvelle articulation s'était enroidie. On employa de nouveau l'électricité et la mobilisation graduelle méthodique, d'autant plus importante à ce moment que l'abcès qui avait été provoqué par un refroidissement venait de l'articulation elle-même. Avant cet

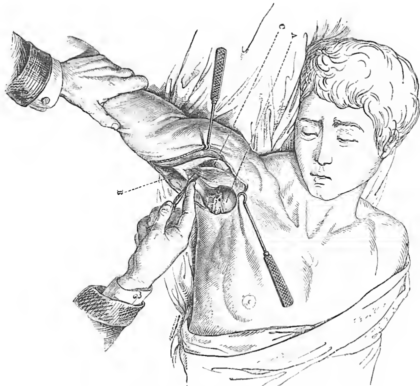


Figure démontrant le procédé de M. Ollier pour la résection sous-périostée de l'épaule. (Voyez la description du procédé, n° 35, p. 568.)

Pendant qu'on fait saillir l'humérus en haut, on sépare la gaîne avec le détache-tendon. Dans la figure, la position de la main, armée de l'instrument, est mal indiquée ; elle doit être inclinée davantage et agir de haut en bas. — A, tête de l'humérus ; B, gaîne périostique qui doit être détachée seulement de l'os, et non des parties molles périphériques ; C, cavité glénoïdienne.

en arrière, derrière la fosse sus-épineuse. On soumet le malade au traitement suivant :

Deux granules d'arséniate de soude par jour; 50 grammes de rhum dans un litre de lait; sirop de lacto-phosphate de chaux.

Sous l'influence de ce traitement les forces reviennent, les crachats perdent leur caractère purulent, les craquements disparaissent, et au mois de septembre tout était cicatrisé, et le malade partit pour la campagne chez ses parents, où il resta jusqu'au mois de mars 1871.

Pendant ce temps-là, la santé générale s'était rétablie; il n'y avait plus eu de nouvelles hémoptysies; la respiration était libre quoique obscure aux sommets; les signes stéthoscopiques alarmants avaient disparu. Le malade avait grandi; il s'était beaucoup développé; il avait pris de l'embonpoint, et du côté du membre opéré la cicatrisation était complète; il n'y avait plus de douleurs et la force revenait de jour en jour dans l'épaule et le bras. Le deltoïde cependant était atrophié, car depuis depuis deux ans le fonctionnement du membre avait été très-incomplet. On fait électriser régulièrement le moignon de l'épaule et les muscles du bras, et l'on imprime à l'articulation nouvelle des mouvements passifs en tous sens.

On remet le malade à l'arsenic, aux toniques, aux bains sulfureux, au lacto-phosphate de chaux, et son état s'améliore de jour en jour. Il accident, il n'y avait pas eu de craquements dans l'articulation nouvelle, tandis qu'on en percevait alors, ce qui indiquait une altération des éléments de l'articulation nouvelle.

Aujourd'hui, 1er février 1872, tout est rentré dans l'ordre; le malade se sert de son bras pour les divers usages de la vie, moins bien cependant qu'avant l'accident. Les mouvements de circumduction surtout ne sont pas aussi complets, et, quoiqu'ils se perfectionnent chaque jour, on sent que l'humérus est retenu par la résistance des tissus fibreux périphériques. Voici, du reste, la description de l'articulation nouvelle qui mérite de nous arrêter un instant.

Le moignon de l'épaule présente une configuration qui ne permettrait pas de supposer au premier abord qu'il y a eu une résection, tant les saillies et les reliefs ont leur aspect normal; cependant il est plus mince et amaigri. Quand on presse sur l'acromion, on sent une tête volumineuse à la place normale, renflée et sphéroïdale en dehors de l'apophyse coracoïde et contre la cavité glénoïde. De l'angle externe de l'acromion à la partie la plus saillante de l'olécrâne, l'avant-bras étant fléchi sur le bras, on trouve, au compas d'épaisseur, $0^{m},31$ côté sain, $0^{m},38$ du côté malade.

De l'angle postérieur de l'acromion à la partie inférieure du condyle huméral, $0^{m},344$ du côté sain, et du côté malade $0^{m},274$, soit une

différence de 7 centimètres entre les deux humérus. Depuis le moment de l'opération, ou plutôt depuis le moment où avaient été prises les mensurations, novembre 1869, jusqu'à ce jour, l'humérus avait grandi de près de 2 centimètres.

Nous avons trouvé dans cette observation la démonstration des propositions émises par M. Ollier au sujet de la reconstitution de l'articulation sur son type primitif. C'est une véritable enarthrose. Le blessé peut faire des mouvements de circumduction, et en examinant chaque muscle avec l'électricité localisée, on arrive à les faire contracter tous. On peut reconnaître que l'action d'aucun d'eux n'est annihilée, sauf peut-être celle du sus-épineux qu'on ne retrouve pas distinctement. Le deltoïde se contracte énergiquement sous la main et sous l'œil, de telle sorte qu'il ne peut y avoir le moindre doute sur ce point. Quant aux muscles rotateurs, leur action se traduit d'une manière moins marquée mais aussi réelle. Les mouvements d'élévation du bras par le deltoïde pouvaient aller avant l'accident que nous avons signalé jusqu'à un angle de 70 degrés avec la verticale. S'ils ne s'opèrent pas plus haut, c'est à cause des adhérences fibreuses et non à cause du défaut d'action musculaire, les mouvements passifs ne sont pas plus étendus que les actifs.

Le relief du moignon de l'épaule est conservé, il n'y a pas de dépression sous-acromiale, comme on l'observe après les opérations par la méthode ancienne, et quand on saisit entre les doigts les parties profondes de la région deltoïdienne, on sent une tête osseuse tourner dans la cavité glénoïde. Aujourd'hui le bras est plus court que l'autre d'une longueur correspondant approximativement à la portion enlevée. Mais il ne faut pas croire qu'il n'y ait pas eu de régénération osseuse.

Avant l'opération on constatait que l'humérus malade avait 18 millimètres de moins que l'humérus sain; on a retranché près de 6 centimètres; la portion restante mesurait alors 76 millimètres de moins que le côté sain. Depuis l'opération, le côté sain ayant grandi de 2 centimètres environ (17 millimètres), tandis que le côté malade n'a pu grandir, parce que le cartilage de conjugaison avait été enlevé, nous devrions trouver une différence de 9 centimètres et demi (94 millimètres) entre les deux humérus. Or, elle n'est que de 7 centimètres, donc il y a eu 2 centimètres au moins de reproduits. On sent du reste, sur l'extrémité supérieure de l'humérus des rugosités qui indiquent la présence de la portion osseuse nouvelle. Ces rugosités, comme toujours, se prolongent sur la portion ancienne, mais la portion reconstituée est plus épaisse que la diaphyse ; elle forme une véritable tête humérale, et n'était présente la cicatrice de l'incision antérieure, on ne croirait pas que l'épaule ait été reséquée.

Depuis l'opération, ce jeune homme a grandi, son humérus sain, qui, au moment de l'opération avait, de l'angle externe de l'acromion à la pointe la plus saillante de l'épicondyle 335 millimètres, en mesure actuellement 347; il a grandi depuis lors de 2 centimètres environ. Pendant ce temps, l'humérus opéré n'a pas grandi, car il a été privé de ses moyens d'accroissement ultérieur. Cet accroissement se fait, d'après la loi *d'accroissement pour les os longs des membres* formulée par M. Ollier, presque exclusivement par l'extrémité supérieure de l'humérus enlevé. Ainsi donc tout ce que l'humérus du côté opéré a gagné depuis l'opération est dû presque exclusivement à la reproduction de la partie enlevée, puisque l'épiphyse inférieure ne joue qu'un rôle insignifiant dans cet accroissement. Pour cette question d'accroissement, nous renvoyons, du reste, le lecteur au TRAITÉ EXPÉRIMENTAL ET CLINIQUE DE LA RÉGÉNÉRATION DES OS, où l'on trouvera sur ce point important et encore peu connu des développements dans lesquels nous ne pouvons entrer ici. Disons seulement que dans ce cas la conservation du périoste nous a permis de récupérer près de la moitié de la longueur enlevée et d'avoir une extrémité osseuse renflée qui s'articule solidement et régulièrement avec la cavité glénoïde.

Galien, avons-nous dit, était dans des conditions générales et locales mauvaises, son épaule était traversée par plusieurs fistules en avant et en arrière ; il avait des symptômes inquiétants du côté des poumons, des hémoptysies, des craquements humides dans les sommets, et, dans ces derniers temps, un petit abcès qui paraissait provenir de la nouvelle articulation. Malgré toutes ces mauvaises conditions, le résultat a été on ne peut plus satisfaisant, soit au point de vue du rétablissement de la santé générale, soit au point de vue de la reconstitution de l'articulation et des usages du membre. Du du reste, les résections de l'épaule, pour les cas d'arthrite suppurée, ont été pratiquées un certain nombre de fois par M. Ollier. Sur 7 cas, ce chirurgien a eu sept succès, dont trois seulement ont été publiés dans le TRAITÉ EXPÉRIMENTAL ET CLINIQUE DE LA RÉGÉNÉRATION DES OS.

(La fin à un prochain numéro.)

Médecine pratique.

SUR UN CAS DE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE, par le docteur BERNHEIM, professeur agrégé à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg.

OBSERVATION. — *Coup de baïonnette non pénétrant à la poitrine, Pleuro-pneumonie suppurée. Mort. Hernie diaphragmatique ancienne* (congénitale?). — X..., caporal de tirailleur, âgé de vingt-cinq ans, fut blessé à la bataille de Wœrth ; un coup de baïonnette l'atteignit au côté gauche de la poitrine. Il vint à Haguenau, à l'ambulance du petit quartier alors surchargée de blessés ; je le trouvai dans l'état suivant : Maigre, lymphatique, pâle (il l'était habituellement), il n'avait pas de fièvre. Il présentait au niveau du cinquième espace intercostal gauche une plaie superficielle de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Cette plaie simple est simplement pansée au cérat.

Le 10 août, le malade a une fièvre intense (92 pulsations; température, 39°,2) et une respiration oppressée (34 resp. par minute). A l'examen du thorax, on constate en avant et à gauche une sonorité tympanique allant du troisième espace intercostal jusqu'en bas ; à droite, sonorité normale jusqu'au troisième espace ; de là submatité jusqu'au niveau du mamelon, submatité due à la présence du cœur dévié de ce côté et dont la pointe se sent battre sous le mamelon droit. La respiration vésiculaire normale et les bruits du cœur se perçoivent à droite ; mais à gauche on entend à la place de la respiration un souffle amphorique parfois mêlé de râles et de gargouillement métallique dans toute l'étendue de la région sonore.

En arrière, on constate à droite de la submatité dans le tiers inférieur, et à l'auscultation des râles crépitants et du souffle bronchique. A gauche, matité dans toute la hauteur. Vers l'angle de l'omoplate, souffle et égophonie. Absence dans tout le côté de vibrations thoraciques. Pas d'expectoration. (Un camarade du malade affirme qu'il était depuis longtemps pâle et gêné dans sa respiration et qu'il était sorti de l'hôpital pour faire campagne.)

Traitement : Vésicatoire ; nitre, 6 grammes dans tisane de chiendent. Diagnostic : pleuro-pneumonie du lobe inférieur et moyen droit. Épanchement pleurétique avec pneumothorax à gauche.

Le 11 août. Température, 39°,5; pouls, 96; respir. 38. Prostration, oppression. Mêmes symptômes physiques. Le cœur bat toujours à droite. Pas d'expectoration.

Le 14 août, l'oppression redouble ; les symptômes physiques persistent. Température, 40°,2 ; pouls, 110 ; respir., 42. Je fais une ponction exploratrice vers la partie postérieure de l'aisselle gauche au niveau du cinquième espace intercostal. Rien ne sort qu'un peu de matière granuleuse restant dans la canule du trocart. Application d'un nouveau vésicatoire ; potion cordiale.

La fièvre et l'oppression continuent ; l'asphyxie commence le 16 août et le malade meurt le 17.

Autopsie faite avec le concours de mon confrère Joessel, et en présence de mes confrères, MM. les docteurs Boeckel, Lauth, Woehrlin et d'un médecin militaire wurtembergeois. A l'ouverture du thorax on constate que le tiers supérieur du côté gauche jusqu'au niveau supérieur de la quatrième côte est rempli d'un liquide séreux avec une masse de pus concret étalé en forme de fausse membrane vers le médiastin. Au-dessous de cet épanchement se trouve une poche remplie d'une bouillie grisâtre. Cette poche, c'est l'estomac contenu dans la cavité du thorax, adhérent aux parois latérales du thorax au niveau des quatrième, cinquième et sixième côtes ; sa grande courbure se dirige de gauche à

droite à peu près transversalement; la petite courbure est appliquée transversalement en arrière contre la paroi postérieure du thorax, au niveau de la quatrième côte. Le pylore est en avant du rachis, vis-à-vis de la cinquième côte. L'œsophage sort entre les piliers du diaphragme, se recourbe en anse et repasse avec l'estomac au niveau du bord postérieur du diaphragme dans la cavité gauche du thorax. Au-dessous de l'estomac et au-dessus du diaphragme, c'est à-dire dans la poitrine, se trouve encore une anse du côlon transverse et descendant. La rate est située au niveau des septième et huitième côtes; le repli épiploïque est considérablement allongé. Toute la moitié droite du diaphragme est normale. A gauche, la partie antérieure du diaphragme, les attaches au sternum, les insertions costales aux six dernières côtes, le contre phrénique, sont intacts, mais en arrière, à partir du pilier gauche, entre la gouttière vertébrale et le foliole gauche du centre aponévrotique, existe une vaste échancrure qui comprend toute la partie postérieure du diaphragme qui s'insère aux arcades. C'est par cette échancrure qu'ont passé de l'abdomen dans le thorax l'estomac avec la rate, une partie du mésentère et une anse intestinale. Le cœur est dévié à droite; la pointe regarde vers le cinquième espace intercostal droit; la base est au devant de la colonne vertébrale. Le péricarde légèrement épaissi est adhérent à toute la surface du cœur. A gauche, il adhère aussi à l'estomac et au poumon atrophié. Les gros vaisseaux du cœur n'ont rien de particulier.

Au-dessus de l'estomac, on découvre une petite masse bleuâtre adhérente par sa base aux parois stomacales; c'est le poumon. Toute la partie non adhérente est recouverte de fausses membranes fibrineuses. La trachée et les bronches présentent un calibre normal jusqu'à la subdivision des bronches du deuxième degré qui sont comprimées; la masse pulmonaire est atélectasiée, d'apparence charnue, privée d'air; on reconnaît encore la division en trois lobes.

A droite, le poumon a son lobe inférieur suppuré (hépatisation grise), les lobes supérieur et moyen sont carnifiés (broncho-pneumonie avec hépatisation rouge). Le foie, de volume normal, dépasse le rebord des fausses côtes.

En résumé, un soldat à la suite d'une plaie superficielle de poitrine, est atteint de pleuro-pneumonie suppurée. A l'autopsie on trouve outre cette lésion une hernie diaphragmatique non diagnostiquée.

Considérations épicritiques. — On sait que des inflammations intra-thoraciques peuvent succéder à des lésions de la paroi thoracique. Billroth, Wunderlich, Leplat, ont appelé l'attention sur ces *pleurites* ou *péripleurites abcédantes*. Ce n'était pas le cas chez notre sujet : entre la blessure et l'inflammation pleuro-pulmonaire n'existe aucun rapport; aucun procès inflammatoire ne s'était developpé autour de la blessure. On conçoit d'ailleurs que chez un homme sortant de l'hôpital pour aller sur le champ de bataille, homme habituellement pâle et oppressé, dont les organes pulmonaires étaient naturellement prédisposés à s'affecter, la blessure n'ait pu être que la cause occasionnelle. Le pansement premier de la blessure faite dans la pluie et en plein air, un refroidissement inévitable dans ces circonstances ont pu suffire à provoquer une pleuro-pneumonie. D'un côté est survenue une pleurésie, du côté où le poumon, presque atrophié, échappait à l'influence morbide; de l'autre côté, la même cause a donné naissance à une pneumonie, parce que là le poumon travaillant presque pour deux était par cela même plus impressionnable.

Passons à la hernie diaphragmatique. Elle n'a aucun rapport ni avec la blessure, ni avec l'affection mortelle. L'épanchement purulent est limité au-dessus de l'estomac; celui-ci est soudé aux côtes et aux poumons par d'anciennes adhérences; le diaphragme et les organes herniés qui le recouvrent montrent par leur aspect normal qu'ils n'ont pas participé à la phlegmasie mortelle. Il est manifeste que la hernie diaphragmatique existe de longue date, qu'elle s'est produite à une époque indéterminée, que l'estomac a refoulé le poumon de bas en haut et en a déterminé l'atélectasie par compression, que cependant cet organe a respiré, à en juger par le développement des grosses bronches presque égal des deux côtés.

Cette hernie est-elle congénitale ou traumatique? La question est difficile à résoudre. Nous ne connaissons pas d'exemple de hernie diaphragmatique manifestement congénitale qui ait atteint cet âge; les adhérences de l'estomac au cœur, au poumon et au thorax accusent un procès inflammatoire; si ces adhérences dataient du jeune âge, elles eussent gêné sans doute le développement de l'estomac qui a son volume et sa configuration ordinaires; ajoutons à cela le développement normal des bronches, et voilà un ensemble de faits qui milite en faveur d'une hernie traumatique qui se serait développée dans l'âge adulte.

D'autre part, l'état du diaphragme parle pour une date congénitale. Bien que cet organe n'eût pu, dans les circonstances où nous étions, être examiné avec toute la précision désirable, il fut manifeste cependant que ni cet organe, ni la solution de continuité ne présentaient aucune trace d'inflammation ni de traumatisme; il n'était pas adhérent à l'estomac ni au péricarde. Le siége habituel des hernies congénitales est précisément celui que nous avions sous les yeux, à savoir la partie postérieure de chaque moitié du diaphragme, mais surtout de la moitié gauche (Fœrster, Stierling, Schrant); enfin cette lésion n'est pas une ouverture dans le muscle, elle nous a paru être plutôt une absence de développement de la partie postérieure, entre le pilier gauche et les insertions costales, qui s'insère normalement au grand ligament cintré. C'est la variété que Duguet appelle *hernie en croissant*, par opposition à la *hernie en boutonnière*, et que cet auteur rapporte à la hernie congénitale.

Le développement centrifuge du diaphragme explique, selon M. Gerbe, ce siége de la hernie diaphragmatique congénitale sur le côté et à la partie postérieure du muscle. « Le diaphragme, dit M. Gerbe, cité par M. Duguet, ne manque jamais sur le milieu; il ne le peut pas, et s'il vient à manquer, c'est toujours sur le côté. Sans doute le premier mode, le premier état du diaphragme est inconnu. Mais qu'importe? Formé primitivement d'une substance glutineuse répandue autour des conduits qui le traversent, il s'étale ensuite de chaque côté en demi-éventail triangulaire dont le sommet est placé au pilier correspondant, dont la base tournée en avant se développe progressivement à partir du sternum jusqu'à la dernière côte et à la paroi abdomino-thoracique qu'il ferme lorsqu'il achève son développement. En effet, il existe primitivement une grande cavité pleuro-péritonéale que le diaphragme doit plus tard séparer en deux cavités distinctes. Ce dernier, caché en avant des lobes pulmonaires qui le dépassent en bas, recouvre de plus en plus les lobes à mesure pour ainsi dire qu'il se déploie pour former son croissant. Ce croissant, à son tour, finit par le déborder au moment où, près de s'effacer, il va cloisonner la cavité pleuro-péritonéale. Qu'une cause quelconque arrête à un moment donné le développement centrifuge du muscle, une maladie vasculaire, par exemple, le cloisonnement s'arrête aussi, il ne s'achève pas; alors persiste un état qui n'était que transitoire, mais normal chez le fœtus. On conçoit encore que le cloisonnement s'achève sans tissu musculaire, alors existerait une cloison complète cellulo-séreuse, mais avec un point faible qui aux premières inspirations ne saurait lutter contre la pression des viscères abdominaux. »

Pour revenir à notre cas, l'état du diaphragme et le siége de la hernie semblent dire hernie congénitale. Prenons en considération aussi les antécédents. Ce malade ayant été admis au service militaire depuis plusieurs années et non réformé depuis, n'a accusé aucun antécédent traumatique; il ne semble pas que la hernie se soit produite par un accident pendant le service militaire, il est peu vraisemblable que les symptômes alors constatés à l'examen de la poitrine eussent à ce point échappé aux médecins qu'ils n'aient pas entraîné la mise à la réforme du malade. La hernie remonterait donc à un temps plus éloigné, antérieur à l'âge adulte. De ce que l'estomac est développé normalement, malgré les adhérences qui auraient dû le gêner, on ne peut induire que la hernie ne se soit opérée qu'après le développement complet de cet organe, c'est-à-dire à l'âge adulte; car il se peut, et cela nous paraît

plus rationnel, d'après ce qui précède, que les adhérences ne sont pas contemporaines de la hernie, mais d'une pleurésie consécutive. Cette pleurésie adhésive, qui a pu survenir pendant le service militaire, ou qui, chronique, a pu s'aggraver à cette époque, est sans doute la cause qui a déterminé l'entrée du malade à l'hôpital et laissé chez lui cet état de pâleur et d'oppression constaté par son camarade depuis assez longtemps. La pleurésie suppurée ultime montre d'ailleurs que la plèvre était disposée à s'enflammer.

Nous pensons donc que ce malade avait une hernie diaphragmatique congénitale latente; que cette hernie, jusque vers l'âge adulte, ne déterminait pas de symptômes graves; que l'estomac et le poumon fonctionnaient côte à côte, le poumon droit suppléant en partie à l'insuffisance fonctionnelle du poumon gauche; que les organes thoraciques étaient par cette disposition anormale dans un état d'imminence morbide semblable à celle des bossus, qui contractent si facilement des pleuro-pneumonies; que les fatigues du service militaire avaient déterminé une pleurésie adhésive chronique, que les fatigues de la bataille ou un refroidissement suite de sa blessure ont causé en dernier lieu une pleuro-pneumonie suppurée mortelle.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

(Correspondance de Bordeaux.)

Association française pour l'avancement des sciences

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1872 (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD.

ACCROISSEMENT DES OS : M. OLLIER. — BRISE-PIERRE ET APPAREIL-LIT POUR LA LITHOTRITIE : M. RELIQUET. — INOCULATION POST-VACCINALE : M. PAPILLAUD.

La section des sciences médicales entre en séance à neuf heures du matin; une centaine de membres sont présents.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La correspondance comprend : 1° une lettre du docteur *Fuster*, qui, retenu par une légère indisposition, s'excuse de ne pas faire la lecture portée à l'ordre du jour; 2° une lettre de M. *Pradines Veillon*, demandant la fondation d'un prix à décerner à l'ouvrage le mieux rédigé suivant l'esprit de L'AVIS AU PEUPLE SUR LA SANTÉ, de TISSOT. Renvoyée au bureau des séances générales, qui aura à se prononcer sur la réalisation de ce désir inattendu.

M. le docteur *Ollier* a la parole pour une communication sur l'*accroissement normal et pathologique des os*.

La question de l'accroissement des os, dit l'orateur, paraissait complétement résolue, et la théorie de l'accroissement périphérique des os parfaitement démontrée par l'expérimentation. Dans ces derniers temps, les travaux des savants allemands ont tout remis en question en apportant à l'appui de l'ancienne théorie, non pas seulement des raisonnements, mais des expériences. J'ai jugé convenable de reprendre à nouveau les études qui avaient fait de moi un défenseur de la théorie combattue par les physiologistes d'outre-Rhin, Wolff, Culmann et Meyer. J'ai repris les expériences qui m'avaient conduit à repousser la théorie de l'accroissement interstitiel des os, et, pour me mettre à l'abri des causes d'erreur, j'ai opéré sur de très-jeunes animaux (chiens, chats, poulets, pigeons). Dans une première série d'expériences (chiens et chats), j'ai agi de la manière suivante : deux clous sont plantés à une certaine distance très-rigoureusement mesurée sur la diaphyse d'un os long, et quelque temps après, l'animal devenu adulte étant sacrifié, on mesure de nouveau cette distance; quel que soit le laps de temps écoulé entre l'opération et la nécropsie, j'ai constaté dans plus de trente expériences que les clous ne s'écartent pas, que l'intervalle qui les sépare demeure le même. Cette expérience suffit à elle seule pour renverser la théorie allemande de l'accroissement interstitiel des os. Sur des animaux très-jeunes opérés, j'ai observé quelquefois un écart entre les deux clous; mais cet écart n'a jamais dépassé le quarantième de la longueur totale de l'os. Il faut donc revenir à la théorie de l'accroissement périphérique.

Duhamel avait exprimé cette théorie en une phrase très-vraie, sinon très-rigoureuse: l'os dur, disait-il, ne s'étend pas; l'os jeune et mou s'étend.

Les tissus mous en effet s'accroissent en longueur d'une façon interstitielle. Mes expériences montrent que les os se comportent comme les autres tissus tant qu'ils possèdent encore des propriétés analogues.

On a encore combattu la théorie de l'accroissement périphérique avec le microscope, et l'on a dit : chez l'adulte, les ostéophytes sont plus éloignés les uns des autres que chez l'animal jeune. Mais comment trouver des points de repère fixes dans une semblable étude, alors que les recherches de M. Ranvier, en particulier, démontrent que, même chez l'adulte, on observe et la disparition d'ostéoplastes et la formation nouvelle de ces éléments?

Les partisans de la théorie de Havers prétendent que le cartilage de conjugaison ne sert en rien à l'accroissement de l'os; enlevons ce cartilage, qu'en résulte-t-il? C'est que l'accroissement de l'os est immédiatement et absolument arrêté. Et ce qui prouve encore toute l'importance de ce cartilage, c'est que l'on peut enlever sur la diaphyse de l'os une longueur de plusieurs millimètres sans que pour cela il cesse de s'accroître.

Je combats la théorie de l'accroissement interstitiel des os; mais ce n'est pas à dire pour cela que je nie absolument le fait! Non certes, on a observé, et j'ai observé moi-même l'allongement des os de certains oiseaux sur lesquels j'ai opéré, ainsi que je l'ai dit plus haut, et sur des mammifères; mais, dans ces derniers cas, il y a ostéite; l'os redevient mou et reprend la propriété des tissus mous formulée par Duhamel; et même, dans ces cas, c'est à peine si j'ai obtenu un allongement de 4 ou 5 millimètres sur des os de 12 ou 15 centimètres. Cet allongement peut donc être à juste titre considéré comme tout à fait exceptionnel, presque anormal, dans la question générale de l'accroissement des os.

Ce dernier fait m'amène à vous parler de l'accroissement pathologique des os. J'avais déjà déduit en 1867 de mes expériences et de mes observations cliniques les propositions suivantes : Quand on irrite la diaphyse d'un os long (corps étranger dans la substance médullaire, raclage de l'os, arrachement d'une portion du périoste), il y a allongement de cet os; si l'on irrite le cartilage de conjugaison, il y a arrêt de développement. Il ne faut pas croire que ce dernier résultat soit obtenu par suite de l'ossification plus rapide de la diaphyse; que la soudure soit, suivant le mode d'irritation, accélérée ou retardée, la perturbation dans le travail d'ossification demeure la même, l'os cesse de s'accroître.

Ces faits expérimentaux expliquent les faits pathologiques qui, à leur tour, viennent corroborer les premiers. Dans certains cas on observe l'hypertrophie des os enflammés; j'ai vu un tibia de 12 centimètres plus long que son congénère. D'autres fois, au contraire, il y a arrêt de développement. L'explication la voici : si l'inflammation, si l'ostéite (et il faut comprendre ici ce mot dans le sens le plus général), si l'ostéite, dis-je, a été centrale, c'est-à-dire a siégé sur la diaphyse, quelque rapprochée qu'elle puisse être du cartilage épiphysaire, il y a hypertrophie; l'irritation de voisinage du cartilage est même favorable à cette hypertrophie. Mais si l'inflammation gagne le cartilage de conjugaison, il y a arrêt de développement, tout comme si on l'avait enlevé avec l'instrument tranchant.

Cette question de l'accroissement pathologique des os est fort intéressante au point de vue des conséquences des mutilations des squelettes. Mais l'étude de l'accroissement normal nous montre des faits non moins importants au point de vue clinique. Les deux cartilages de conjugaison ne prennent pas une part égale à l'accroissement des os longs. Sur un jeune animal, plantez un clou au milieu d'un os long, par exemple l'humérus ; sacrifiez cet animal devenu adulte, et vous trouvez le clou près de l'extrémité inférieure de l'humérus.

M. Broca avait déjà pressenti ce fait en étudiant le rachitisme. L'expérience est venu l'établir définitivement et a démontré en outre que la loi n'était pas la même pour tous les os. J'ai constaté que l'accroissement de l'humérus se faisait surtout par l'extrémité supérieure, celle du cubitus et du radius au contraire par l'extrémité inférieure. Pour les os du membre inférieur, le mode d'accroissement est l'inverse de celui des os similaires du membre supérieur. Bérard avait remarqué que les apophyses du coude se soudaient les premières au membre supérieur ; mais il ne s'agit pas seulement de ce travail de soudure, il s'agit du travail d'accroissement général des os du membre supérieur, auquel ces épiphyses concourent très-peu, ainsi qu'on l'observe dans les premiers temps de la vie.

De ces faits il résulte que les parties constituantes du coude ne jouent, pour ainsi dire, aucun rôle dans l'accroissement du membre supérieur, tandis que celles du genou sont les principaux éléments du développement du membre inférieur.

Cette différence dans le rôle des articulations du coude et du genou explique la différence des résultats que l'on obtient à la suite de leur résection. Dès 1861, j'ai signalé, dans une communication à l'Académie de médecine, qu'à la suite des résections du coude pratiquées sur les enfants, le membre supérieur continue à s'accroître et que la différence de longueur des deux membres n'est mesurée, à peu de chose près, que par la longueur des os enlevés pendant l'opération. A la suite des résections du genou, au contraire, le membre ne grandit presque plus, et la différence va s'exagérant de tout l'accroissement du membre sain. Avant cette époque, on pratiquait un grand nombre de résections du genou, en Angleterre. Depuis, et quand on a vu des membres demeurer de 15 à 20 centimètres plus courts que leur congénère, on est revenu de cet engouement.

On peut rapprocher de la résection du genou celle de l'épaule, quand la partie d'os enlevée comprend le cartilage de conjugaison supérieur de l'humérus. Je dois ajouter cependant qu'à la suite des résections et même des lésions inflammatoires, on peut observer un accroissement en longueur du membre opéré, sorte d'hypertrophie compensatrice qui peut aller jusqu'au dixième ou au douzième de la longueur de l'os qui en est le siége. J'ai observé ce fait qui n'a pas encore été signalé sur les jeunes animaux et sur l'homme lui-même ; par exemple sur l'humérus, à la suite d'une résection du poignet.

Cet accroissement peut s'observer à la suite de toutes les mutilations, amputations, résections ou lésions inflammatoires. Il ne faut pas croire qu'il s'accompagne d'hypertrophie véritable ; au contraire. Aussi l'ai-je désigné sous le nom d'*allongement atrophique*. J'explique ce fait de la manière suivante : toutes les fois que l'on diminue la pression que les os exercent l'un sur l'autre, il y a des modifications dans la nutrition de ces os qui deviennent plus droits et plus longs. Paralysez un membre, vous obtiendrez cette modification. En reséquant le sciatique à un chat, j'ai observé que le tibia et le péroné s'allongent. Mais cet allongement, ainsi produit, ne se maintient pas; au bout de sept à huit jours survient l'atrophie par inertie fonctionnelle. Je n'ai pas encore pu vérifier ce fait d'*allongement paralytique* sur l'homme. J'ai cru pourtant intéressant de vous communiquer ces quelques résultats de mes expériences, qui viennent donner un nouvel appui à la théorie à laquelle je me suis depuis longtemps rattaché, la théorie de l'accroissement périphérique des os.

Nous avons donné une analyse détaillée de cette importante communication. Nous sommes donc forcé de mentionner plus brièvement les intéressantes communications qui l'ont suivie.

— Le docteur *Reliquet* lit une notice explicative d'un appareil-lit pour la lithotritie et d'un brise-pierre construits sur ses indications par M. Colin. Ces instruments ingénieux ont été récemment présentés à l'Académie de médecine. L'appareil-lit, au moyen de deux mouvements, l'un d'élévation, l'autre d'inclinaison latérale, que le chirurgien peut facilement imprimer d'une seule main durant l'opération, a pour but de faire que le point le plus déclive de la vessie se confonde avec le point de la paroi postérieure que touche le talon du brise-pierre. Celui-ci est une modification du lithotribe *porte à faux*. Il est caractérisé par la présence de dents transversales et alternes dans la fenêtre de la branche femelle, et l'engrènement parfait des dents des deux branches quand l'instrument est complétement fermé. Cette disposition empêche le brise-pierre de s'engorger comme le fait trop souvent l'ancien lithotribe.

— Le docteur *Papillaud* lit un long mémoire imprimé, encore inédit, intitulé : « De la variole, de la vaccine et de l'inoculation post-vaccinale. » L'auteur conclut des faits de sa pratique, que la vaccine, qui a une vertu préservatrice suffisante contre la variole sporadique, devient insuffisante contre la variole épidémique. La revaccination elle-même donne une préservation qui n'est ni complète, ni certaine, tandis que la variole apporte une préservation plus durable et plus complète. Appuyé sur ces faits, l'auteur préconise l'inoculation variolique pratiquée postérieurement à celle de la vaccine et que pour cette raison, il appelle post-vaccinale, inoculation qui, selon lui, complète et corrobore l'action prophylactique de la vaccine et met entièrement à l'abri des atteintes de la variole.

La brochure où l'auteur développe ces idées sera prochainement livrée au public. Les auditeurs de M. Papillaud devront attendre ce moment pour connaître les détails de son mémoire ; car l'organe de l'orateur n'est pas égal à sa bonne volonté, et nous eussions nous-même été fort embarrassé pour donner l'analyse de ce travail, si nous n'avions pu en consulter les épreuves.

Séance générale du 6 septembre 1872 (soir). — Présidence de M. Stas.

Communauté de la circulation sanguine; transfusion réciproque : M. Alphonse Guérin.

La grande salle du rez-de-chaussée de l'École professionnelle, où se tiennent les séances générales, est remplie par un nombreux auditoire. Un grand nombre de personnes étrangères à l'Association ont profité de la faculté qui leur est donnée d'assister aux séances générales. La présidence est donnée, par M. de Quatrefages, à M. Stas, directeur de la Monnaie de Bruxelles. M. le docteur Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, était inscrit sur le programme imprimé comme devant parler sur « quelques points de chirurgie pratique ». Ce titre un peu vague faisait présager à ceux qui connaissent l'éminent chirurgien la surprise d'une communication originale ayant trait à quelque découverte dans le domaine de la chirurgie. Cet espoir n'a pas été trompé. C'est, en effet, d'un sujet tout nouveau que l'orateur a voulu entretenir l'assemblée d'élite à laquelle il s'adresse. Il n'a pas cru devoir s'en tenir à une exposition de sa *méthode de pansement ouaté*, à laquelle il avait d'abord songé. C'est une primeur qu'il a désiré offrir à l'Association française.

La *communauté de la circulation*, tel est le sujet qu'il va traiter ; tel est le nom qu'il donne à sa découverte. L'orateur rappelle en quelques mots l'histoire de la transfusion du sang

et l'immense intérêt qu'elle provoqua dans le public à son origine. Des pamphlets, qui l'exaltaient ou la décriaient, parurent en grand nombre; la discussion devint si chaude, qu'un arrêt du Châtelet dut intervenir. La transfusion, il faut bien le dire, présente de réels dangers. Quelque perfectionnés que soient actuellement nos procédés et nos instruments, divers accidents peuvent se produire : c'est d'abord l'injection d'*air* dans les veines, amenant des accidents très-graves, souvent mortels; l'injection d'un *caillot* était aussi à redouter dans les premières opérations. Bischoff, en 1838, proposa, pour obvier à ce danger, la défibrination du sang injecté. Tous les chirurgiens ont depuis lors adopté ce procédé; mais est-on bien sûr qu'il est lui-même à l'abri de toute critique? Le sang ainsi privé de fibrine est-il propre à la nutrition? Assurément, il contient encore la partie la plus importante, les globules, qui peuvent aller réveiller les contractions du cœur. Ainsi est remplie l'indication primitive. Mais l'indication consécutive, qui consiste à fournir à l'économie épuisée un fluide réparateur, n'est-elle pas gravement compromise? En effet, la fibrine constitue la partie importante du plasma, celle aux dépens de laquelle se fait la nutrition des tissus : défibriner le sang, c'est lui enlever ses propriétés nutritives. Il y a plus : par la transfusion, c'est du sang veineux qu'on injecte. Ce sang noir, chargé de produits excrémentitiels, contenant de l'acide carbonique en excès, va être porté dans les poumons et exiger de ces organes une activité peu compatible avec la faiblesse de l'organisme. Cette activité doit être d'autant plus grande qu'on ne s'est pas borné à injecter de petites quantités de sang : la statistique de Belina indique qu'on est allé souvent jusqu'à plusieurs centaines de grammes. La lenteur de l'injection ne saurait empêcher le trouble qu'une pareille opération doit jeter dans les fonctions de l'hématose.

Depuis longtemps, poursuit M. Guérin, j'avais été frappé de ces inconvénients. La méthode que je propose, et que j'ai expérimentée sur les animaux, a pour but de les éviter. Elle offre, en outre, des avantages spéciaux qu'il est facile de comprendre. Et d'abord, par la *communauté du sang*, c'est le sang artériel doué de toutes ses propriétés nutritives et réparatrices que l'on injecte. Cette injection de sang artériel a été faite *dans les veines* par d'autres opérateurs. Elle n'échappe pas alors aux inconvénients signalés plus haut. C'est dans une *artère* que ce liquide doit être introduit si l'on veut se rapprocher le plus possible des conditions physiologiques. Le *bout central* de l'artère du sujet qui donne le sang est mis en communication directe avec le *bout périphérique* du sujet qui doit recevoir; le sang du premier arrive ainsi d'abord dans les capillaires, puis dans les veines et le cœur du second. Le premier organisme vient ainsi directement en aide au second organisme épuisé, et l'équilibre s'établit bientôt entre les deux torrents circulatoires. On pourrait comparer celui du sujet sain au *générateur* d'une machine.

Mais ce générateur s'épuiserait à son tour, et l'équilibre serait rompu dans un sens inverse si le second organisme recevait incessamment du premier sans rien lui rendre de ce qu'il lui emprunte. La nécessité d'une nouvelle communication vasculaire s'impose donc à nous, communication par laquelle le trop-plein qui se produirait bientôt puisse être évité. On arrive à ce résultat facilement, en abouchant le *bout périphérique* de l'artère appartenant au sujet sain au *bout central* de l'artère du sujet malade. Ainsi réunies, les deux circulations n'en font plus réellement qu'une. Chaque ondée sanguine partie du cœur de l'un d'eux va traverser la grande et la petite circulation de l'autre, pour être ensuite reportée à son point de départ. Cette circulation *réciproque* n'a pas besoin d'être depuis longtemps établie pour que le sang des deux sujets soit intimement mélangé, de telle sorte qu'en prenant un globule de ce fluide devenu commun, il serait impossible de dire lequel des deux l'a engendré.

M. Guérin n'expose pas là une vaine théorie. Il a fait des expériences : les premières, sur des génisses, dans un village de Bretagne; les secondes, à l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, sur des chiens. Dans l'une d'elles, la communauté de la circulation est restée établie près d'une heure. Il opère la communication entre les deux systèmes circulatoires, à l'aide de tubes de caoutchouc terminés par des canules, tubes dont les travaux de Marey ont depuis longtemps démontré la commodité pour l'étude des phénomènes de la circulation. L'élasticité du caoutchouc imite l'élasticité artérielle; aucune coagulation ne se produit, et nul accident ne vient troubler l'expérience. Il faut noter, en effet, qu'on n'a pas à craindre ici l'entrée de l'air, comme lorsqu'on opère sur des veines où la pression est souvent moindre que la pression atmosphérique, et où, par conséquent, peut se faire une sorte d'aspiration. Dans l'arbre artériel, au contraire, la pression étant toujours positive, un danger pareil ne saurait être redouté. Le manuel opératoire recommandé par M. Guérin pour l'introduction des canules est le suivant : On découvre l'artère dans une certaine étendue; on place une pince à pression continue à l'extrémité supérieure du vaisseau dénudé; on achève de vider par la pression le segment de vaisseau découvert, et l'on place une seconde pince à l'extrémité inférieure. Rien de plus simple alors que l'introduction des deux canules, suivant les directions indiquées dans l'exposition précédente.

Nous avons dit que M. Guérin n'a jamais vu se former de caillot; au cas même où il s'en produirait un, les conséquences ne seraient pas graves. L'embolie n'irait pas obstruer le cœur ou les poumons, comme dans l'opération de la transfusion ordinaire; elle s'arrêterait dans les capillaires généraux (ceux de la main, si l'on opère sur la radiale) et y produirait un désordre médiocre et tout local.

Dans aucune de ses expériences M. Guérin n'a eu d'accidents. Les chiens qu'il a employés sont actuellement en parfaite santé.

Tel est l'exposé de ce que M. Guérin appelle la *communauté de la circulation*, et qui serait plus exactement désigné, nous semble-t-il, sous le nom de *transfusion réciproque*.

Pareille opération a-t-elle jamais été tentée sur les animaux? Un passage de Brown-Séquard (*Journal de la physiologie*, 1858) pourrait, à première vue, le faire penser. Mais une lecture plus attentive montre que l'injection de sang artériel a été faite par cet auteur dans les deux sens, vers le cœur aussi bien que vers les capillaires. Cette manœuvre se distingue donc radicalement de la méthode du docteur Guérin. Ajoutons que l'animal a succombé.

En terminant son importante communication, l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu fait entrevoir les applications diverses qui pourront être faites de sa découverte, soit en physiologie, soit en pathologie. L'anémie n'est pas le seul mal qu'elle pourra combattre peut-être. Qui pourrait dire les effets qu'on obtiendrait en mettant ainsi en communion étroite durant plusieurs heures, durant même plusieurs jours, un organisme malade et un organisme sain? Mais ces horizons nouveaux sont encore bien loin de la chirurgie pratique, et il faudra une étude longue et approfondie faite dans les laboratoires pour que le médecin ose porter à l'hôpital les nombreuses et fécondes applications que l'esprit peut déjà prévoir. Au reste, M. Guérin continue ses expériences, et il invite les savants à le suivre dans la voie qu'il vient de tracer avec tant de sagacité.

Il est une difficulté qui s'est présentée à notre esprit. N'est-il pas indispensable, pour que la communauté de la circulation puisse être longtemps supportée, que le débit des deux cœurs soit exactement le même? Or, cette condition sera-t-elle fréquemment remplie?

Que notre maître éminent ne prenne pas cette simple remarque pour une critique. Nous avons été heureux de nous associer aux vifs applaudissements qui ont souvent interrompu sa communication, assurément l'une des plus importantes du Congrès. Qui oserait prédire à la *communauté du sang* un avenir moins brillant qu'au *pansement ouaté*?

N'est-ce pas un honneur pour la science médicale française que de fournir ainsi à nos voisins, si prompts à proclamer notre décadence, l'exemple de chirurgiens vieillis dans la pratique, arrivant à des découvertes thérapeutiques de premier ordre, par l'étude patiente des phénomènes physiologiques et par l'expérimentation?

Après M. Guérin, on a entendu successivement M. le lieutenant-colonel Laussedat, sur les « services que la science moderne peut rendre à l'art de la guerre »; M. l'abbé Durand, sur « le bassin de l'Amazone »; M. Janssen, sur « l'éclipse qu'il a observée dans l'Inde »; et M. Respighi, sur « les observations spectroscopiques du soleil ».

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

THÉORIE DE LA CHALEUR ANIMALE : M. DUPUY. — DYNAMISME DES HÉMISPHÈRES CÉRÉBRAUX : M. DE FLEURY. — DE LA FOLIE AU TEMPS D'HENRI IV.

Le programme étant très-chargé, il est décidé que, outre la séance du matin, il y en aura une seconde le même jour à trois heures de l'après-midi. L'absence de séance générale, due à une visite aux docks faite par les autres sections, rend cette seconde réunion facile.

M. le docteur *Paul Dupuy* lit un mémoire intitulé : QUELQUES DESIDERATA DE LA THÉORIE DE LA CHALEUR ANIMALE.

La question est envisagée à trois points de vue :

1° *Les actions chimiques.* — Ces actions se passent-elles principalement dans le sang, comme le pense le docteur Mayer et comme cherche à l'établir Frankland?

Celui-ci, se basant sur les résultats de l'ascension du Faulhorn par Fick et Wislicenus, montre que, vu la quantité de muscle sec brûlé, il n'y a eu qu'un nombre de calories cinq fois trop faible pour expliquer le travail mécanique. Si au lieu de s'en rapporter aux évaluations d'Heidenhain on prenait celles plus généralement acceptées d'Helmholtz sur le rapport qui existe entre les calories produites et le travail accompli, on arriverait à un écart exprimé par dix fois plus de calories exigibles, et que le poids de muscle consommé est incapable de produire.

Pour MM. Berthelot et Cl. Bernard, pour ce dernier surtout, le siége des actions chimiques est essentiellement l'élément anatomique, et dans le cas particulier la fibre musculaire.

Cela étant, il faudra que ces actions chimiques rendent compte du travail accompli qui, dans l'espèce, s'élève de 7 à 900 000 kilogrammes, en calculant d'après les évaluations d'Helmholtz.

Liebig, à cause de l'influence bien connue du régime azoté sur la puissance de la fibre musculaire, plaçait dans l'oxydation de cette fibre l'origine du pouvoir dynamique. Frankland, partant de vues tout à fait contraires, propose un régime gras et amylacé, comme condition favorable du travail mécanique. A-t-il oublié ce qui passe pour l'entraînement des boxeurs? Leur régime est l'antithèse de celui que propose Frankland.

2° *Métamorphose dynamique.* — La question donne lieu à une double alternative : conversion du mouvement moléculaire en mouvement de masse; conversion du mouvement de masse en mouvement moléculaire.

a. Conversion du mouvement moléculaire en mouvement de masse :

Pourquoi y a-t-il ici, dès le début, un contraste avec ce qui se passe dans les machines? En effet, dans celles-ci toute conversion en mouvement de masse implique un abaissement de température, et dans les muscles c'est précisément le contraire, comme le prouve l'expérience de Becquerel et Breschet sur la contraction musculaire.

D'autre part, les expériences de Matteucci démontrent que cette contraction, sollicitée par un courant électrique, donne lieu à une énergie 30 000 fois plus considérable que celle liée à l'action chimique d'où dépend le courant. Matteucci rapproche ce fait de ce qui a lieu pour les poudres fulminantes, car ici les 425 kilogrammes, équivalent mécanique de la chaleur, ne sont plus de mise. Or, ceci n'avance guère la question puisque, pour la matière brute, la question de l'équivalence mécanique est formellement réservée.

b. Conversion du mouvement de masse en mouvement moléculaire.

Ici on n'a guère invoqué que l'élasticité musculaire, rapprochant ou identifiant le muscle avec le caoutchouc au point de vue de l'action thermique, et l'on a négligé universellement, ou peu s'en faut, tout ce qui est relatif à la pression, au frottement, à la pression vive ou lente, au choc. Et ceci parce qu'ayant admis que la métamorphose des calories en pouvoir mécanique a lieu dans les muscles, on a voulu opérer la conversion inverse dans les mêmes organes. Aussi, dans l'exemple tant cité du condor se laissant choir de 4 à 5000 mètres de hauteur, on a dû supposer une cause occulte de refroidissement pour sauver l'animal des suites d'une imprudence qui accumulerait presque instantanément 120 calories dans son organisme, soit 10 calories par kilogr. d'animal.

3° *Aliments dynamophores.* — Les aliments dynamophores : thé, café, maté, alcool, coca, ont pour action commune, à l'exemple de l'arsenic, de diminuer les actions chimiques.

D'où la conclusion, que puisque dans les machines le pouvoir diminue avec l'énergie de la combustion, il doit en être de même chez les êtres organisés. Or, chose singulière, le pouvoir physiologique augmente malgré la diminution des actions chimiques.

Comment expliquer cette anomalie, ou plutôt ce démenti apparent à la théorie de la chaleur, considérée comme condition *sine qua non* de tout dynamisme, qu'il soit ou non physiologique.

Peut-on admettre la combustion de l'aliment dynamophore? Ou bien faut-il supposer qu'il agit sur le système nerveux à la manière de l'étincelle qui provoque l'explosion d'une poudre fulminante? Mais n'est-ce pas oublier, dans ce premier cas, l'action analogue de l'arsenic, et dans les deux qu'il faudrait une augmentation des actions chimiques. Or, celles-ci sont toujours diminuées.

Il y aurait donc à reconnaître que l'action physiologique, dans le cas particulier, tout en étant subordonnée nécessairement aux actions chimiques, n'en procède pas directement, et qu'elles sont une condition, une cause prochaine, et nullement une cause directe. Ainsi le fonctionnement cérébral, par exemple, ne serait plus une simple résultante de phénomènes purement chimiques, et dépendrait d'une activité propre de la cellule nerveuse. Or, c'est là un vrai démenti à la théorie de la chaleur animale, conçue comme la source de tout dynamisme; démenti qu'il faut faire disparaître au plus vite, car une métaphysique malintentionnée ne manquerait pas de s'en prévaloir et d'en tirer parti.

— M. *le docteur de Fleury* étudie et compare le dynamisme des deux hémisphères cérébraux. Serres et M. Broca ont depuis longtemps signalé l'inégalité fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, et les faits cliniques sont venus en grand nombre confirmer les idées qu'ils ont émises. Gratiolet a observé la même inégalité dans le développement du cerveau chez le fœtus. L'hémisphère gauche prime l'hémisphère droit. M. de Fleury explique cette inégalité fonctionnelle par l'inégale distribution du sang aux hémisphères cérébraux. Se basant sur les lois de physique qui régissent le cours des veines liquides et sur les résultats de mensurations nombreuses, il démontre que l'hémisphère gauche reçoit par la carotide une quantité de sang plus considérable que celle qui arrive à l'hémisphère droit. Les mesures prises sur les jugulaires viennent encore confirmer cette proposition.

L'auteur termine en insistant sur ce fait important au point de vue zoologique, que les mammifères des divers ordres ont un système artériel qui varie suivant les aptitudes spéciales des parties auxquelles se distribuent les vaisseaux.

— M. le docteur *Desmaisons* lit l'introduction d'un long mé-

moire intitulé : De la folie en Guyenne au temps d'Henri IV. La découverte d'un livre oublié a conduit l'auteur à faire de nouvelles recherches sur la folie à la fin du xvie siècle. Voici le titre de cet ouvrage : « *De animorum naturâ, morbis, vitiis, noxis, horumque curatione ac medela ratione medicâ ac philosophicâ* », auctore Petro Pichoto Andegavo medico Burdigalense. — Burdigalæ ex officinâ Simonis millangii Burdigalensium typographi. — Viâ Jacobeâ 1574. M. Desmaisons a reconnu que la question n'était pas restée étrangère à Henri IV, qui a eu sur ce sujet de longues conversations avec Montaigne. — Ce travail ne pourra manquer d'intéresser vivement et les médecins et les érudits.

— Le docteur *Leudet* (de Rouen) fait connaître une observation d'éphidrose unilatérale de la face, chez une femme névropathique; sueur occupant toute l'étendue des régions innervées par les deux premières branches du trijumeau, et coïncidant avec une amblyopie. Cette éphidrose se montrait subitement, sans chaleur ni rougeur sur les parties qui en étaient le siége, et sans que la malade se livrât à aucun mouvement.

Les sueurs limitées ont été observées assez souvent à la suite de contusions des nerfs (Valentin) ou de névralgies. Le docteur Leudet n'a pu réunir que trois cas semblables au sien, et dans lesquels cette sudation anormale ne s'accompagnait d'aucun autre phénomène. (Meschede, Oscar Bergen, Wiedemeister, in *Archiv de Virchow*). L'éphidrose observée par le docteur Leudet a été modifiée et notablement diminuée par l'usage des bains de mer.

M. le docteur *Laborde* rappelle une observation semblable, relatée récemment à la Société de Biologie par M. Baretty, interne des hôpitaux de Paris.

M. le docteur *de Ranse* a observé une dizaine d'années un cas d'éphidrose unilatérale de la face, chez une jeune fille. La sueur n'apparaissait qu'à la suite d'un exercice violent.

Séance du 9 septembre (soir). — Présidence de M. le docteur Bouillaud.

Effets de la vératrine : M. Bitot. — Sur le lymphadénome : M. Trélat. — Effets des sections nerveuses : M. Létievant.

M. le docteur *Bitot* lit un mémoire *sur l'emploi de la vératrine dans les affections cardio-vasculaires, non encore arrivées à la période de cachexie.* — A la suite d'expériences de laboratoire et d'observations cliniques, M. Bitot est arrivé à déterminer le mode d'action de la vératrine, et, les comparant aux résultats similaires obtenus avec la digitale, il déduit les conclusions suivantes :

1° La vératrine est un agent précieux contre les troubles cardio-vasculaires;

2° Elle convient surtout dans les troubles qui accompagnent l'hypertrophie fonctionnelle du cœur;

3° Elle est atonique et hyposthénisante (à doses physiologiques), par rapport au cœur, contrairement à la digitale;

4° A doses physiologiques, elle n'est pas spoliatrice comme la digitale. La continuité de son usage n'a donc pas les mêmes dangers;

5° Son rôle paraît être compensateur indirect. En suractivant la sensibilité et la contractilité de la vie animale, elle fait taire la suractivité morbide du système nerveux et des fibres contractiles de la vie végétative;

6° Son action est très-distincte de celle de la digitale; quand donc cette dernière sera impuissante, il faudra en appeler à l'autre;

7° De même que la digitale, la vératrine est contre-indiquée dans la période ultime des affections cardio-vasculaires, dans l'asystolie ;

8° Il y a lieu de l'expérimenter dans toutes les maladies qui affectent le système nerveux de la vie végétative.

M. le docteur *Laborde* rappelle les expériences de MM. Oulmont, Prévost, et de lui-même, sur la vératrine. Il pense que cette substance agit sur les deux systèmes musculaires. Les faits observés par M. Bitot étaient probablement des cas de palpitations nerveuses.

M. le docteur *Bitot* admet que la vératrine agit sur les deux systèmes musculaires, mais successivement, et non pas simultanément. Elle provoque ainsi une sorte de balancement entre l'activité de ces deux systèmes, balancement propre à rétablir l'équilibre troublé.

— M. le professeur *Trélat* fait une longue et intéressante communication *sur le lymphadénome ou lymphosarcome*. Il présente un tableau frappant de cette affection que des travaux encore très-récents viennent de mettre en lumière.

La parole vive et colorée de l'orateur ajoute encore à l'intérêt de ce nouveau chapitre de pathologie chirurgicale, auquel il a fourni lui-même d'importants matériaux. Si l'on a si longtemps méconnu la nature des lymphosarcomes, c'est qu'on ne connaissait pas le tissu normal d'où il dérive; le tissu adénoïde de His. — Après la description anatomique, M. Trélat passe à la description clinique, sur laquelle il insiste particulièrement; il précise les relations du lymphadénome et de la leucémie, et il esquisse le diagnostic que tant de chirurgiens croient encore impossible. M. Trélat indique la gravité du pronostic, et arrive ainsi à cette conclusion pratique, que dans le lymphosarcome il faut s'abstenir de toute intervention chirurgicale. (Voy. aussi p. 605.)

— M. le docteur *Létievant* (de Lyon) fait connaître plusieurs cas remarquables de sections nerveuses avec rétablissement par suppléance de la sensibilité et de la motilité. La première observation a trait à un cas de section complète du médian, faite dans un but thérapeutique sur un malade atteint de tétanos. Après quelques mois, la sensibilité et les mouvements dépendant de ce nerf apparurent de nouveau, bien que le nerf n'eût pas été régénéré. M. Létievant étudie ce phénomène, et croit qu'il y avait suppléance opérée par les nerfs restés indemnes, suppléance acquise et perfectionnée par l'habitude. Quatre autres faits de section du médian, un du radial et un du cubital ont été suivis des mêmes résultats. Voici les conséquences qu'il tire de ses observations :

1° On peut faire des réserves dans l'admission de la régénération des nerfs mixtes ayant laissé persister motilité et sensibilité;

2° Les chirurgiens devront être moins timides en face de cas qui demandent la névrotomie, puisqu'ils sauront que, malgré la section des nerfs, la motilité et la sensibilité persisteront et pourront acquérir par l'usage un haut degré de perfection.

Séance du 11 septembre (matin). — Présidence de M. le professeur Bouillaud.

Irritation spinale : M. Armaingaud. — Essence d'absinthe et iodure de potassium : M. Peyraud. — Contractilité physique; endosmose des gaz : M. Boulland. — Du glaucome : M. Le Fort. — Histologie de l'encéphale : M. Voisin.

Le docteur *Armaingaud* (de Bordeaux) fait une courte communication *sur le point apophysaire de Trousseau et l'irritation spinale.* Il distingue trois formes : *A*, l'irritation spinale hyperesthésique ou névralgique, polynévralgique, névralgique générale; *B*, irritation spinale névralgique et vaso-motrice; *C*, irritation spinale vaso-motrice. Au point de vue pratique, il est important d'attirer l'attention des praticiens sur l'existence du point apophysaire dans les névralgies. Il est justiciable d'un traitement local, consistant en applications révulsives dans la région spinale (vésicatoire, cautère actuel).

Un médecin espagnol, le docteur *Rubio* présente un mémoire dont les conclusions sont lues par M. Louis Lande,

secrétaire, vu l'accent inintelligible de l'auteur. Cette communication a trait *aux terminaisons des nerfs de la vie végétative.* L'auteur a observé d'abord sur l'intestin de la grenouille, puis sur le foie d'un homme affecté de gomme syphilitique. Le mode de terminaison constaté paraît se rapprocher beaucoup de celui qui a été décrit depuis longtemps par l'histologie moderne et tout récemment encore par M. le docteur Hénocque. Mais l'auteur espagnol, pressé du besoin de donner un nom nouveau à une chose ancienne, n'a pas hésité à lui imposer la dénomination pittoresque de *terminaison priapiforme.* Nous doutons que le langage scientifique ratifie un pareil choix.

— M. le docteur *Peyraud* a la parole *sur l'antagonisme de l'essence d'absinthe et de l'iodure de potassium.* Cette première substance a des propriétés épileptogènes puissantes. L'iodure de potassium annihile ses effets. L'auteur s'est livré sur ce sujet à de nombreuses expériences sur les lapins. Il signale une autre propriété, bien autrement importante de l'essence d'absinthe : c'est celle de détruire la matière glycogène élaborée par le foie; aussi en a-t-il retiré d'excellents effets dans le diabète sucré. Il a expérimenté le camphre qui a la même formule chimique, et il a constaté les mêmes effets salutaires.

M. *Rollet*, de Bordeaux, à l'occasion de cette communication, rappelle qu'il a depuis longtemps employé avec succès, contre l'épilepsie, la valériane associée à la thérébentine.

— M. *Boulland*, de Limoges, présente divers instruments de physique et les accompagne de longues explications, résumé d'un mémoire plus long encore qu'il dépose sur le bureau. Il est intitulé : *De la contractilité physique et de quelques autres propriétés que présentent les tissus non vivants de l'organisme animal et notamment de l'endosmose des gaz et des vapeurs.* » Les considérations techniques dans lesquelles l'auteur doit entrer à chaque instant font regretter qu'il n'ait pas cru devoir plutôt présenter son savant mémoire à la section de physique, bien plus compétente pour en apprécier la valeur.

—M. *Léon Le Fort* lui succède et expose brièvement la théorie du glaucome qu'il a déjà indiquée à la Société de chirurgie de Paris; elle se résume, on le sait, dans l'hypothèse d'un épanchement liquide existant entre la sclérotique et la choroïde dans une sorte de séreuse. La ponction et l'évacuation du liquide est la nouvelle méthode thérapeutique qui découle de cette conception; elle a été mise en usage avec succès par le docteur Le Fort dans un cas grave de glaucome aigu.

— M. le docteur *Auguste Voisin* fait une communication qui est le résumé d'études d'histologie pathologique dans la *folie simple* commencées depuis longtemps. Il ne s'agit pas de *paralysie générale.* M. Voisin montre un certain nombre de planches recueillies sur des cerveaux d'aliénés atteints de lipémanie, de folie sensorielle, de démence. Même dans les cas où la maladie est le résultat de causes essentiellement *morales*, il se fait des altérations des vaisseaux et des cellules. Dans un cas dont il montre le dessin, où la cause de la folie lypémaniaque était la perte d'une forte somme d'argent, il a trouvé des altérations athéromateuses des artères cérébrales, des dilatations ampullaires et des anévrysmes miliaires. Dans d'autres cas de lypémanie également de cause morale, les lésions sont nettement hypérémiques *sans prolifération de tissu conjonctif.* Il montre encore un certain nombre de dessins faits d'après l'encéphale de vieilles aliénées, dans lequel il s'est fait des lésions nécrosiques des vaisseaux et des cellules. Il ressort encore de la communication du docteur Voisin que toute sorte de folie et de délire peu se manifester chez le même malade et que la classification jusqu'ici adoptée de la lypémanie, manie, hallucinations, etc., n'est plus en rapport avec ces données scientifiques.

Cet important travail montre péremptoirement que la folie, ainsi qu'on l'a dit faute d'études suffisantes, n'est pas une affection *sine materia.* M. le docteur Voisin vient de rendre un service signalé non-seulement à la pathologie, mais encore à la philosophie.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1872 (SOIR). — PRÉSIDENCE DE MARIUS FAGET.

SCIENCE ET INDUSTRIE : M. ALEXANDRE LÉON. — SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE : M. LE FORT.

La présidence est donnée par M. de Quatrefages à M. Marius Faget, adjoint du maire de Bordeaux, qui a si gracieusement accueilli l'Association française à sa naissance.

M. Alexandre Léon traite de l'*Industrie des Landes de Gascogne, et des services que la science est appelée à leur rendre.* Après lui, M. Léon Le Fort monte à la tribune et fait une longue communication *Sur l'organisation du service de santé de l'armée et sur le rôle des sociétés de secours aux blessés en temps de guerre.* Nous n'entreprendrons pas d'en donner ici une analyse forcément incomplète, et qui serait d'ailleurs inutile. Ceux de nos lecteurs qui voudront connaître les idées développées avec talent par M. Le Fort les trouveront exposées complétement dans l'ouvrage qu'il a récemment publié chez M. Germer Baillière sur ce même sujet, et dont la Gazette hebdomadaire rendra compte dans le prochain numéro.

Les orateurs qui prennent ensuite la parole traitent de questions étrangères aux sciences médicales.

Hier, jeudi, a dû avoir lieu une dernière réunion de la section des sciences médicales pour les dernières communications qui n'ont pu être faites aujourd'hui, bien que figurant sur le programme. Ce sont les suivantes :

Docteur *Bouillaud.* — Du pouls.

Docteur *Laborde.* — De l'expérimentation physiologique comme fondement de la thérapeutique rationnelle. De la méthode expérimentale dans ce cas.

Docteur *Oré.* — Injections intra-veineuses.

Docteur *Fontaine.* — Du bain d'air comprimé (appareils).

Docteur *Léon* (de Rochefort). — Étiologie du scorbut.

Segay. — Du sphygmographe dans la cure des anévrysmes.

Docteur *Baudrimont.* — Digitale et digitaline.

Docteur *Gasquet.* — De la rage.

Docteur *de la Plaigne.* — De la rage.

A quatre heures, séance générale de clôture.

P. S. — Un télégramme nous apprend que l'Association a choisi Lyon pour siége de la prochaine réunion, en 1873. Le nouveau bureau est ainsi constitué : *Président*, de Quatrefages; *vice-président*, Wurtz; *secrétaire*, Levasseur; *trésorier*, G. Masson; *archiviste*, Friedel.

Samuel Pozzi.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Médaille a M. Chevreul. — M. *le Président* remet à M. *Chevreul* une médaille que lui offrent ses confrères de l'Académie.

Après quelques mots de M. le président Faye, M. Dumas, l'un des secrétaires perpétuels, a rappelé en beaux termes les services rendus à la science par le Doyen de la section de chimie et les grandes qualités de son esprit et de son cœur. M. Chevreul a remercié ses collègues en termes pleins d'émotion. C'est un beau spectacle et un grand exemple que vient de donner l'Académie.

Études sur le vin. — M. *Pasteur* fait hommage à l'Académie de la 2e édition de son ouvrage intitulé : Études sur le vin.

Chauffage des vins. — M. *A. Gargam* adresse une Note relative à un appareil pour le chauffage des vins.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. *Tarnier* présente un opuscule sur l'éducation physique, morale et intellectuelle de l'enfant, par M. le docteur *Siry*.

M. *Jules Guérin* présente une brochure de M. le docteur *de Valcourt*, intitulée : Impressions de voyage d'un médecin.

M. *Poggiale*, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports sur les demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources à Vals (Ardèche), pour l'usage médical.

Les conclusions favorables de ces rapports sont adoptées sans discussion.

Nouveaux procédés pour reconnaitre la présence et la nature des corps vulnérants métalliques engagés dans les plaies d'armes de guerre. — Un travail sur ce sujet, adressé le 16 juillet dernier à l'Académie par le docteur *Deneux*, de Saint-Calais (Sarthe), fournit à M. *Legouest* l'occasion d'un rapport excellent, auquel les batailles si meurtrières de la dernière guerre donnent encore un puissant intérêt d'actualité.

Le rapporteur insiste sur les difficultés que présente le plus souvent la recherche des projectiles profondément engagés dans les tissus ou solidement enchâssés dans les os. Ces difficultés proviennent surtout des anfractuosités du trajet, des déchirures des parties molles et des obstacles résultant de la présence de caillots sanguins, de détritus celluleux, d'esquilles osseuses, de lambeaux de cuir, de drap ou de linge, qui oblitèrent la plaie et s'opposent à l'introduction des instruments explorateurs. Un des meilleurs moyens de rendre l'exploration plus facile et plus sûre consiste à faire placer le blessé dans la position où il se trouvait au moment où il a reçu le coup de feu. C'est ainsi que M. Legouest, après une tentative infructueuse opérée par un de ses collègues de l'armée, est parvenu à découvrir l'éclat d'obus qui avait atteint le maréchal de Mac-Mahon, au commencement de la bataille de Sedan.

Le doigt indicateur est le meilleur des instruments explorateurs toutes les fois que la plaie est suffisamment large et que le projectile n'a pas pénétré trop profondément. Dans le cas contraire, on se sert d'une sonde de femme ou d'un stylet d'argent, dont le choc sur le projectile produit un son métallique significatif.

Dans ces derniers temps, on a eu recours à des instruments qui décèlent non-seulement la présence du corps étranger, mais encore sa nature; tels sont la pince tire-balle, le stylet-pince de M. Onésyme Lecomte et le stylet de M. Nélaton, terminé par un petit disque de porcelaine dépolie et rendu célèbre par la blessure de Garibaldi. M. Legouest remplace ce dernier instrument par un tuyau de pipe dont l'extrémité rugueuse s'incruste, par le frottement, d'une couche de la substance du corps métallique. Enfin, M. Fabre a proposé d'appliquer l'électro-chimie à la constatation des corps étrangers métalliques dans les plaies.

La nouvelle méthode imaginée par M. Deneux consiste à sonder la plaie avec un instrument muni à son extrémité exploratrice d'un petit bourdonnet de charpie imbibé d'une solution appropriée, qui puisse, au contact du corps métallique, déterminer une réaction caractéristique. Les réactifs proposés par M. Deneux sont l'eau acidulée, puis l'iodure de potassium ou le chromate de potasse pour déceler la présence d'un fragment de plomb; l'ammoniaque liquide, pour les éclats de cuivre ou de bronze; le cyanure de potassium et de fer, pour les projectiles de fonte ou d'acier. Dans les cas où l'exploration de la plaie est impossible, M. Deneux conseille d'employer ces mêmes substances en injections.

L'auteur cite trois observations à l'appui de sa méthode.

M. Legouest l'ayant expérimenté au Val-de-Grâce, sur des animaux, a reconnu que le procédé de M. Deneux est applicable aux projectiles de plomb, qu'il donne des résultats moins probants pour le fer, et des effets infidèles et douteux pour le cuivre, le zinc et le bronze.

Quant aux injections, qu'il a remplacées par l'immersion de la plaie dans des liquides appropriés, elles n'ont jamais donné lieu à des réactions caractéristiques.

Quoi qu'il en soit, les expériences de M. Deneux méritent d'être continuées et encouragées; car elles ouvrent une voie nouvelle au diagnostic souvent si obscur des plaies d'armes à feu. En conséquence, M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de renvoyer son mémoire au Comité de publication. (*Adopté.*)

A l'appui des considérations émises par M. Legouest sur la difficulté de retrouver les corps étrangers engagés dans les plaies d'armes à feu, M. *Chassaignac* rapporte, en peu de mots, l'observation d'un jeune homme dont l'humérus avait été fracturé par une balle, et qui, six mois après la résection du bras blessé, rentra à l'hôpital pour se faire extraire le projectile qui était resté engagé au niveau du coude et avait échappé d'abord aux investigations les plus minutieuses.

Avant ce rapport, M. Legouest avait demandé et obtenu le renvoi au ministre de la guerre d'un travail sur l'hygiène des pieds, dans lequel l'auteur, touché d'une compassion patriotique pour nos fantassins, émettait le vœu qu'il fût institué dans l'armée un corps de « soldats-pédicures. »

Pour clore la séance, M. le président *Barth* a communiqué à l'Académie les prémices d'une lecture qu'il se propose de faire en entier, mardi prochain, et relative à des variétés de dermatoses à peu près inconnues en France, et qu'il a eu l'occasion d'étudier dans un récent voyage en Illyrie. Afin de mettre l'auditoire en goût, M. Barth fait passer sous les yeux de l'Académie des planches coloriées figurant de nombreux spécimens de ces affreuses lésions.

A. Linas.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 14 AOUT 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

DISCUSSION SUR LES LYMPHADÉNOMES. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. *Panas* lit un travail sur les lymphadénomes. Nous donnerons l'analyse de ce travail dans le compte rendu de la prochaine séance.

M. *Giraldès* vient répondre à une question posée par M. Trélat : Faut-il opérer les lymphadénomes? Non, il faut renoncer à toute intervention opératoire. Tout se résume en une question de diagnostic; mais les éléments cliniques manquent pour résoudre cette question. Où prendre ces éléments? On ne peut pas invoquer l'anatomie pathologique d'il y a quelques années, parce qu'alors la structure du système lymphatique n'était pas connue. Il y a des exemples de lymphadénomes multiples dont l'unicité de la tumeur n'est pas un signe absolu. Il y a des exemples de lymphadénomes chez les enfants; l'âge des malades ne peut donc être invoqué pour le diagnostic. Jusqu'à ce jour, le diagnostic précis de la lésion ne peut être fait avant l'opération.

M. *Verneuil* demande qu'une commission résume l'état de la science sur cette question intéressante et publie un travail d'ensemble. Plusieurs membres appuient cette proposition.

La Commission sera composée de MM. Verneuil, Trélat, Giraldès, Panas et Lannelongue, rapporteur.

— M. *Le Dentu* lit une observation de luxation de la hanche datant d'un mois et réduite par les tractions élastiques au bout de trois quarts d'heure de traction. Il s'agissait d'une luxation iliaque chez une femme.

M. Le Dentu présente un décollement des épiphyses du radius et du cubitus à l'articulation du poignet.

— La Société de chirurgie entre en vacances; elle reprendra ses séances le premier mercredi d'octobre.

L. LEROY.

REVUE DES JOURNAUX.

Physiologie des nerfs pneumogastriques, par M. MASOIN.

L'auteur a eu l'idée d'examiner s'il existe une différence entre le pouvoir suspensif du pneumogastrique du côté droit et celui du côté gauche. Il résulte de ses expériences pratiquées sur des lapins, que l'action suspensive du nerf droit est plus forte que celle du nerf gauche. Dans une expérience où les deux pneumogastriques étaient coupés, le cœur battait 300 fois; après l'irritation du nerf gauche pendant une minute, ce chiffre fut réduit à 76, pour le droit le nombre descendit à 51. Cette distinction dans l'action des nerfs droit et gauche, appréciable dans son ensemble, ne peut encore être expliquée par la disposition anatomique de ces nerfs; et d'ailleurs il n'a pas été possible à l'auteur de déterminer, dans une partie donnée du cœur, une sphère d'action particulière pour chacun des nerfs. Le pouvoir suspensif ou coercition du cœur s'opère en masse. L'auteur a étudié sur le lapin; les moyens d'excitation des pneumogastriques, préalablement liés à une hauteur correspondante, consistaient principalement en faradisation par un appareil à induction. (*Bulletin de l'Acad. roy. de méd. de Belgique*, t. VI, n° 4, 1872.)

Travaux à consulter.

QUATRE OBSERVATIONS DE TRANSFUSION DU SANG, par le docteur LEISRINK. — Dans le premier cas, la transfusion de 3 onces et demi de sang fut faite chez un soldat épuisé par l'hémorrhagie, il y eut guérison; dans le deuxième cas, il s'agissait d'une fracture de la cuisse; le blessé était tellement affaibli par la suppuration, qu'on n'osait tenter l'opération; on transfusa 7 onces et demi de sang défibriné. Ce résultat fut d'abord très-favorable, mais le malade mourut. Dans le troisième cas, l'épuisement par suppuration et par hémorrhagie fut traité par la transfusion de 4 onces de sang; le malade, huit jours plus tard, était dans un état très-satisfaisant. On fit chez ce blessé une seconde fois la transfusion de 4 onces et demie trois semaines et demie après la première, et la guérison fut complète. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 7, 1872.)

INCLUSION FŒTALE DANS UNE TUMEUR SACRO-COCCYGIENNE, par le docteur F. BÖHM. — Considérations historiques, indications bibliographiques et description complète avec planches d'un cas d'inclusion fœtale. (*Berliner Klinische Wachinschrift*, n° 5, 1872.)

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE. KÉLOTOMIE SANS RÉDUCTION AVEC DÉBRIDEMENT EN DEHORS DU SAC. GUÉRISON, par le docteur Z. LANDE. — Cette observation doit s'ajouter à celles que le docteur Girard a rapportées dans son travail inaugural. (*Gazette hebdomadaire*, 1869, p. 143.) (*Bordeaux médical*, n° 14, 1872.)

DU ROLE QUE JOUENT LES BOISSONS ALCOOLIQUES DANS L'AUGMENTATION DU NOMBRE DES CAS DE FOLIE ET DE SUICIDE, par le docteur LUNIER. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

ÉTUDE SUR LA RÉDUCTION DES LUXATIONS ANCIENNES D'ORIGINE TRAUMATIQUE, PAR LES MACHINES, par le docteur C. GREMION-MENUAU. — A. Delahaye, Paris, 1872.

Ce travail renferme dix-huit observations, dont malheureusement la moitié sont des indications par trop sommaires. L'auteur conclut en faveur de l'appareil de M. Mathieu, avec lequel il croit devoir tenter la réduction chez tout malade qui n'aura pas subi de tentatives antérieures de même nature, quelle que soit la date de la luxation; à la condition, ajoute l'auteur, que les déformations consécutives à la lésion ne soient pas assez accentuées pour exiger un traitement long et pénible. La difficulté pratique est dans cette condition, et trois observations sur les neuf relatées complétement sont des exemples d'insuccès.

DE L'ALCOOL, SON ACTION PHYSIOLOGIQUE, SON UTILITÉ ET SES APPLICATIONS EN HYGIÈNE ET EN THÉRAPEUTIQUE, par le docteur A. MARVAUD. — V. Rozier, Paris, 1872.

L'intérêt qui s'attache à toutes les publications actuelles ayant pour but de montrer les dangers de l'alcool et de lutter contre l'abus des boissons alcooliques, n'enlève rien aux mérites d'un travail très-complet destiné à des médecins et qui démontre par des recherches étendues, empruntées à la clinique et à l'expérimentation que le médecin ne doit pas oublier que l'alcool est un médicament précieux.

La monographie de M. Marvaud présente pour le médecin et pour l'hygiéniste cet avantage qu'elle réunit des documents d'une haute importance, qui sont classés et résumés, de façon à épargner bien des recherches. Les effets physiologiques de l'alcool y sont traités à fond: l'action sur le sang, la circulation, la respiration, les conditions d'élimination de l'alcool, sont exposés avec l'aide des travaux les plus récents et la réunion de ces chapitres constitue une étude de physiologie pathologique des plus intéressantes. Les applications à la thérapeutique renferment des données très-complètes sur l'emploi médical et chirurgical de l'alcool. L'auteur ajoute à l'autorité des beaux résultats thérapeutiques signalés par Stokes, Béhier, Jaccoud, etc., des observations personnelles nombreuses, dont les particularités les plus importantes sont démontrées par vingt et une courbes thermométriques. Enfin, l'auteur ne craint pas d'accepter pour l'alcool un rôle véritablement utile et honorable en hygiène, comme aliment du travail et de la pauvreté. « Son double titre, comme dynamophore et comme antidéperditeur, assure à l'alcool un rôle considérable et précieux en hygiène alimentaire, comme excitant au travail et à la veille, comme agent d'épargne dans le régime des classes pauvres et comme stimulant puissant du travail. »

Ces conclusions de l'auteur sont appuyées sur l'étude des effets physiologiques; il les présente sans vouloir tenir compte des excès qui peuvent être la conséquence de l'abus de l'alcool; il laisse aux hygiénistes et aux économistes le soin de décider si les avantages obtenus par l'emploi de l'alcool ne doivent pas être de quelque poids dans la direction qui doit être donnée à la campagne entreprise avec tant de raison contre l'abus de l'alcool; mais, au point de vue de la thérapeutique, il ne semble pas admettre qu'on hésite à propager l'emploi de l'alcool, lorsqu'on en a étudié la puissance médicatrice.

L'alcool, dit-il, exerce sur l'organisme malade des effets plus ou moins complexes, variables suivant l'état morbide contre lequel il est dirigé, et suivant la dose à laquelle il est administré, mais dépendant surtout de son triple rôle physiologique: comme excitant du système nerveux cérébro-spinal, comme anticalorique, comme antidéperditeur. Il constitue un médicament utile et précieux, beaucoup trop délaissé aujourd'hui en thérapeutique, et dont l'emploi est indiqué rationnellement dans les phlegmasies et les pyrexies. C'est principalement quand il s'agit de combattre les troubles et les accidents dépendant, soit de l'adynamie, soit de l'élévation excessive de la chaleur fébrile, que l'alcool peut donner les résultats les plus avantageux pour le malade et les plus encourageants pour l'art médical.

D'après ses effets physiologiques et thérapeutiques, l'alcool peut être rangé, soit parmi les anesthésiques, soit parmi les antidéperditeurs (café, thé, coca, maté, etc). Il relie entre elles ces deux séries de médicaments. Sa place est donc indiquée parmi les nombreux agents de la médication antipyrétique.

VARIÉTÉS.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Inspection des pharmacies, drogueries et épiceries.

Messieurs,

J'ai lu avec intérêt le *Feuilleton* de votre journal du 16 de ce mois. Permettez-moi, en ma qualité de vétéran des jurys médicaux et des commissions d'inspection de la pharmacie, de vous exprimer ma manière de voir sur le sujet que vous traitez. En certains points, je partage votre opinion ; pour d'autres, je m'en éloigne.

Par toutes les bonnes raisons que vous donnez, l'inspectorat des pharmacies, des herboristeries, des drogueries et des épiceries est, ainsi que vous le dites, incontestablement légitime. Mais vous ajoutez que, sous sa forme actuelle, il est illusoire, prétendant que la loi du 21 germinal an XI ne prescrit qu'une visite par an et que, cette visite une fois faite, les délinquants peuvent ne pas être inquiétés le reste de l'année. Vous vous hâtez en même temps de reconnaître que cette loi prescrit de faire les visites *au moins* une fois l'an. Veuillez alors reconnaître aussi que ce n'est point la faute de la loi si l'on ne fait qu'une visite par année, et qu'il est facile de parer à votre objection. Le jury de l'Yonne, soit dit en passant, a exprimé plus d'une fois, dans ses rapports annuels, le désir d'avoir la faculté, d'après l'esprit de la loi, de renouveler sa visite dans le courant de l'année quand et là où il la jugerait nécessaire. Rien n'est plus facile ou trois membres de la Commission, quoi que vous en disiez, que de s'entendre à ce sujet pour se mettre promptement en mouvement, aussi bien dans les villes où il y a des Écoles de médecine et de pharmacie que partout ailleurs. Rien de plus facile encore que de faire ces visites à l'improviste et en tout temps, les Commissions étant autorisées ordinairement à opérer dès le mois de février.

Je ne vois pas comme vous d'inconvénients réels à ce que des pharmaciens soient contrôlés par des confrères de la même localité ; d'autant moins, que le médecin qui fait partie de la Commission dirige les opérations, en sa qualité de président de droit ; que tous sont choisis parmi les plus recommandables et que tous ont intérêt à justifier la confiance de l'autorité, afin que cette confiance puisse, à juste titre, leur être continuée. Puis, permettez-moi de le dire, vous faites erreur en alléguant que certains pharmaciens, devenus inspecteurs, se voient par cela même soustraits à l'inquisition, *selon votre expression*, qu'ils font sentir aux autres. Ces pharmaciens, contrairement à ce que vous avancez, sont inspectés et soumis à la taxe comme leurs confrères. Ce n'est donc point là, comme vous le supposez, une atteinte portée à l'équité non plus qu'à l'égalité professionnelle, qui ne peut, du reste, s'étendre à toutes choses, pas plus dans une branche que dans une autre.

Quant au reproche que vous faites à la loi de permettre qu'en cas d'insuffisance dans le personnel des pharmaciens de 1re classe, ce qui est extrêmement rare, on choisisse entre les plus dignes et les plus capables de la seconde classe, j'avoue que, dans ces conditions, on ne saurait encore accuser cette loi d'imperfection. D'ailleurs, si le cas se présente, on peut, pour la composition de la Commission, nommer avec un seul pharmacien, comme cela se fait souvent, deux docteurs en médecine, dont un avec le titre de chimiste, conformément aux instructions ministérielles du 24 avril 1859, relatives au décret qui régit la matière (décret du 22 août 1854).

En ce qui concerne la taxe imposée aux inspectés, je pense, contrairement encore à votre manière de voir, que cette charge n'est point injuste : la visite se faisant aussi bien, en général, dans leur intérêt particulier que dans celui de la société ; car elle a pour but, non-seulement de veiller sur la santé publique et sur les intérêts matériels de tous, mais encore de protéger le commerce, en déjouant les calculs d'une concurrence déloyale entre les commerçants honnêtes et ceux qui ne le sont pas. Seulement, il est à désirer que cette taxe ne soit pas uniforme pour tous, qu'elle soit proportionnelle, qu'elle soit basée sur l'importance du commerce ou sur le taux de la patente, ce que la Commission d'inspection de l'arrondissement d'Auxerre ne cesse de demander. Je ne sache pas davantage qu'il y ait des départements où les visites n'ont pas lieu et où l'exercice de la pharmacie est affranchi de tout contrôle, malgré les prescriptions formelles de la loi, en raison, dites-vous, de l'insuffisance du produit du droit de visite (chez nous il y a toujours un boni) et faute d'un bon vouloir de la part du Conseil général pour parfaire ce produit. En admettant le cas, le tort ne devrait encore être attribué à la cause que vous indiquez, une imperfection de la loi.

Enfin, vous dites que si vous ne regardez pas le concours comme aisément applicable ni comme bien utile dans l'espèce, ce que je crois avec vous, vous voudriez au moins que les fonctions d'inspecteur ne fussent pas monopolisées, mais qu'elles fussent, au contraire, accessibles à tous ceux qui en seraient dignes ; non, comme vous le dites fort bien, par le roulement qui ferait tomber en toutes mains des fonctions importantes, mais plutôt par l'élection ; et vous proposez à cet effet de réunir les votes des pharmaciens d'un département, soit par lettre, soit au moyen d'une assemblée générale. Ici, je ne suis point encore de votre avis. Pourquoi d'abord ce droit en faveur des pharmaciens, à l'exclusion de tous les autres commerçants qui, comme eux, sont intéressés à la chose? Pourquoi vouloir enlever inutilement à l'autorité ses prérogatives ; à l'autorité qui, pour être respectée, doit être forte et manque rarement de prévoyance? Ensuite, que deviendrait dans ce système la garantie d'indépendance morale que vous demandez avec raison pour l'inspecteur? Et pourquoi, quand ils n'ont pas démérité, cette mesure exceptionnelle et injuste serait-elle plutôt appliquée aux inspecteurs de la pharmacie qu'à tous autres? Enfin, la place est-elle réservée à une classe privilégiée? Pas le moins du monde. Elle est accessible à tous ceux qui en sont dignes, tel que vous le demandez ; seulement tous les confrères d'une même époque ne peuvent pas l'obtenir. Il faut pour cela qu'il y ait une vacance. Il en est de même pour toutes les places en général ; autrement, ce serait une véritable confusion. Poursuivons et laissez-moi parler avec franchise ; surtout ne m'accusez pas, je vous prie, d'être mû par de petites misères, au-dessus desquelles je me crois placé. Il importe beaucoup, même la question de justice réservée, que, suivant l'usage établi, on maintienne dans leurs fonctions les inspecteurs de la pharmacie, lorsqu'ils peuvent continuer de les exercer à la satisfaction générale. C'est un stimulus puissant et, par le fait d'une plus grande habitude des choses et des hommes, l'inspecteur, dans ce cas, est plus apte à remplir les fonctions délicates qui lui sont confiées, plus apte à bien renseigner les autorités administrative et judiciaire, à économiser un temps précieux, plus apte enfin à faire une sage distinction entre le délit par ignorance et celui commis avec intention, connaissant de longue date le degré de moralité de ses assujettis et sachant parfaitement alors sévir à propos ou user d'une plus ou moins grande indulgence, selon la position de chacun. Pour tous ces motifs, en procédant à l'égard des inspecteurs de la pharmacie comme l'on procède à l'égard de beaucoup d'autres fonctionnaires, les intérêts généraux sont entièrement sauvegardés. Dans l'hypothèse contraire, à chaque renouvellement le service laisserait à désirer plus ou moins et pendant un temps plus ou moins long, surtout à défaut d'encouragement.

Je termine en vous rappelant que qui veut la fin veut les moyens. Vous dites que vous avez sur ce point quelques vues particulières que vous désirez ne pas développer aussi incidemment ; je ne puis alors ni les combattre ni les approuver. En attendant, vous me permettrez de trouver bonne la forme actuelle de l'inspectorat.

Veuillez agréer, etc.

Dr Ed. Courot.

Auxerre, le 20 août 1872.

Réponse. — Nous regrettons que l'espace nous ait manqué (nos lecteurs le comprendront) pour insérer plus tôt la lettre de notre correspondant, et qu'il nous manque encore aujourd'hui pour reconnaître, par une réponse développée, le ton courtois et l'autorité du signataire. Sur plusieurs points, du reste, la question se résout par le sentiment plus que par l'argument. Ainsi M. Courot trouve bon que des pharmaciens soient contrôlés par des confrères de la même localité ; que les inspecteurs puissent être choisis parmi les pharmaciens de seconde classe ; que la taxe soit à la charge des inspectés (1). Nous sommes d'un avis contraire. On pourrait discuter longtemps, et autant vaut ne pas discuter du tout, dans ces termes-là.

Mais ailleurs l'argumentation de l'auteur est plus précise. Elle nous accuse d'abord, à mots couverts, de contradiction pour avoir *prétendu* que la loi de l'an XI ne prescrit qu'une visite d'inspection, par an et avoir *en même temps reconnu* que cette même loi prescrit une visite une fois l'an *au moins*. Il n'y a là de contradiction ni de fait ni d'apparence. Il est manifeste qu'une loi ordonnant de procéder à une opération au moins une fois l'an, ne la prescrit formellement qu'une fois, et que celui qui exécute une fois cette opération est en règle avec la loi. Et les choses se passent si bien ainsi, que le jury de l'Yonne, au dire de M. Courot lui-même, en est à exprimer

(1) Le fait que nous avons énoncé et que contredit M. Courot relativement à l'insuffisance de la taxe dans certains départements à population rare, et les conséquences qui en résultent, sont attestés par ceux qui sont le plus au courant des questions administratives (voy. Demogeot et Montucci, *Dictionnaire d'administration française*).

de temps à autre le *désir* qu'il en soit autrement. Or, « l'imperfection » de la loi, que n'aperçoit pas M. Courot, consiste précisément à amener ce résultat, et à l'amener sans la plus petite infraction. En un mot, la loi n'oblige les inspecteurs qu'à une seule visite ; ils n'en font qu'une, et c'est ce que nous trouvons mauvais.

Cela étant, il serait oiseux d'insister sur le plus ou moins de facilité qu'on trouverait à mettre en mouvement un certain nombre de fois dans l'année (comme il le faudrait, selon nous) les commissions d'inspection. En fait, les commissions ne s'assujettissent qu'à un déplacement ; et, quand elles *désirent* faire plus, il paraît bien que c'est inutilement.

Les pharmaciens devenus inspecteurs, assure notre correspondant, sont contrôlés et soumis à la taxe comme les autres. Soit ; mais par qui sont-ils contrôlés? N'est-ce pas par la commission même dont ils font partie? Voilà ce qu'il eût fallu dire, et c'est en vue de cette singularité que nous nous étions servi à dessein du mot *inquisition* (souligné dans la lettre ci-dessus), la visite d'un pharmacien dans l'officine d'autrui ayant bien un peu ce caractère en regard de la surveillance d'un pharmacien par lui-même. Si les choses se passent autrement, nous aurions été charmés de l'apprendre.

Enfin, ce que nous avons dit du mode de nomination à adopter pour l'inspectorat se plaçait évidemment dans la donnée actuelle de l'institution, qui soumet les pharmaciens au contrôle d'autres pharmaciens, leurs inférieurs quelquefois, au plus leurs égaux. Quoi qu'en dise notre correspondant, ce n'est pas ainsi que les choses se passent ailleurs. Dans l'ordre commercial, ce ne sont pas les bouchers, les boulangers, les débitants des halles qui inspectent les boucheries, les boulangeries et les étaux ; dans l'ordre industriel et scientifique un directeur de forges n'inspecte pas la mine du voisin et encore moins la mine qu'il exploite ; ni un principal de collége un autre collége ; ni un ingénieur de seconde classe les travaux d'un ingénieur de première. Partout l'inspecteur a une situation relativement élevée et telle surtout qu'il n'opère jamais sur son propre terrain. Que les inspections soient confiées, comme nous le demandions, « à des savants actuellement étrangers à la pratique et n'y ayant aucun intérêt », et nous pourrons nous mieux entendre avec M. Courot sur le rôle qui appartient à l'État dans une question d'hygiène publique.

École de médecine de Tours. — M. Millet, docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'accouchements, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique (chaire nouvelle). — M. Bodin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchements, en remplacement de M. Millet.

— M. le docteur B. Ball, agrégé à la Faculté, suppléant pendant les vacances du professeur Béhier, a commencé, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 4 septembre, des conférences cliniques qui seront continuées les mercredis et samedis, à dix heures du matin. La première conférence a eu pour objet : *La contracture et la paralysie hystériques.*

Jurisprudence médicale. — La Cour de cassation, sous la présidence de M. Faustin Hélie, a cassé l'arrêt de la Cour d'Alger, du 2 mai 1872, rendu au profit d'Abderrhaman, médecin indigène. « En Algérie, aux termes de l'article 11 du décret du 12 juillet 1851, les médecins indigènes ne peuvent exercer la médecine qu'à l'égard de leurs coreligionnaires. » (C. de cassation.)

Légion d'honneur. — Par décret en date du 14 août 1872, M. le docteur Ménière, docteur-médecin à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 29 août 1872, ont été promus ou nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : M. Robillard (Eugène-Robert), pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes.

Au grade d'officier : M. Verdier (Guillaume-Paul-Louis-Hippolyte-Pierre), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Saint-Martin.

Au grade de chevalier : M. Matieut (Victor-François), médecin civil à l'hôpital de Caen.

Nécrologie. — M. Quesnel, directeur du service de santé à Rochefort, un des médecins les plus distingués de la marine, vient d'être enlevé par une attaque d'apoplexie foudroyante.

— Nous apprenons avec douleur la mort de M. le docteur Maurice Duplay, médecin honoraire des hôpitaux, médecin du collége Chaptal.

— On nous annonce également la mort de M. le docteur Lesaunier.

— Un des employés auxiliaires chargés du recensement s'est amusé à faire une bizarre statistique. Profitant des renseignements recueillis par lui et de ceux que lui ont communiqués ses collègues, il a établi un tableau synoptique des infirmités de Paris. Un de nos reporters a pu consulter ce tableau, et voici les renseignements qu'il nous communique :

Il y a à Paris, en chiffres ronds : 1450 bossus ; 1100 manchots ; 1200 invalides auxquels manque une jambe ; 150 culs-de-jatte ; 50 malheureux dénués de nez ; 4800 aveugles. Total : 8750 éclopés, soit environ 1/205 de la population de Paris.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 24 au 30 août 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 4. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 5. — Fièvre typhoïde, 31. — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 31. — Dysentérie, 8. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 33 (1). — Choléra nostras, 2. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 260. — Affections chroniques, 331 (2). — Affections chirurgicales, 63. — Causes accidentelles, 10. — Total, 839.

— Le même, du 31 août au 6 septembre 1872 :

Variole, 1. — Rougeole, 10. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 33. — Typhus, 0. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 20. — Pneumonie, 33. — Dysentérie, 13. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 30 (3). — Choléra nostras, 2. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 234. — Affections chroniques, 343 (4). — Affections chirurgicales, 64. — Causes accidentelles, 21. — Total : 844.

Londres : Décès du 18 au 24 août 1872, 1274. — Variole, 15 ; rougeole, 12 ; fièvre scarlatine, 12 ; coqueluche, 35 ; fièvre typhoïde, 18 ; diarrhée, 197 ; choléra nostras, 12 ; bronchite, 63 ; pneumonie, 44.

Londres : Décès du 25 au 31 août 1872, 1236. — Variole, 8 ; rougeole, 15 ; fièvre scarlatine, 13 ; coqueluche, 34 ; fièvre typhoïde, 22 ; diarrhée, 156 ; choléra nostras, 13 ; bronchite, 72 ; pneumonie, 35.

(1) Dont 16 enfants au-dessous de six mois, 8 au-dessous d'un an, 9 au-dessous de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 331 décès, 146 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

(3) Dont 16 enfants au-dessous de six mois ; 6 de six mois à un an ; 8 d'un an à deux ans.

(4) Sur ce chiffre de 343 décès, 149 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Erratum. — N° 36, page 579, col. 1 et 2 : L'alinéa commençant par ces mots : *L'hypertrophie du cœur, etc.*, et les alinéas suivants, jusqu'au cinquième inclus, finissant par : *de Bright avec dégénérescence amyloïde?* doivent être reportés à la fin de l'article, page 580, finissant par ces mots : *des divisions de l'artère pulmonaire.*

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 19 septembre 1872.

DE LA THORACOCENTÈSE DANS LA PLEURÉSIE PURULENTE.

(Deuxième article.)

Nous avons résumé dans un précédent article les résultats de la discussion académique relatifs à la thoracocentèse dans la pleurésie séreuse ou séro-fibrineuse. Les indications de l'opération en pareil cas sont plus étendues qu'elles ne l'étaient il y a quelques années, avant l'apparition des trocarts capillaires aspirateurs; on opère plus souvent, avec plus de sécurité, avec moins d'appréhension du côté du malade et du médecin. Au fond cependant ces indications sont les mêmes.

Dans la pleurésie purulente, il ne s'agit plus d'une simple question d'opportunité. Du moment que la qualité du liquide est reconnue, il faut opérer, et dans tous les cas; l'existence même d'une fistule bronchique contre-indique très-rarement l'opération. En présence de cette nécessité, la question se réduit à choisir entre les différents procédés qu'on pourrait appeler rivaux. La discussion académique a suffisamment montré avec quelle ténacité certains inventeurs s'évertuent à discréditer tout autre procédé que le leur. Exagérer tous les inconvénients des méthodes étrangères, mettre en relief tous les avantages de sa propre méthode, s'étendre avec complaisance sur ses succès, rien de plus simple et, en même temps, rien de moins propre à faire véritablement avancer la question. Au milieu de ces assertions contradictoires, nous trouvons fort heureusement des appréciations indépendantes et libres de toute personnalité. Notre collègue M. le docteur Montard-Martin a publié sur la pleurésie purulente et son traitement un travail complet, où l'on rencontre avec satisfaction une critique calme, judicieuse et désintéressée, s'inspirant avant tout du désir d'arriver à des solutions bien nettes, et de déterminer des indications précises. C'est un guide précieux dans une pareille discussion; nous ne nous ferons pas faute de puiser dans son travail tout ce qui nous paraîtra propre à donner plus d'intérêt pratique à la question du traitement de la pleurésie purulente.

Et d'abord, peut-on reconnaître une pleurésie purulente? Quand celle-ci affecte la forme aiguë, le diagnostic précis est ordinairement impossible. On peut préjuger la nature de l'épanchement par l'examen des conditions dans lesquelles se trouve le malade (traumatisme, puerpéralité, convalescence des fièvres, etc.); mais quand la pleurésie purulente se déclare d'emblée chez un sujet antérieurement placé dans des conditions normales, il n'y a nulle base solide pour le diagnostic. L'œdème des parois thoraciques, qu'il faut chercher avec soin et particulièrement dans l'aisselle, est un signe de grande valeur, mais qui n'est pas constant.

On pourra craindre une pleurésie purulente dans les cas où la fièvre aura une grande intensité; où la dyspnée présentera une violence considérable, mal expliquée par l'abondance médiocre de l'épanchement, le peu de déplacement du cœur ou du foie, de refoulement du diaphragme. Tous les médecins savent, en outre, qu'il y a une forme qu'on pourrait appeler silencieuse de la pleurésie purulente; elle se traduit surtout, à certain moment de son évolution, par une fièvre quotidienne dont les accès peuvent passer inaperçus, par une anémie croissante, quelquefois par un œdème qui ne trouve son explication ni dans une lésion cardiaque, ni dans une altération rénale. Mais tous ces signes sont incomplets et aléatoires. Donc, et quelle que soit la répugnance qu'on ait pour la ponction, il faut absolument, en présence d'une pleurésie remontant à plus d'un mois ou six semaines et ayant résisté à un traitement approprié, recourir à une ponction exploratrice faite avec le trocart capillaire; c'est un moyen de diagnostic absolument inoffensif, au moins dans l'immense majorité des

FEUILLETON.

Les femmes médecins.

(Fin. — Voyez les numéros 34 et 35.)

Vers la fin du XVIe siècle se présente à nous la mystérieuse figure d'Oliva del Sabuco de Nantes Barrera. En 1587, parut à Madrid un ouvrage intitulé : *Nueva filosofia de la naturaleza del hombre, no conocida in alcanzado de los grandes filosofos antiques*, etc. Ce livre était signé dona Oliva Sabuco, et son apparition fit une vive et profonde sensation. L'auteur était une femme, mais quelle était cette femme : on la disait d'Alcazar, dans la province où Cervantes a fait naître son héros fantastique. Si l'on examine cet ouvrage avec attention, dit Chinchilla, on voit, dans les dialogues sur l'anatomie, que l'auteur était profondément versé dans la connaissance théorique et pratique de cette science dans les dialogues sur les passions, qu'il connaissait à fond tout ce qui a été écrit par les anciens, et qu'il possédait une connaissance très-exacte de la langue latine. Or, comment une femme avait-elle pu acquérir tant de savoir? Où et comment avait-elle étudié l'anatomie? Qui lui avait appris l'art des expériences physiologiques? De quelle Université avait-elle suivi les leçons? Au total, Chinchilla est porté à croire que cet ouvrage a été écrit par un médecin, et même par un grand médecin, qui a caché son nom sous un pseudonyme qu'il a immortalisé (*Ann. hist. de la méd.*, I, 303). Morejon n'est pas si scrupuleux, il accepte, sans la discuter, l'authenticité de la signature, et, pour prouver que les femmes sont capables de travaux scientifiques de l'ordre le plus élevé, il cite un certain nombre d'Espagnoles qui, dans le XVIe siècle, se sont fait un nom illustre dans les lettres (*Hist. bibl. de la méd. esp.*, t. III, p. 337. Madrid, 1843, in-8°).

La femme du célèbre Fabrice de Hilden paraît avoir été fort

cas, et qui donne une base solide à la thérapeutique ultérieure.

La nature purulente de la pleurésie est reconnue : point d'hésitation possible; le pus doit être évacué. Si le liquide a peu de consistance, ce qui est le cas le plus habituel, il coulera facilement par la canule du trocart capillaire aspirateur; si celui-ci se bouche, on peut rétablir l'écoulement, soit en repoussant dans la poitrine une petite quantité du liquide aspiré contenu dans le corps de pompe, soit en introduisant une petite tige mousse dans la canule, suivant l'appareil qu'on a employé. Mais si le liquide ne sort pas facilement, si le pus est épais, grumeleux, il n'y a point à hésiter, il faut substituer au trocart capillaire la canule à baudruche de Reybard, ou la canule adaptée à la pompe de M. Guérin. A l'aide de ce dernier appareil on a plus de chances d'obtenir un écoulement uniforme. Quant à vider complétement, absolument, la poitrine, nous n'y voyons pas grand avantage. Il nous paraît évident qu'il restera toujours, quel que soit le procédé employé, une certaine quantité de pus ou de fausses membranes infiltrées de pus. La canule ne peut plonger au fond des culs-de-sac pleuraux. En outre, si l'épanchement est ancien, le poumon bridé, que devient cette vaste cavité ainsi créée en quelques minutes? Donc, contentons-nous d'évacuer le pus qui veut bien sortir, de laisser au poumon, s'il est possible, la faculté de se dilater, et attendons. On sait que plusieurs observations de guérison après une simple ponction existent dans la science; c'est une chance qu'il faut laisser au malade.

Au bout de quelques jours, l'épanchement se reproduit-il, comme c'est le cas habituel ? Si le malade a été soulagé par la première opération, si son état n'est pas menaçant, à court délai, suivons la ligne de conduite tracée par M. Hérard : une nouvelle ponction est pratiquée ; le pus est de nouveau évacué; puis une injection iodée est pratiquée et laissée dans la poitrine. La liqueur de l'injection est ainsi formulée : Eau, 100 grammes; teinture d'iode, 40 grammes; iodure de potassium, 2 grammes. Des mouvements convenables sont imprimés au malade pour mettre autant que possible ce liquide injecté en contact avec tous les points de la plèvre.

Il est plus prudent de se mettre à l'abri du contact de l'air, bien que celui-ci n'ait pas tous les inconvénients dont on l'a chargé. Quant au choix du trocart, si le liquide a bien coulé à la première ponction, on peut se servir des trocarts capillaires, qui sont mieux acceptés et mettent plus facilement à l'abri de l'action de l'air. Le choix du trocart n'a donc pas un intérê considérable.

Le liquide se reproduit lentement; il est peu abondant; l'état général est bon. On revient à la ponction et à l'injection iodée dès que la plèvre est à moitié remplie. Dans ces cas, les plus favorables, des ponctions capillaires souvent répétées, avec injections iodées, me paraissent constituer un traitement rationnel dont les résultats devront être jugés par des observations ultérieures. Mais supposons une situation différente; après la deuxième ponction suivie d'injection iodée, l'épanchement se reproduit en quelques jours avec abondance; l'état du malade est mauvais. Ici encore point d'hésitation; il faut ouvrir au pus une issue facile par laquelle il puisse avoir un écoulement continu. Il faut qu'on puisse modifier la plèvre par des injections répétées. On ne saurait songer à répéter des ponctions insuffisantes, douloureuses, pouvant préparer des fistules. On n'a à choisir qu'entre la canule à demeure, le drainage ou la thorarotomie. Disons une fois pour toutes que tous ces procédés laissent à l'accès de l'air une voie plus ou moins facile, et nous croyons ici encore qu'en présence des indications majeures : écoulement facile du pus et modification de la surface sécrétante, il faut peu se préoccuper de l'introduction de l'air.

Quel que soit le procédé employé, l'emploi du siphon laveur de Potain donnera toujours d'excellents résultats; c'est l'accessoire presque obligé de toute opération destinée à tarir le foyer d'une pleurésie purulente.

Dès qu'on admet que l'entrée de l'air en pareils cas a peu d'inconvénients, on accordera la préférence aux procédés qui permettent au pus l'écoulement le plus facile. La canule à demeure a été fort usitée il y a quelques années; aujourd'hui sa faveur a beaucoup diminué. Si elle est en métal, elle gêne beaucoup le malade et peut blesser le poumon. Les canules de caoutchouc sont mieux supportées; on peut les munir d'appareils d'occlusion variés formant soupape, mais on sait à quoi s'en tenir sur l'effet définitif de tous ces appareils. Quoi qu'on fasse, l'air s'introduit plus ou moins entre la canule et les lèvres de la plaie. Les canules n'ont donc pas le privilége de mettre la plèvre à l'abri de l'air. En revanche, elles se bouchent facilement; il faut les changer fréquemment. Elles peuvent, dans certains cas, tomber dans la plèvre. Elles constituaient, malgré ces inconvénients, un procédé relativement bon il y a un certain nombre d'années; aujourd'hui on a mieux.

---

habile elle-même dans la pratique de la chirurgie. Tout le monde connaît l'histoire de la paillette d'acier qu'elle eut l'heureuse idée d'extraire de l'œil d'un patient, à l'aide d'une pierre d'aimant (Fabr., *Observ. cent.*, V, obs. 28). Voici un fait moins connu qui nous est rapporté par Fabrice lui-même. Un homme étant tombé à la renverse sur la garde de son épée, s'était brisé les neuvième et dixième côtes gauches, près de la colonne vertébrale avec saillie des fragments. Fabrice était absent, sa femme est appelée et trouve le malade dans un grand état d'anxiété : douleurs vives, gêne de la respiration, etc. : « Præparatis omnibus quæ ad operationem necessaria erant, confracta ossa feliciter in situm naturalem reposuit. Totum latus oleo rosaceo inunxit et cataplasma ex farina hordei, pulvere rosarum balanstiarum, nucum cupressi, gallarum et tormentillæ cum posca et ovo integro confectum applicuit; ferulas quin etiam et pulvillos prout ad ossa continenda necesse esse videbantur, apposuit, omniaque convenienti ligatura constrinxit, leviter tamen... Sequenti die venam secare jussit; de tertio in tertium diem fracturam deligavit et curavit. » Fabrice vit le malade au bout de dix jours, il allait très-bien, et en quatre semaines il était guéri (*Obs. cent.*, V, obs. 85). Voilà donc, à la fin du XVIe siècle, une femme prise en flagrant délit de pratique chirurgicale.

Haller cite un petit manuel de médecine (*Arzneybüchlein*, 1603, in 8) d'une Barbara Weintraubin, mais sans autre explication. Harless, dans son ouvrage sur les femmes savantes dans les sciences naturelles et en médecine, nous fait connaître un certain nombre de dames allemandes qui ont écrit divers ouvrages sur notre art. La duchesse Éléonore de Troppau a publié un livre de médecine (*Arzneybuch*), avec une diététique et des considérations sur la préparation des aliments pour les malades. Catharina Tissheim, mère et institutrice du savant philologue Janus Gruter, était très-savante en médecine et lisait Galien en grec. Helena Aldegunde de Nolde, qui vivait au commencement du XVIIIe siècle, s'est livrée à l'étude de la médecine, non pas empirique, mais rationnelle et pratique :

Ce mieux, c'est le drainage; nul aujourd'hui n'en conteste les avantages. La double voie ouverte au pus permet une issue plus facile. Le tube se bouche moins facilement; si un de ses points est oblitéré, il reste d'autres ouvertures pour donner passage au liquide. Les injections, les lavages se font commodément. Quoi qu'on en ait dit, le drain n'est pas un simple séton, même un léni-séton : c'est un moyen puissant de tarir la suppuration en permettant un écoulement continu.

Mais si l'on voulait discréditer cette excellente méthode, ce serait assurément en lui attribuant sur toute autre et dans tous les cas une supériorité écrasante qu'on y réussirait. Le drainage ne prévient pas les fistules, bien qu'il soit quelquefois un bon moyen de les guérir, ce qui n'est nullement contradictoire. Que dire aussi de l'influence attribuée au drain sur la délitescence des concrétions pseudo-membraneuses?

Il est incontestable qu'il y a des cas où le drainage, comme la canule à demeure, est insuffisant. L'amélioration passagère consécutive à l'évacuation du pus, par quelque procédé que ce soit, s'arrête. La fièvre revient; l'état général s'altère; la sueur, la diarrhée reparaissent. Combattus par des lavages plus répétés, des injections plus actives, ces accidents, après des alternatives de rémission et d'aggravation, deviennent persistants; le tube à demeure fonctionne à peine, et cependant il y a encore une large cavité suppurante. En pareil cas devra-t-on se résigner, avec la conscience d'avoir fait tout ce qu'il y avait à faire, d'avoir mis le malade dans les meilleures conditions, de guérison? Voyons. S'il succombe en pareilles circonstances, que rencontre-t-on à l'autopsie? On trouve souvent, comme de nombreuses observations en font foi, des paquets de fausses membranes qui ne sont nullement en voie de délitescence et auxquels il n'est tube ou drain qui puisse donner passage. Ces paquets de fausses membranes peuvent se putréfier, se gangrener, et ces altérations expliquent surabondamment l'état infectieux des malades. Donc, il y avait une dernière ressource en pareil cas : c'était cette opération de l'empyème, si opiniâtrément attaquée, si judicieusement défendue.

N'a-t-on pas vu dans cette discussion reproduire des statistiques anciennes faites pour discréditer complétement l'opération, sans tenir aucun compte de statistiques récentes, donnant les résultats les plus encourageants? Celle de M. Moutard-Martin porte sur 17 cas; il y a eu 12 guérisons; les 5 insuccès comptent un sujet tuberculeux et un autre chez lequel la plèvre était divisée en loges inaccessibles à tout procédé d'évacuation. Une pareille statistique eût été gênante pour les adversaires de l'empyème, et il valait mieux, à la plus grande gloire de l'argumentation, mettre en avant celles de Dupuytren, Astley Cooper et Velpeau, donnant 48 morts sur 50 opérés.

L'empyème n'est donc pas une opération désastreuse; c'est une ressource précieuse, la seule qui reste en cas d'insuccès des autres méthodes. Nous ne conseillerions pas de l'employer d'emblée dans tous les cas de pleurésie purulente constatée; mais elle nous paraît s'imposer au médecin toutes les fois que la vie du malade est en danger, à la suite de l'emploi d'autres procédés moins puissants et du drainage en particulier. On trouvera dans l'excellent travail de M. Moutard-Martin le manuel opératoire de l'empyème; on pourra, en s'y conformant, éviter les dangers dont la crainte a conduit un des orateurs à assimiler le bistouri du médecin à la serpette d'un malfaiteur, au point de vue, bien entendu, des accidents à redouter pendant l'opération. L'empyème seul peut donner issue aux produits volumineux dont la décomposition infecte le malade. Quant aux fistules consécutives, elles se sont produites cinq fois sur les douze opérés guéris par M. Moutard-Martin. Ces fistules peuvent se présenter à la suite de tous les procédés opératoires quels qu'ils soient, sans excepter le drainage. Le plus souvent, elles fournissent de temps en temps une petite quantité de pus, se tarissent et s'ouvrent de nouveau avec des alternatives plus gênantes que dangereuses pour le malade, qui finit souvent par s'en préoccuper beaucoup moins que son médecin, jaloux d'une guérison définitive.

Blachez.

REVUE CLINIQUE.

Chirurgie clinique.

De la résection de l'épaule par la méthode sous-périostée. — Nouveaux faits cliniques démontrant la reconstitution de l'articulation sur son type primitif, par M. le docteur Viennois.

(Suite. — Voyez le numéros 35 et 37.)

Nous donnons ici une autre observation inédite. L'opération a été pratiquée, il y a quatre ans, sur une jeune fille de quatorze ans, Marie Godde.

Obs. II. — *Résection sous-périostée de l'articulation de l'épaule pratiquée au milieu des accidents aigus. — Ablation de près de 7 centimètres de l'humérus. — Guérison. — Reconstitution d'une articulation*

elle a écrit l'ouvrage suivant que note Haller sans en donner l'analyse : *Medulla medecinæ, oder kurzer Begriff, wie man die Medecin recht gebrauchen soll* (Wohendorf, 1702, in-8). On trouve indiquée encore, dans la bibliothèque de médecine pratique de Haller, une demoiselle d'Auvergne auteur d'un *Recueil de secrets en médecine*, Paris, 1691, in-8. Il n'est personne qui n'ait vu un petit livre de madame Fouquet, publié en 1701, maintes fois réimprimé depuis, et traduit dans diverses langues, sur les *Remèdes faciles et domestiques choisis et expérimentés, etc.*

En Angleterre, Anna Wolley, qui s'est occupée de la préparation des aliments pour les femmes malades, a écrit un *Pharmacopolium muliebris sexus*, à la fin du XVIIe siècle. Élisabeth de Kent s'est aussi beaucoup intéressée aux questions relatives à la préparation des médicaments et des arcanes; on a fait paraître, sous son nom, en 1670 : *A Choise Manual, or Rare Secrets in Physik and Surgery.*

Au XVIIIe siècle jusqu'au milieu de celui dans lequel nous vivons, les femmes médecins deviennent de plus en plus rares; on peut cependant noter comme s'étant occupées de médecine à divers titres; en Angleterre : Catharina Bowles, femme d'un chirurgien, qui vivait dans la première moitié du XVIIIe siècle, et qui fit montre de connaissances très-étendues dans la chirurgie qu'elle pratiqua très-certainement, elle s'était fait surtout une réputation dans le traitement des hernies. La réduction opérée, elle appliquait un caustique, et après la chute de l'eschare, elle se servait du nitrate d'argent ou de l'huile de vitriol. Elle se mêlait aussi de la cure de l'hydrocèle par l'ouverture permanente de la poche. Ses idées sont contenues dans l'ouvrage qu'elle a publié contre Robert Houston : *An Answer to a Book intitled : the History of Ruptures and Rupture Curers by D. Rob. Houston*, Lond., 1726, in-8° (Haller, *Bibl. chir.*, II, 103). Miss J. Stephens ne nous est connue que par le remède contre la pierre qu'elle vendit si cher au parlement (5000 liv. sterl., ou environ 125000 fr.), et qui engendra une polémique assez vive. Nous ne saurions quitter l'Angleterre sans rappeler le nom de lady Worthley Montague, à qui l'on doit l'importation

nouvelle entre la cavité glénoïde et la portion d'humérus régénéré. — Forme parfaite du moignon de l'épaule.—Mouvement d'abduction limité par des brides cicatricielles.— Marie-Antoinette Godde, âgée de quatorze ans, entra le 4 mai 1869, salle Saint-Paul, n° 81 (service de M. Ollier). Dans les premiers jours de décembre 1868, elle avait eu pour la première fois des douleurs à l'épaule droite, au niveau du tiers supérieur de l'humérus. Elles vinrent subitement. Le lendemain, les mouvements étaient impossibles. Huit jours après le début, les douleurs s'irradièrent dans la main plus vivement la nuit que le jour. Vers le mois de février suivant, souffrances plus vives ; les révulsifs et les applications diverses ne firent aucun effet. Actuellement (22 mars 1869), il existe un gonflement de l'épaule droite, uniforme en dehors et en arrière, s'arrêtant en ce point au bord de l'aisselle et en bas ne dépassant pas l'insertion deltoïdienne. Les douleurs ne se font pas sentir directement au-dessous de l'acromion, mais au niveau des tubérosités humérales, à 3 centimètres plus bas. On peut faire exécuter de petits mouvements à l'articulation, sans douleur. L'articulation contient du liquide, car en saisissant le coude et en imprimant de petites impulsions saccadées à l'humérus, en haut, on s'assure qu'il n'est pas en contact avec l'omoplate. Aussi, grâce à cette distension de la capsule, l'humérus du côté malade paraît un peu plus long que l'humérus du côté sain. Cette circonstance, du reste, ainsi que la tuméfaction du moignon, empêchent de se rendre compte des dimensions réelles de l'os, qui théoriquement devrait être plus petit de quelques millimètres que du côté opposé. Le gonflement de l'épaule augmentant chaque jour et la fluctuation devenant superficielle, on fait le 18 mai une incision à la partie postérieure de l'épaule, dont il sort un pus abondant.

Le 22, vives douleurs.

Le 23, pouls à 140. Un stylet introduit pénètre au centre de l'articulation ; le pus s'écoulant difficilement et le gonflement du membre ne permettant pas de faire des contre-ouvertures favorables à l'écoulement du pus, M. Ollier se décide, malgré les symptômes aigus, à pratiquer la résection dans le but de faire disparaître, par une large ouverture de l'articulation, les accidents de l'étranglement des tissus et de la rétention du pus. M. Ollier pratiqua cette opération par son procédé ordinaire, le 23 mai. La malade avait le pouls à 140 ; mais elle était dans d'assez bonnes conditions générales et l'examen ne faisait pas reconnaître chez elle d'affections diathésiques (1). Dans le cours de l'opération, on reconnaît ce qui avait déjà été diagnostiqué : l'existence d'une ostéo-arthrite qui avait débuté par les tubérosités et qui avait été probablement limitée d'abord à la diaphyse. L'articulation était pleine de pus ; mais les cartilages, quoique ramollis, formaient encore une couche continue ; d'autre part, la ligne juxta-épiphysaire était plus altérée ; le tissu spongieux était imbibé de pus, et l'épiphyse se décollait facilement sur les points non encore envahis par la suppuration. On trouve des fusées purulentes en dehors de la capsule; on agrandit, pour faciliter l'écoulement du pus, l'ouverture postérieure correspondant au premier abcès, ouvert avant l'opération.

On applique un bandage silicaté.

Le soir, le pouls était à 130 et l'épaule douloureuse.

Le 24, on fend le bandage, on y pratique une fenêtre : douleurs vives; pouls 160 ; sueurs abondantes, langue jaunâtre.

(1) Au moment de l'opération, l'humérus sain avait 25 centimètres et demi ; le cubitus, 23 ; le radius, 21 et demi. La tuméfaction du côté malade empêchait d'apprécier exactement la longueur de l'humérus malade, comme nous l'avons dit.

Le 26, le pouls est à 120. La malade repose la nuit, mais elle souffre toujours de l'épaule ; le pus qui en sort a une odeur fétide.

Le 27, nuit bonne ; odeur moins infecte, on agrandit la fenêtre. (Purgatif.)

Le 28, pouls 128. Langue bonne, humide ; a eu deux selles la veille. A partir de ce moment, amélioration graduelle ; pas de frissons. Amélioration constante jusqu'au 18 juin.

Le 18 juin, la malade quitte l'Hôtel-Dieu avec un nouveau bandage silicaté immobilisant l'épaule et permettant à la suppuration de s'écouler. Elle part pour la campagne et revient le 8 août. On lui fait alors exécuter quelques mouvements. La santé générale est excellente, mais il s'était formé quelques abcès à la partie postérieure du bras et dans la fosse sous-épineuse, la malade ayant été privée de soins chirurgicaux réguliers pendant son séjour à la campagne. On ouvrit ces abcès, au nombre de trois, les douleurs et le mouvement fébrile qui survenait chaque soir disparurent complétement.

Le 25 août 1869, on constatait un commencement de régénération des os enlevés et une solidité de plus en plus grande de l'épaule. On sentait nettement, par la pression des doigts sous l'acromion, une masse osseuse de nouvelle formation. La malade repart pour son pays et reste trois mois sans revenir ; elle oublie, malheureusement, de mobiliser son articulation, comme M. Ollier le lui avait recommandé.

A cette époque (novembre 1869), on constate que les anciennes fistules sont taries ; mais qu'il s'est ouvert deux ou trois petits foyers, qui suppurent encore. Il n'y a plus de douleurs ; l'embonpoint est remarquable. On voit que la nouvelle articulation se reforme de plus en plus solide. Le deltoïde commence à se contracter énergiquement, mais l'écartement du bras est un peu douloureux à cause des deux trajets fistuleux qui se sont formés dans l'aisselle. Le tiraillement brusque de ces trajets occasionne de vives douleurs.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu pendant quelque temps. M. Ollier se propose de faire écarter graduellement l'humérus du tronc, au moyen de tractions avec des bandes de caoutchouc ; mais la malade repartit malheureusement presque aussitôt, à cause d'un érysipèle grave qui mit sa vie en danger, et s'en alla ensuite chez elle sans qu'on pût lutter efficacement contre cette rétraction des brides cicatricielles axillaires qui commençait à se former.

Elle est revue le 3 septembre 1870, alors complétement guérie. Tous les trajets fistuleux sont cicatrisés.

Enfin nous l'avons revue le 4 février 1872.

État de la malade au 4 février 1872. — La santé générale est complétement rétablie. C'est une fille forte et pleine d'embonpoint. Les fistules sont depuis longtemps cicatrisées. Elle se sert de son bras pour tous les travaux de ménage et des champs ; elle a autant de force que du côté sain, seulement les mouvements d'abduction et d'élévation du bras sont limités. Le moignon de l'épaule est aussi développé, aussi bien formé en tant que relief deltoïdien : en arrière, il est un peu aplati. Les cicatrices en arrière et en haut indiquent les foyers de suppuration antérieure. En pressant avec les doigts la région occupée par la tête de l'humérus, on constate la présence d'une tête de nouvelle formation, qui se distingue très-nettement de la portion ancienne, parce qu'elle tient à cette dernière par un col de 2 ou 3 centimètres de longueur et plus mince que la diaphyse humérale. Le col s'épanouit en haut en une tête aplatie à contours rugueux, dont on délimite la forme en avant ; elle s'articule solidement avec la cavité glénoïde et il est impossible de la faire chevaucher de bas en haut, maintenue qu'elle est dans cette cavité par des ligaments très-

en Europe de la pratique de l'inoculation, que son zèle contribua à propager. En Italie, la marquise Buttelini se livra avec ardeur, pendant le pontificat de Benoît XIV (1740-58), à répandre cette même pratique, et malgré d'énergiques résistances, elle inocula elle-même un grand nombre de personnes dans les États romains (Harless). Ici se place, et avec honneur, la célèbre Laura-Maria-Catarina Bassi, de Bologne. Entraînée par une vocation irrésistible, elle se livra dans l'université de cette ville à l'étude de la philosophie et de la médecine, et après avoir subi avec distinction ses examens dans ces deux sciences elle conquit le double doctorat en 1731. Elle paraît avoir exercé la médecine avec succès, mais on ne cite d'elle aucun écrit. L'Allemagne nous présente, vers le même temps, un autre exemple de femme docteur : Dorothea Christina Erxleben, fille d'un médecin ; elle prit à Halle ses degrés en 1754, et exerça la médecine avec beaucoup de succès. En France, Thècle-Félicité Du Fay entreprit à Montpellier de curieuses recherches de physiologie sur l'identité de l'électricité avec le fluide nerveux, et elle publia ses idées dans un ouvrage écrit en latin et intitulé : *Fluidum nerveum est fluidum electricum*, Montpellier 1750, in-4°.

L'époque contemporaine nous offre à citer quelques noms illustres : madame La Chapelle, mais qui n'est guère sortie de l'obstétrique proprement dite ; madame Boivin, à laquelle l'université de Marbourg envoya le diplôme de docteur, acte qui honore autant la faculté de cette ville que celle qui en était l'objet. Dans des conditions à peu près analogues, nous trouvons en Allemagne madame Th. Charlotte Heidenreich, fille adoptive de Damien de Siebold, qui, instruite par les leçons de son beau-père et par celles des Langenbeck, des Osiander, conquit, en 1817, à Darmstadt, le titre de docteur en accouchements. Sa mère, Regina-Josèphe Heiland, épouse en secondes noces du docteur D. de Siebold, était elle-même une sage-femme distinguée, et l'université de Giessen lui avait accordé le diplôme d'honneur de docteur en obstétrique. Enfin, nous ne terminerons pas l'époque contemporaine sans accorder

forts, très-résistants. Elle est très-mobile en avant et en arrière ; la malade porte la main à sa bouche et sur la tête sans difficulté ; mais, en dehors, les mouvements d'élévation directe sont peu étendus. En explorant l'aisselle, on voit qu'ils sont limités par deux brides fibreuses très-résistantes que M. Ollier se proposait de couper ; mais la malade s'y refusa, effrayée par le souvenir de l'érysipèle qu'elle avait eu à l'Hôtel-Dieu et très-satisfaite d'ailleurs du fonctionnement de son bras.

L'existence de ces brides qui unissent l'omoplate à l'humérus font que le mouvement d'élévation ne peut s'accomplir sans entraîner l'omoplate.

Quant à la longueur d'os récupérée par la reproduction : au moment de l'opération, 65 millimètres ont été retranchés de l'humérus malade ; en admettant que les deux os fussent égaux en ce moment, l'os sain devrait avoir aujourd'hui 80 millimètres de plus, car indépendamment des 65 millimètres qui représentent son excès de longueur, par suite de la résection de l'os opposé, il a grandi de 15 millimètres depuis l'opération, soit 8 centimètres de plus que celui du côté opéré (puisque celui-ci ne pouvait s'accroître, son cartilage de conjugaison ayant été enlevé). Or, l'humérus sain, de l'épitrochlée à l'angle postérieur de l'acromion, mesure 270 millimètres, et l'humérus du côté malade 235 millimètres. Il y a donc une différence de 35 millimètres entre les deux os ; mais, l'espace à combler étant de 80 millimètres, il y a nécessairement 45 millimètres de reproduits. D'autre part, nous constatons un accroissement de compensation sur le cubitus du côté opéré : il mesure 227 millimètres, tandis que celui du côté sain a 218 millimètres.

Quant aux mouvements volontaires, la contraction du deltoïde est très-énergique ; on le sent sous le doigt et on voit les faisceaux faire relief sous la peau lorsque la malade fait un effort ; malheureusement, ces contractions énergiques ne sont pas suffisantes pour écarter les coudes du tronc à plus de 15 centimètres sans entraîner l'omoplate. L'humérus est retenu par des brides cicatricielles qu'on sent dans l'aisselle. Les mouvements passifs ne sont pas plus étendus que les mouvements actifs. Les mouvements volontaires de rotation de l'humérus peuvent être constatés de la manière suivante : si l'on fait pencher le malade, après avoir immobilisé l'articulation du coude et du poignet au moyen d'une attelle, le malade fait exécuter des mouvements de rotation de l'humérus dans la cavité glénoïde. L'électricité localisée fait contracter les différents muscles rotateurs.

Cette observation présente des analogies avec la précédente, mais il y a aussi des différences intéressantes à constater. Le moignon de l'épaule a sa forme normale, le relief deltoïdien est très-bien accusé, et l'on ne croirait pas, à première vue, que plus de 6 centimètres de l'extrémité humérale aient été enlevés, tant la forme extérieure paraît normale. A la palpation, on distingue la partie reproduite qui, d'abord plus mince que le reste de l'humérus, se renfle ensuite et forme une tête aplatie qui s'articule avec la cavité glénoïde. Bien que l'épaisseur du deltoïde ne permette pas de se rendre compte de tous les détails de la structure, on peut reconnaître qu'il y a une véritable articulation de type énarthrodial entre la partie reproduite de l'humérus et la cavité glénoïde. En examinant l'aisselle, on constate deux brides fibreuses inextensibles, correspondant à d'anciens trajets fistuleux qui limitent les mouvements d'abduction. La reproduction a été plus belle dans ce cas que dans le précédent, à cause de l'âge de la malade (quatorze ans) et de la nature de la maladie (ostéo-arthrite subaiguë sans affection diathésique). Sur 65 millimètres enlevés, 45 millimètres ont été reproduits. Dans le cas de Gallien, il s'agissait d'une carie articulaire qu'un instant on avait crue tuberculeuse, et la santé générale avait été profondément altérée ; de là des conditions peu favorables qui ont favorisé la production d'une nouvelle arthrite deux ans après l'opération, et qui ont un instant fait craindre une généralisation tuberculeuse. Dans ce dernier cas, il n'y avait eu que 2 centimètres et demi de reproduits sur 6 enlevés.

Les détails que nous avons donnés sur la forme, la saillie, les mouvements du moignon de l'épaule et la consistance des tissus profonds démontrent d'une manière très-nette la reconstitution de l'articulation de l'épaule et les rapports des os entre eux. Chez Marie Godde, les deux moignons de l'épaule sont semblables quand les bras sont rapprochés du tronc. Il y a seulement du côté opéré un peu moins de distance entre l'acromion et l'insertion du deltoïde sur l'humérus ; mais même relief du moignon, même consistance charnue, quand on prend comparativement les deux moignons de l'épaule avec la main.

Chez Gallien, on sent aussi très-distinctement, comme nous l'avons dit, la nouvelle tête humérale renflée, sphéroïdale, régulière ; on la sent s'articuler solidement avec la cavité glénoïde. Dans ces derniers temps, l'atrophie momentanée du deltoïde, qui a été produite par l'immobilisation nécessitée par les douleurs de l'arthrite, nous a permis d'apprécier les rapports des os à travers les tissus amaigris, et l'on pouvait se rendre compte de l'articulation au point de vue anatomique.

Dans les deux cas, tous les muscles ont repris leur action plus ou moins énergiquement, il est vrai, mais on les retrouve par l'électrisation localisée. Dans les deux cas, les mouvements d'abduction du bras ne se trouvent limités que par des obstacles passifs, d'anciennes brides cicatricielles. Les mouvements imprimés n'ont pas plus d'étendue que les mouvements volontaires. Les surfaces articulaires de l'humérus et de l'omoplate sont complétement indépendantes, et si l'omoplate est entraîné dans les mouvements, lorsque l'abduction dépasse un certain degré, cela est dû à des résistances fibreuses extra-articulaires qu'une opération plus hâtive eût pu seule prévenir.

Dans l'article que M. Hénocque a consacré à la communication de M. Ollier, dans la Gazette hebdomadaire (12 avril 1872), il fait quelques réserves sur la reconstitution de l'articulation et la régénération des parties enlevées. Nous manquons en effet d'autopsie pour les résections de l'épaule, mais nous rappellerons que M. Ollier en a publié deux pour la résection du coude. On les trouve dans les Comptes rendus de l'Académie des sciences (juillet 1870). Ces deux faits, qui se rapportent

---

une mention à madame Brückner, veuve du médecin de ce nom, et qui, au commencement de ce siècle, se livra avec succès au traitement de diverses déviations et particulièrement du pied bot, à l'aide des appareils et autres moyens analogues (Harless).

II. Du doctorat des femmes. — La question de savoir s'il peut être permis aux femmes d'exercer la médecine n'est pas nouvelle, et, dans le siècle dernier, elle a donné lieu à quelques dissertations dans lesquelles elle a été résolue de différentes manières. Goelicke (*Hist. méd. univ.*, t. I, p. 267, Halle, 1717, in-12), parlant des filles d'Esculape, se plaint amèrement de ce que, depuis les temps les plus reculés, on a vu les femmes s'immiscer dans la pratique de la médecine, et aujourd'hui encore, ajoute-t-il, les praticiens luttent en vain pour les écarter du sanctuaire ; aussi regarde-t-il comme très-sage la loi des Athéniens (nous avons vu ce qu'il en fallait penser), qui leur interdisait l'étude de la médecine. Goelicke veut brutalement les renvoyer à la cuisine et à la quenouille (*ad culinam et colum*), pour lesquelles elles sont nées. Leur éternel caquetage, semblable à celui des oies (*anserum instar*), les rend indignes d'un art qui exige tant de gravité et de discrétion ; elles n'ont ni le jugement ni l'intelligence nécessaires à la connaissance approfondie de la médecine. Notre auteur a développé encore ces aménités dans une dissertation spéciale. Schacher, qui a écrit sur le même sujet, se montre plus courtois et plus juste. Ce qui distingue l'homme de la brute, dit-il, ce sont les trois facultés dont se compose l'intelligence, c'est-à-dire la mémoire, l'imagination et le raisonnement, et les femmes comprises sous l'appellation commune, homme ou genre humain, jouissent incontestablement des mêmes facultés ; les succès que quelques-unes d'entre elles ont obtenus dans les lettres, dans les arts, dans les sciences, sont de sûrs garants de ceux qu'elles obtiendraient en médecine ; et d'ailleurs, elles n'en sont pas à faire leurs preuves à cet égard ; l'histoire nous démontre que, dans tous les temps, il en est qui se sont fait un nom distingué dans notre art. Schacher complète la démon-

l'un à un jeune homme de dix-neuf ans, et l'autre à un adulte de quarante-neuf ans, sont venus démontrer que la régénération osseuse et la reconstitution des articulations se font chez l'homme de la même manière et dans les mêmes conditions que chez les animaux. Ce qu'il y avait de remarquable dans ces cas, c'était de larges protubérances latérales remplaçant les condyles de l'humérus et embrassant dans leur concavité le radius et le cubitus qui, grâce à un crochet olécrânien de nouvelle formation, embrassait l'humérus en arrière. Cette articulation, complète surtout chez le sujet de vingt et un ans, formait chez les deux opérés un véritable ginglyme, c'est-à-dire une articulation solide latéralement et très-mobile dans le sens antéro-postérieur. Les muscles détachés s'inséraient sur les apophyses nouvelles, de sorte qu'ils continuaient d'agir comme à l'état normal sur les mouvements de l'avant-bras. Du reste, tous les organes étaient à leur place, et il y avait dans les deux cas, à la partie postérieure de l'épitrochlée, une gouttière très-bien dessinée pour le passage du nerf cubital.

Doutrelepont a publié également un cas d'autopsie dans les Archives de Langenbeck, en 1869, dans lequel la reconstitution de l'articulation avait été aussi concluante (1).

La discussion qui a eu lieu tout récemment (avril 1872) à la Société de chirurgie nous montre qu'il règne encore quelque confusion dans l'esprit des chirurgiens relativement à la méthode sous-périostée. Nous avons été surpris surtout de voir quelques chirurgiens confondre la *section des tendons*, tout près de l'os, avec le *détachement des tendons*, en conservant les rapports et la continuité de ces organes avec la gaîne périostéo-capsulaire. Ce sont là deux pratiques radicalement différentes et qu'il est essentiel de bien distinguer. Dès que vous coupez un tendon, que la section porte plus ou moins près de l'os, du moment que cette section porte *en dehors* de la gaîne périostique, vous vous exposez à perdre les effets utiles du muscle, ou, ce qui est plus grave, à transformer un effet utile en un effet nuisible en changeant son mode d'insertion. Vous coupez, par exemple, le muscle triceps dans la résection du coude, comme tous les chirurgiens l'ont fait avant M. Ollier, et vous voyez alors le triceps remonter et se souder consécutivement, non au cubitus, mais à l'humérus lui-même, c'est-à-dire perdre complétement son effet utile au point de vue de l'extension. Au contraire, détachez les muscles ou les tendons non en dehors de l'enveloppe périostique, mais en dedans, en conservant la continuité avec la gaîne périostéo-capsulaire, en énucléant l'os, et vous aurez plus tard des muscles fonctionnant régulièrement. Il ne faut donc pas jouer sur les mots et comparer les résections anciennes dans lesquelles on a pu recommander de *raser* l'os, avec celle où il est du précepte essentiel d'*énucléer* l'os. Soit au point de vue immédiat ou opératoire, soit au point de vue consécutif ou physiologique, c'est-à-dire au point de vue de la reconstitution d'une nouvelle articulation, les résultats sont absolument différents. Le ménagement de la gaîne périostéo-capsulaire est le seul moyen de conserver régulièrement les rapports des muscles entre eux et avec les os qu'ils doivent mouvoir. Et ce n'est pas seulement pour obtenir la régénération des extrémités osseuses que M. Ollier la recommande. Cette pratique est relativement plus utile lorsqu'on ne peut pas attendre la régénération des os, parce qu'il est plus important alors de ménager le rapport des insertions osseuses et les moyens d'union de l'ancienne articulation.

(1) Une autre observation a été publiée depuis que ce Mémoire a été écrit par M. Jasseron (d'Oran), ou du moins a été l'objet d'un rapport très-circonstancié à la Société de chirurgie, par M. Paulet, professeur au Val-de-Grâce (juillet 1872). Nous y renvoyons le lecteur à cause de l'importance de ce nouveau document dans la question de la régénération des os chez l'homme.

Jusqu'à ces dernières années, les chirurgiens n'avaient jamais eu l'idée de mettre à profit cette gaîne périostéo-capsulaire. Si on l'a conservée quelquefois, c'est, comme le vit M. Ollier, sans le vouloir et sans le savoir, mais ces faits exceptionnels n'en sont pas moins intéressants. Il faut seulement aujourd'hui transformer en règle ce qui était autrefois l'exception, et la résection sous-périostée nous en fournit le moyen.

On a cherché à opposer les résultats de l'ancienne méthode à ceux de la nouvelle, mais on a oublié la précaution la plus essentielle qui consiste à comparer des cas comparables. Du reste, les chirurgiens qui ont soutenu cette thèse oubliaient un peu qu'en 1861 Malgaigne écrivait dans un *Traité de médecine opératoire* :

« L'extension active est abolie, le triceps ayant perdu ses attaches ; elle ne se fait plus que par la chute de l'avant-bras livré à son propre poids. » (Malgaigne, *Traité de médecine opératoire*, 7e édition, p. 235.)

Aujourd'hui, au contraire, par la méthode de M. Ollier, cette fonction est toujours conservée et l'extension toujours active. Il faut donc, quand on veut faire des comparaisons, les faire porter sur des cas comparables : 1° au point de vue de la lésion pour laquelle l'opération a été pratiquée ; 2° au point de vue de la longueur d'os enlevé ; 3° au point de vue de l'état général du sujet. C'est en oubliant ces conditions élémentaires de toute critique scientifique qu'on entretient la confusion et qu'on retarde la solution des questions les plus simples (1).

Les mêmes réflexions s'appliquent à la résection de l'épaule ; il faut comparer entre eux les cas dans lesquels on a retranché de 6 à 10 centimètres de l'humérus. En cher-

(1) Cette discussion de la Société de chirurgie a été l'occasion d'un article remarquable sur la résection du coude dans les cas traumatiques, par M. le docteur Muron, (*Gazette médicale de Paris*, 18 mai 1872.)

---

stration en passant en revue un certain nombre de ces célébrités de l'autre sexe (*De feminis ex arte medica claris*, Lipsiæ, 1738). Il y a une quarantaine d'années, Harless, dans un ouvrage fort savant, a donné la biographie de toutes les femmes qui se sont illustrées dans les sciences naturelles et la médecine ; nous lui reprocherons seulement d'y avoir admis une foule de sujets fort insignifiants et assurément fort indignes de l'honneur qu'il leur faisait, notamment des auteurs de traités sur l'art culinaire.

Différentes sectes politiques ou socialistes avaient, à plusieurs reprises, arboré le drapeau *de l'émancipation et des droits de la femme.* En Amérique, où, comme dans les autres pays occupés par la race anglo-saxonne, la jeune fille jouit d'une liberté qu'on lui refuse ailleurs, on tenta la réalisation de ce qui jusqu'alors était resté à l'état de formule, et quelques jeunes personnes se mirent courageusement à l'étude de la médecine. De là, le mouvement gagna tout naturellement l'Angleterre, d'où il s'étendit en Suisse, dans quelques parties de l'Allemagne, en Russie, puis en France, et une polémique très-vive s'engagea sur ce sujet. On a fait valoir comme principal argument en faveur du doctorat des femmes, que la plupart de celles-ci ne trouvent pas dans le travail une rémunération suffisante pour répondre aux nécessités de l'existence ; que les hommes ont envahi, dans le commerce par exemple, une foule de positions qui étaient l'apanage naturel de l'autre sexe. Ce dernier fait est incontestable, et je n'ai pas à rechercher ici les causes qui l'ont amené. Quant à l'insuffisance du salaire, cet argument est exclusivement applicable aux *ouvrières* proprement dites, qui n'ont pour subsister que le gain provenant de leur travail quotidien. Ici il y a assurément beaucoup à dire, et surtout à faire ; mais cela ne regarde nullement les jeunes personnes qui voudraient aujourd'hui se livrer à la profession médicale, car cette prétention suppose une position sociale et une fortune qui les placent à l'abri du besoin ; on sait ce que coûte l'acquisition des connaissances préliminaires, dites humanités, ce que coûtent les études médicales ; celles-ci durent quatre

chant dans les observations anciennes, on voit que dans ces conditions là le membre reséqué est privé de la presque totalité de ses mouvement de l'épaule. L'humérus reste flottant et ne s'articule pas avec la cavité glénoïde. Le chirurgien se déclarait satisfait parce que le malade se servait un peu de sa main et remuait son avant-bras. Mais ce sont là des résultats dont on ne peut plus se contenter aujourd'hui ; la résection de l'épaule doit non-seulement sauver la vie du malade ; mais elle doit lui rendre une véritable articulation de l'épaule, moins parfaite sans doute que l'articulation primitive, mais comme elle de type énarthrodial, avec des ligaments solides et une ceinture de muscles énergiques et régulièrement insérés. La conservation de la gaîne périostéo-capsulaire est le seul moyen, nous le répétons, d'obtenir ce résultat.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Association française pour l'avancement des sciences

(Correspondance de Bordeaux.)

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1872 (1). — PRÉSIDENCE DE M. BOUILLAUD.

CAUSE DU SCORBUT : M. LÉON. — PINCE TRACHÉOTOMIQUE : M. LANDE. — RAGE : M. GASQUET. — INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE CHLORAL ET DE STRYCHNINE : M. ORÉ. — OXYDATION DE L'ACIER DANS L'ORGANISME ; L'EXPÉRIMENTATION MÉDICALE : M. LABORDE. — SPHYGMOGRAPHE DANS LES ANÉVRYSMES : M. LEGAY. — DIGITALINE : M. BAUDRIMONT. — INSTITUTIONS D'HYGIÈNE PUBLIQUE : M. ARMAINGAUD. — PAIN FABRIQUÉ A L'EAU DE MER : M. LISLE.

Dans cette séance s'est renouvelé un inconvénient qui avait apparu déjà dans les séances précédentes, et qu'il serait important d'écarter à jamais de ces sortes de réunion. C'est celui de transformer un congrès en clinique, par des communications sur le traitement de diverses maladies internes ou externes. Cet inconvénient a certains côtés périlleux qu'il n'est pas besoin de spécifier ; et il va de soi d'ailleurs que des réunions dont le but spécial est de stimuler et de répandre les connaissances scientifiques, et *auxquelles le public est convié*, ne sont pas faites pour des cours de médecine pratique.

— M. le docteur *Léon* (de Rochefort) fait lire une note : CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTIOLOGIE DU SCORBUT, dans laquelle, s'appuyant sur l'exemple fourni par les événements survenus en 1867 à bord du *Castiglione*, il attribue le scorbut au défaut d'alimentation végétale.

— M. le docteur *Louis Lande* présente *une pince* de Trousseau pour la *trachéotomie*, modifiée, d'après ses indications, par M. Gendron, fabricant d'instruments de chirurgie, et M. le docteur *Laborde* insiste sur les avantages de cet instrument.

— M. le docteur *Gasquet* lit en son nom et au nom du docteur *de la Plaigne*, un mémoire sur *la rage*, dans lequel cette affection est assimilée à l'épilepsie. Cette lecture, il faut le reconnaître, est assez mal accueillie, et, après une discussion à laquelle prennent part MM Armaingaud, Oré, Marmisse, Laborde, Gasquet et de la Plaigne, on passe à l'ordre du jour.

— M. le docteur *Oré* expose l'ensemble de ses recherches sur les *injections intra-veineuses*. Les lecteurs de la GAZETTE pourront suivre toute la série de ces importants travaux dans nos comptes rendus de l'Académie des sciences. M. Oré, avec une remarquable facilité de parole, montre comment il est arrivé à doser mathématiquement l'action du chloral et de la strychnine, suivant les voies d'absorption et les quantités mises en usage ; et quelle diversité, soit dans le mode, soit dans la rapidité d'action, on observe suivant que l'on fait varier tel ou tel facteur de l'expérimentation. Il fait remarquer l'importance du chloral comme agent anesthésique, et rend évidents les avantages que l'on peut retirer de cette méthode et de cet agent dans leurs applications thérapeutiques. Combattant les opinions de Liebreich, il montre dans quelles conditions le chloral peut être à juste titre considéré comme l'antidote de la strychnine ; enfin, il s'élève contre l'opinion du physiologiste allemand, et, avec preuves à l'appui, renverse sa théorie de la transformation du chloral en chloroforme et formiate de soude.

Cette communication, bien *enlevée*, comme on dit, frappe et émeut M. Bouillaud, qui saisit l'occasion de revendiquer les droits de la science française, et, en témoignage de son admiration, il lui donne un baiser sur la joue de M. Oré, aux applaudissements répétés de l'assistance.

— M. le docteur *Laborde* présente, à l'appui de ses idées sur l'*oxydation de l'acier dans les tissus vivants*, une aiguille qu'il doit à l'obligeance de M. Pozzi, interne des hôpitaux de Paris. Cette aiguille a séjourné quinze ans dans le sein d'une jeune fille, M. le docteur Richet l'a extraite dernièrement, elle est à peu près complétement oxydée (1).

— M. *Laborde* résume ensuite un travail très-complet « sur l'*expérimentation physiologique* comme fondement de la thérapeutique rationnelle, et de la méthode expérimentale dans ce cas ». — M. Laborde étudie en particulier l'ésérine et le bromure de potassium, et formule les conclusions suivantes :

(1) Nous devons le compte rendu de cette séance à notre ami M. le docteur Lande, secrétaire de la section des sciences médicales, qui a mis à notre disposition son procès-verbal. Forcé de quitter Bordeaux avant le dernier jour, nous avons eu recours à son obligeance, pour laquelle nous le prions de recevoir nos vifs remercîments. SAMUEL POZZI.

(1) La GAZETTE a eu la primeur de ces études (voy. 1871, p. 605, où nos lecteurs trouveront tous les développements nécessaires).

---

ans, pendant lesquels il faut vivre, payer les inscriptions, les examens, etc. ; le doctorat ne donne pas immédiatement la clientèle, et ici encore il faut vivre, et dans des conditions de tenue et d'apparence qui puissent inspirer de la confiance au public. Ainsi, dès le début, une certaine aisance est indispensable pour entreprendre une profession qui est loin de répondre toujours aux espérances de ceux qui l'ont embrassée ; comme l'a fait observer un journal anglais, on ne doit pas laisser une jeune personne tenter une pareille expérience, si elle n'a pardevers elle les ressources nécessaires pour le cas où elle viendrait à échouer. Ce serait, ajoute-t-il, une cruauté que de compromettre ainsi l'avenir de quelques jeunes filles audacieuses. Elles devraient savoir que les praticiens qu'elles voient dans une brillante position sont les heureux et les forts ; elles ne font pas attention à ceux qui végètent dans une situation obscure et presque misérable, ou qui ont été obligés de changer de profession, d'entrer dans le commerce, dans l'industrie, dans l'agriculture, dans l'Église, etc. Qu'elles réfléchissent sérieusement à ces chances aléatoires, et qu'elles se décident (*Brit. and For. Rev.*, t. XLV, p. 26 ; 1870). Enfin, on peut dire encore, avec Montanier, dont nous allons bientôt citer un assez long passage, que l'aisance nécessaire pour entreprendre la carrière de la médecine « mettra toujours une femme raisonnable au-dessus du besoin, et lui permettra de vivre honorablement dans une sphère modeste, où il lui sera toujours facile d'être une honnête femme et une honnête mère de famille ». D'après une remarque fort curieuse que nous trouvons dans le *British Journal*, trois médecins vivaient à l'aise, eux et leur famille, dans une certaine localité ; l'un d'eux vient à mourir, et il est remplacé par une jeune doctoresse non mariée, qui réussit très-bien et accapare ainsi le gain qui faisait subsister une famille, c'est-à-dire une *mère* et ses enfants (*Brit. Journal*, 1870 ; t. I, p. 338). Où est ici l'avantage pour les femmes ?...

Vient maintenant la grande question d'égalité physique et morale de l'homme et de la femme, et du rôle que celle-ci est appelée à remplir dans la société. Il est évident que sous

1° L'expérimentation physiologique est nécessaire, indispensable pour l'édification d'une thérapeutique rationnelle. 2° Sans l'étude expérimentale préalable de l'agent chimique destiné à faire partie ou à être rejeté de la matière médicale, on est et l'on reste dans l'empirisme. 3° Rechercher et déterminer l'action élective de la substance végétale ou minérale par une application exacte et définitive de la perturbation fonctionnelle qu'elle occasionne, tel est le but essentiel de cette étude préalable. 4° Cette action déterminée quant à sa localisation organique et quant à son mode n'est pas autre que l'action physiologique propre de l'agent chimique : elle révèle l'application de cet agent à la thérapeutique, c'est-à-dire l'indication qui a trait au choix du médicament. 5° La méthode qu'il convient de suivre pour réaliser cette recherche et cette détermination doit être appropriée autant que possible au but qu'elles se proposent : l'application raisonnée et sans danger des résultats obtenus à l'homme lui-même. 6° Introduction de l'agent chimique dans l'organisme par les voies physiologiques naturelles, et autant que possible par des procédés qui imitent le mieux les procédés de la nature. 7° Essai expérimental sur les organismes de l'échelle animale qui se rapprochent le plus de celui de l'homme. 8° Choix du principe immédiat s'il existe, fixation préalable de la dose efficace physiologique, et de la dose toxique, base de la physiologie thérapeutique. 9° Contrôle clinique.

— M. le docteur *Legay* lit un mémoire sur le *sphygmographe* dans la cure des anévrysmes, et pose les conclusions suivantes : 1° Le sphygmographe de Marey donne des indications précises dans la cure des anévrysmes, et guide le chirurgien dans le choix des divers modes de compression. 2° Le sphygmographe l'encourage à persévérer ou à modifier le mode opératoire suivant les tracés que lui fournit cet instrument. 3° Le sphygmographe, soit en précédant les notions que fournit le témoignage des sens, soit en contrôlant ces mêmes données, soit enfin en fixant par le dessin les tracés graphiques que nous révèle l'observation, doit être désormais un moyen de diagnostic indispensable pour tout chirurgien qui se trouve en face d'un anévrysme.

— M. le docteur *Baudrimont* lit un important mémoire sur la *digitale* et la *digitaline*, dans lequel il expose ses recherches chimiques sur la digitaline et les moyens d'isoler cet alcaloïde, et le résultat de ses expérimentations physiologiques avec la digitale et les différents produits dérivés qu'il en a extraits.

— M. le docteur *Armaingaud* dépose un mémoire destiné à l'une des séances générales : De nos institutions d'hygiène publique, et de la nécessité de les réformer. Comme conclusion, il émet le vœu « que l'Association française pour l'avancement des sciences nomme une députation qui sera chargée de prier l'Académie de médecine de Paris de nommer une commission spéciale qui, réunie au Comité central d'hygiène publique de France, soit investie de la mission de préparer un projet de loi sur la réorganisation de nos institutions d'hygiène publique; projet de loi qui sera envoyé, par l'Académie, à la réunion des médecins membres de l'Assemblée nationale. »

— M. le docteur *Lisle* dépose une note sur Le pain fabriqué avec l'eau de mer et de son influence sur notre organisation, et présente plusieurs échantillons de pain ainsi fabriqué.

— M. le docteur *Bouillaud*, président de la section, regrette que l'abondance des travaux communiqués à la section ne lui ait pas permis de lire son propre travail sur Le pouls a l'état normal et anormal. Il se plaît à signaler l'importance et le haut intérêt des travaux présentés.

— M. le docteur *Laborde* exprime les regrets éprouvés par tous les membres de la section qui sont privés d'entendre la parole autorisée de leur vénéré président. Il remercie M. Bouillaud d'avoir bien voulu honorer la section de sa présence et accepter la lourde charge de la présidence. (*Unanimes applaudissements.*)

Lande.

En terminant ce compte rendu, nous ne devons pas oublier de mentionnner les excursions qui ont été faites à Arcachon, aux Eyzies, à la pointe de Grave. Ces excursions n'offraient pas seulement l'attrait du plaisir, mais aussi celui de la curiosité scientifique, notamment aux Eyzies, où ont été recueillis les spécimens les plus curieux de l'industrie des troglodytes, et qui ont donné à M. Broca l'occasion d'une très-intéressante conférence.

Enfin, après la clôture du Congrès, grâce à la générosité de l'administration du chemin de fer du Midi, un certain nombre de membres ont pu se rendre jusqu'à la Bidassoa.

Congrès médical de France (4e session à Lyon).

(Correspondance de Lyon.)

C'est dans le superbe palais de la Bourse (sis rue de Lyon, ancienne rue Impériale) et dans la vaste salle de la Société des sciences industrielles, qu'à midi, le 18 septembre, s'est réuni le Congrès médical de Lyon. M. Diday, président de la commission d'organisation, reçoit avec une grande affabilité les confrères qui, en grand nombre, viennent prendre part à ces assises scientifiques. Nous avons le regret de ne pas compter encore beaucoup de nos confrères parisiens. Un seul, autorité chirurgicale indiscutée, M. le professeur Verneuil, a été exact au rendez-vous; nous espérons bien qu'il ne sera pas le seul,

---

le nom de femmes nous ne comprenons pas ces êtres androgynes, ces viragos que nous avons vues dans ces derniers temps venir, avec des cris d'énergumènes, réclamer pour le sexe auquel elles disaient appartenir, une *émancipation* dont leurs personnes et leurs doctrines donnaient un bien triste spécimen ; nous ne parlons que de la vraie femme, de celle qui, par ses sentiments de pudeur et de réserve, se montre véritablement digne de ce nom. Ici nous ne saurions mieux faire que de citer tout au long d'excellentes observations insérées par notre regretté collaborateur Montanier, dans la *Gazette des hôpitaux*, en réponse à un écrit de madame Gaël sur cette question. « La nature, dit Montanier, quoi qu'en disent certaines femmes et les esprits forts, a tracé à la femme son rôle et le lui impose forcément. Elle est surtout destinée à être épouse, mère, et à vivre dans l'intérieur, en s'occupant presque exclusivement des soins du ménage et de la famille.

» Mais si la femme peut et doit embrasser une carrière qui lui permette de rester chez elle ; alors même qu'elle a une certaine aisance elle doit fuir ces carrières nomades qui la tiennent sans cesse éloignée de sa famille et toujours par monts et par vaux. La carrière médicale est particulièrement de cet ordre, et il est impossible qu'une femme médecin soit épouse et mère.

» Une correspondante de madame Gaël l'a parfaitement compris, et elle veut que les femmes médecins restent célibataires. Notre auteur lui-même accorde sans peine qu'elles ne pourront pas nourrir leurs enfants. Si bien que, pour atteindre un but assez peu utile, il faudrait vouer toute une classe de femmes au célibat ou les empêcher d'accomplir ce noble but de la femme et le complément de la maternité, c'est-à-dire l'allaitement de ses propres enfants. Que ferait alors, je vous le demande, une femme médecin?

» Et pourquoi exige-t-on de pareils sacrifices? Madame Gaël invoque la pudeur des femmes, toujours froissée par l'examen auquel se livre le médecin dans les maladies ordinaires, et froissée et humiliée surtout dans l'examen des maladies spé-

et que dans quelques jours le corps médical du grand Paris sera représenté par un personnel plus nombreux. Par contre, les médecins de Lyon et du département, ceux des régions limitrophes, ont montré un grand empressement. De pays plus lointains aussi quelques confrères sont arrivés, pour prouver les liens qui les unissent toujours à la science médicale française : parmi ceux-là on me montre MM. Lombard (de Genève), De Méric (de Londres), Pacchiotti (de Turin), Backewel (de Leicester), et quelques autres dont les noms m'ont échappé. Au total, l'assistance est nombreuse, puisque M. le docteur Achille Dron, le zélé secrétaire général de la commission organisatrice, a enregistré 123 adhérents dans cette première journée.

A midi et demi la foule était placée.

M. Diday, malgré les douleurs que lui faisait éprouver une hydarthrose du genou, avait voulu souhaiter la bienvenue à ses confrères. Il déclara ouverte la quatrième session des Congrès médicaux de France. Son discours d'ouverture, que nous ne reproduirons pas en entier, et cela sur sa demande, a été accueilli par de vifs applaudissements qui étaient pour lui la juste récompense des efforts qu'il dut faire depuis plusieurs mois pour organiser cette grande réunion.

« La première parole que vous deviez entendre, dit-il, est une parole d'amicale bienvenue, de chaleureux remercîments pour l'empressement que vous avez mis à répondre à notre appel. Mais vous vous tromperiez sur l'étendue de notre reconnaissance et sur l'importance de l'œuvre à laquelle vous venez participer, si vous pensiez que seul je vous accueille, que seul j'aie à vous faire les honneurs de l'hospitalité lyonnaise...... L'initiative du Congrès n'appartient ni à un homme ni même à une seule société. Tout ce que notre ville compte de voué au culte des sciences, les douze corps savants, libres ou officiels, ont travaillé avec une égale ardeur à l'entreprise dont nous voyons aujourd'hui la réalisation.

» Au nom de la commission d'organisation, au nom des autorités préfectorale et municipale qui ont prêté le plus bienveillant et le plus généreux appui, au nom de la chambre du commerce qui a si libéralement mis un vaste local à notre disposition, à vous tous, étrangers et Lyonnais, salut et merci! »

M. Diday développe alors toutes les ressources que la ville de Lyon peut offrir à un public médical : l'exposition universelle, les musées, les deux bibliothèques, mais surtout les cinq hôpitaux qui, à divers titres, veulent être visités, l'école vétérinaire, etc., toutes choses qui suffiront à remplir avec profit les matinées des membres du Congrès.

M. Diday rappelle que pour ces excursions diverses nos confrères lyonnais, qui vivent sur « une terre où la confraternité fleurit à l'égal de la science », nous offrent une inépuisable complaisance et qu'ils briguent tous, M. Diday s'en porte garant, qu'ils sollicitent tous le plaisir de devenir des camarades pour nous.

A côté de ces attrayantes perspectives, il ne faut pas oublier les devoirs pour lesquels le Congrès est assemblé. Il faut montrer combien Lyon est digne d'une destinée médicale plus élevée que celle qui lui a été faite jusqu'à présent; il faut prouver combien cette institution des Congrès, malgré ses détracteurs, a de charme et d'utilité. On serait mal venu, d'ailleurs, pour critiquer les Congrès; car en ce moment, de toutes parts, leur réveil semble marquer le réveil de notre vie intellectuelle : Aujourd'hui, l'exposition de Lyon, le Congrès des vignerons; hier, le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences à Bordeaux; demain, l'exposition de Vienne et le grand Congrès médical qui doit marcher de pair avec elle.

Parmi tous les devoirs qui nous sont imposés aussi dans ces Congrès de médecins, il en est un qui est imprescriptible, qui les prime tous, devoir sacré, le devoir envers la patrie. Plus elle est malheureuse, plus nous devons la servir avec passion, et plus nous devons chercher à la guérir. C'est avec cette préoccupation que la commission d'organisation a fait le choix des questions du programme : les grandes épidémies, les épizooties, l'infection syphilitique. « Si la France a besoin d'être prête, profitons des épreuves passées pour réorganiser les secours que pourraient nécessiter des épreuves nouvelles. »

En terminant, M. Diday fait appel à toute l'ardeur de ses confrères; il sollicite la discussion, qui est le vrai but de ces réunions.

La première séance s'est terminée trop tard pour que nous ayons pu en recevoir le compte rendu. Elle a été remplie par la lecture de plusieurs mémoires sur la question de la variole et de la vaccine, et permet de présumer que le Congrès de 1872 ne sera pas stérile et qu'il aura au moins autant de retentissement que celui de 1860.

A. Legroux.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Séance trimestrielle et annuelle. — M. *le Président* annonce à l'Académie que la quatrième séance trimestrielle de l'Institut aura lieu le mercredi 2 octobre, et la séance publique annuelle le vendredi 25 octobre. Il invite l'Académie à désigner ceux de ses membres qui devront la représenter comme lecteurs dans ces deux séances.

---

ciales au sexe. Ce sentiment, très-naturel, empêche beaucoup de femmes de se confier à un docteur; et laisse au mal le temps de faire des progrès irrémédiables. Cela est vrai, mais voyons si l'on peut atteindre ce but, nous verrons ensuite si ce ne serait pas à un prix beaucoup trop élevé. Aux objections qu'on lui adresse, madame Gaël répond qu'il ne faut pas s'alarmer, que la femme médecin sera toujours une exception fort peu nombreuse; qu'il faut trop de courage et d'abnégation pour que la carrière médicale tente beaucoup de femmes, et que celles-là seules l'embrasseront qui auront une vocation spéciale et irrésistible. — Cela est parfaitement vrai, et cet argument ruine justement toute la thèse.

» Si vous ne devez avoir qu'un très-petit nombre de femmes médecins, elles ne rendront pas les services que vous leur demandez, ou ce sera sur une si petite échelle, que quelques favorisées seulement pourront en profiter. Que feront cinquante, cent femmes médecins pour soigner, comme vous le désirez, toutes les femmes et tous les enfants? Il y a en France vingt mille docteurs environ; il faudrait donc au moins dix mille femmes remplaçant dix mille médecins. Sans cela, vous aurez quelques femmes médecins établies dans les grands centres de population. Si, pour être logique, vous demandez dix mille médecins femmes, à quel prix pourrez-vous les avoir? Je laisse de côté, pour l'instant, la question de mariage et de maternité, et l'on conviendra qu'il n'y en a pas de plus grave en ce moment où la France, entre autres causes, se dépeuple et par le célibat et par la mortalité des enfants mis en nourrice.

» La femme a son rôle bien tracé dans la nature : celle-ci lui a donné une constitution et un tempérament adaptés à son but. Les femmes ne me contrediront pas si je dis qu'elles brillent surtout par le cœur, par la tendresse, l'amour, la douceur, la timidité et une retenue qui n'est guère le partage de l'autre sexe... Eh bien ! pour faire une femme médecin, il faut commencer par détruire tout cela ; lui faire perdre la sensibilité, la timidité, la pudeur; l'endurcir par la vue des

CONCRÉTIONS URINAIRES. — *Sur une nouvelle espèce de concrétions urinaires du bœuf.* Note de M. *G. Roster.* — Un vétérinaire de Pietra Santa (Italie) avait fait l'observation, il y a quelques années, que des bœufs de la contrée émettaient de temps en temps avec les urines des calculs qui avaient l'apparence bien différente de ceux que l'on trouve chez les herbivores. La maladie avait été observée chez les bœufs qui travaillaient le plus, et à qui l'on donnait pour fourrage de jeunes tiges de maïs en fleur.

L'observation microscopique faite sur des fragments et sur la poudre fait voir une masse de cristaux, dont quelques-uns intacts, en forme de prismes à quatre pans, transparents, tantôt très minces, tantôt plus gros, dont les extrémités se terminent par deux faces comme dans l'acide hippurique. On voit aussi des cristaux qui ont de l'analogie avec les cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. L'examen chimique a montré que ces concrétions urinaires étaient constituées par du *lithurate de magnésie.*

PHYLLOXERA VASTATRIX. — M. *Dumas* communique à l'Académie quelques informations relatives aux habitudes du *Phylloxera vastatrix*, notamment en ce qui concerne les moyens de transport à l'aide desquels cet insecte peut passer, dans la même vigne, d'un cep à l'autre, ou d'une localité infectée à une localité éloignée et saine. Il paraît résulter bien clairement d'une communication de M. le comte de *Lavergne* et d'une lettre de M. *Louis Faucon* (de Gravezon), que la maladie s'étend d'un cep à l'autre par le cheminement du puceron *sur la terre.* M. Faucon déclare que tous les moyens préventifs et curatifs indiqués jusqu'ici sont sans efficacité; mais par la submersion complète et prolongée de la vigne, il a, dit-il, « ressuscité son vignoble du *Mas de Fabre* ».

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Un rapport de M. le docteur *Bergerat*, de Neuilly-le-Réal (Allier), sur le service de la médecine cantonale dans cette localité. (*Comm. :* MM. Chauffard, Verneuil, Bergeron.) — *b.* Un mémoire de M. le docteur *Vicherat* (de Nemours) sur la vaccine et la syphilis vaccinale. — *c.* Un mémoire de M. le docteur *Lalagade* sur la vaccine et la petite vérole dans le département du Tarn. (*Commission de vaccine*) — *d.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département des Deux-Sèvres. (*Commission des épidémies*)

L'Académie reçoit : *a* Une note de M. le docteur *Pigeon* (de Fourchambault) sur l'étiologie du choléra. — *b.* Une lettre de M. le préfet de police, accompagnant l'envoi d'une plainte que lui a adressée madame *Cailleteau*, sage-femme à Vanves (Seine), au sujet d'un refus à elle fait par le pharmacien du lieu de lui délivrer 2 grammes de seigle ergoté, destiné à faciliter un accouchement. (*Comm. :* MM. Chevallier, Guérard et Devergie.)

M. *Barth* dépose sur le bureau une notice sur les titres scientifiques de M. le professeur *Simonin* (de Nancy), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Deux communications d'un haut intérêt ont été faites dans cette séance : l'une par M. *Barth*, l'autre par M. *Davaine.*

Celle de M. Barth sur le scherlievo était annoncée et prévue depuis huit jours. Le scherlievo tire son nom d'un village de l'Illyrie voisin de Fiume, où il paraît avoir pris naissance. Cette maladie a été dénommée et décrite pour la première fois par le docteur Cambieri. Elle appartient à la famille de ces horribles fléaux qui ont exercé ou exercent encore leurs ravages plus spécialement dans certaines contrées, tels que le mal de Brunn en Moravie, le pian de Nérac, la falcadine de Bellune, le sibbens d'Écosse, et la radesyge de Norvége. Leur caractère commun consiste en de vastes ulcères rongeant la face et diverses parties du corps, et laissant à leur suite de hideuses cicatrices.

Le scherlievo a fait son apparition en Illyrie vers la fin du siècle dernier. Il y aurait été importé, suivant la tradition, par des déserteurs autrichiens de l'armée du Danube. La propagation rapide de la maladie nécessita la création d'hôpitaux spéciaux à Fiume et à Trieste.

Lors du voyage de M. Barth, en septembre 1859, les cas de scherlievo étaient rares, et réunis, au nombre de 33, à l'hôpital de Porto-Ré.

M. Barth donne une description très-détaillée des lésions produites par cette maladie, d'après les sujets qu'il a observés et les planches dessinées d'après nature qu'il a rapportées du pays. Ces lésions n'épargnent aucun tissu; elles envahissent, elles rongent, elles détruisent la peau, les membranes muqueuses, le tissu cellulaire, les glandes, les ganglions lymphatiques, les os; elles donnent lieu à des érosions profondes, à des ulcérations irrégulières, à des suppurations fétides, à des engorgements, à des tumeurs mamelonnées, à des périostoses, à des exostoses, à des nécroses, à de vastes pertes de substance, à des cicatrices difformes et à des stigmates indélébiles.

On rencontre le scherlievo chez des individus de tout âge et de tout sexe.

Les médecins de Fiume, et notamment M. Amédée de Moulon, qui a fait une étude spéciale du scherlievo, considèrent cette maladie comme une espèce morbide à part, comme une discrasie endémico-sporadique, née et développée sous l'influence de causes toutes locales, des mauvaises conditions hygiéniques, de la misère profonde et de la malpropreté incurable dans lesquelles vivent les malheureux habitants de ces tristes et arides contrées.

M. Barth se rattache à une autre opinion, beaucoup plus probable, déjà soutenue par M. Rollet et par d'autres médecins, tant en France qu'en Italie, à savoir : que le scherlievo est une forme, une manifestation de la syphilis, portée à son maximum d'intensité par des transmissions successives, par le défaut absolu de traitement, et par l'état de déchéance orga-

choses les plus horribles et les plus effrayantes; lui apprendre à ne plus trembler devant les spectacles les plus hideux et à envisager de sang-froid ce qui est de nature à émouvoir les natures les plus fortes. » (*Gazette des hôpitaux*, 21 mars 1868)

Mais ce n'est pas tout encore; il est un autre point dont on s'est vivement préoccupé en Angleterre et même en Amérique, c'est-à-dire dans les pays où les étudiantes se sont présentées en certain nombre : c'est la promiscuité des deux sexes aux amphithéâtres et dans les hôpitaux. Les dissections peuvent-elles se faire en commun? Les leçons de physiologie, de médecine, de chirurgie, peuvent-elles avoir lieu devant un auditoire composé de jeunes filles et de jeunes gens confondus sur les mêmes bancs? Le professeur, par un sentiment de retenue bien naturel, ne sera-t-il pas obligé de s'arrêter devant certains détails, d'écourter certaines descriptions? Dans la pratique chirurgicale, une foule d'opérations sur des sujets masculins exigent que le corps soit à découvert, le professeur doit donner des explications dans lesquelles il lui sera impossible d'entrer en présence de personnes d'un autre sexe. Il y a évidemment là une grave atteinte portée à tous les sentiments de pudeur (*shoking to the sense of decency*). Le chirurgien est donc gêné dans ses allures, ce qui ne peut avoir lieu qu'au détriment de la science et du patient lui-même. Combien de maladies propres à l'homme sont de nature à ne pouvoir être ni vues ni étudiées par les femmes?... Partisan du doctorat pour les femmes, le professeur Clarke ne croit pas, comme on l'a dit, que les études médicales en elles-mêmes soient de nature à démoraliser le cœur des jeunes filles; il croit plutôt que l'analyse des grands phénomènes de la physiologie ne peut qu'ennoblir et élever le sens moral. Mais il ne peut souffrir l'idée de jeunes filles et de jeunes gens scrutant ensemble, le scalpel à la main, les organes les plus secrets de la génération ; il ne veut pas les voir penchés sur le même creuset ou sur le même microscope, analysant les principes constituants de l'urine ou discutant les mystères de la syphilis (*Med. Times*, 1870, I, 129).

nique et d'infériorité sociale de la population des environs de Fiume et de Porto-Ré.

M. Barth discute une à une les objections adressées à cette doctrine par M. de Moulon, et démontre, à l'aide de preuves solides empruntées à la marche de la maladie et aux caractères cliniques des lésions, que le schèrlievo est bien d'origine et de nature syphilitiques.

M. *Bergeron* ne met pas en doute la nature vénérienne du scherlievo. Il rappelle que cette opinion a été soutenue depuis longtemps par M. Rollet, qui a fait figurer le scherlievo dans la nomenclature des maladies issues de la syphilis. Il regrette profondément que les médecins de Fiume professent encore sur ce sujet une manière de voir contraire à la rigoureuse observation des faits et trop conforme aux funestes doctrines de l'ancienne école de Paris touchant la non-transmissibilité des accidents secondaires de la vérole. Si M. Barth n'est pas parvenu à modifier sur ce point les idées des médecins de Fiume et de Porto-Ré, il est fort à craindre que rien d'efficace ne soit tenté par eux pour mettre un terme aux ravages du scherlievo. Il importe donc qu'ils soient convaincus de la véritable nature de cette maladie, afin de la combattre par le seul traitement qui lui convient, le traitement antisyphilitique. C'est là une question d'hygiène publique de premier ordre, et l'Académie ferait une œuvre utile en adressant le mémoire de M. Barth au gouvernement illyrien et aux médecins des contrées où règne le scherlievo.

M. *Briquet* reconnaît que beaucoup de cas de scherlievo appartiennent à la syphilis; mais, d'après les dessins que M. Barth a montrés, il croit aussi que c'est là une maladie complexe, dont un certain nombre de lésions peuvent se rattacher fort bien à la scrofule, au lupus et à l'éléphantiasis.

M. *Marrotte* pense que, pour rendre plus efficace le traitement antisyphilitique du scherlievo, il est nécessaire d'associer les toniques et les ferrugineux aux mercuriaux et aux iodures.

L'Académie décide que, dans un but d'utilité publique, plusieurs exemplaires du prochain Bulletin, renfermant *in extenso* le travail de M. Barth, seront envoyés en Illyrie.

Recherches sur quelques questions relatives a la septicémie. — Le fait de la transmissibilité de la septicémie, entrevu et signalé pour la première fois, en 1859, par M. le docteur Raimbert (de Châteaudun), a été mis en pleine évidence par les belles expériences de MM. Coze et Feltz (de Strasbourg) en 1866. Ces deux habiles expérimentateurs ont découvert aussi que la virulence de la putréfaction augmente en passant par l'économie d'un animal vivant. Ce fait a été confirmé depuis par les recherches de Klein et de Burdon Sanderson.

M. *Davaine* a repris et vérifié toutes ces expériences, et, poussant encore plus loin l'analyse de ces curieuses investigations, il a cherché à déterminer quelles sont les quantités de sang putréfié d'une part, et de sang septicémique de l'autre, qui suffisent pour tuer les animaux d'une même espèce. (M. Davaine nomme sang septicémique celui qui provient d'un animal empoisonné par du sang putréfié.)

Les expériences ont été faites sur des cobayes et des lapins, toujours par injection hypodermique, avec la seringue de Pravaz.

Voici, d'une manière succincte, le résultat de ces nouvelles recherches :

Le sang putréfié injecté chez le cobaye et le lapin à la dose d'une ou de plusieurs gouttes n'est pas mortel, même dans la moitié des cas. Les doses inférieures à une goutte tuent rarement le cobaye à moins d'un dixième de goutte, et le lapin à moins d'un centième. La limite extrême paraît être d'un quarantième de goutte pour le premier et de deux-millièmes de goutte pour le second.

M. Davaine a pratiqué vingt-cinq séries d'expériences avec le sang septicémique, et il a constaté ce fait extraordinaire, que les animaux de la vingt-cinquième série sont morts avec *un trillionnième de goutte* de sang septique. Rien ne pouvait mieux démontrer que le virus septicémique acquiert une plus grande activité en passant par l'organisme d'un animal vivant, et qu'il ne perd rien de sa puissance virulente par des transmissions successives. Non-seulement le sang septicémique est beaucoup plus meurtrier que le sang putréfié, mais encore il tue beaucoup plus vite. Les animaux peuvent survivre pendant cinq, seize, vingt et même vingt-six jours à l'inoculation du sang putréfié, tandis qu'ils ne résistent jamais plus de quarante heures à l'insertion du sang septicémique.

Comparant les effets du sang septicémique avec ceux du sang charbonneux, M. Davaine a reconnu que l'incubation, dans le premier cas, n'est pas en rapport avec la quantité de sang inoculé, tandis que dans le second cas elle est proportionnelle à la dose du virus injecté. Mais le virus septicémique présente avec le virus charbonneux cette ressemblance, d'être détruit par la putréfaction de l'animal qu'il a tué. Ce fait peut servir à expliquer le phénomène, signalé par M. Colles, de la plus grande virulence des piqûres anatomiques provenant d'un cadavre frais que de celles provenant d'un cadavre putréfié.

M. *Bouley*, justement ému de l'effroyable activité du sang septicémique, dont un trillionnième de goutte suffirait, d'après ce qui vient d'être dit, pour tuer un cobaye ou un lapin, demande à M. Davaine s'il pense que cette dose infinitésimale serait capable d'empoisonner un animal de forte taille, comme le cheval.

M. *Davaine* répond que la suite de ses expériences satisfera à cette question.

A. Linas.

A Edimbourg, à Philadelphie même, des scandales auraient eu lieu de la part des jeunes gens qui auraient méconnu les premiers principes, je ne dis pas de la galanterie, le mot serait ici déplacé, mais des plus simples convenances vis-à-vis de leurs compagnes d'étude. De pareils désordres sont assurément très-regrettables, mais il sera, je crois, bien difficile de les éviter. En Angleterre, comme en Amérique, les étudiants ont toujours énergiquement protesté contre l'admission des femmes au milieu d'eux, et, à Édimbourg, les administrateurs des hôpitaux se sont longtemps refusés à délivrer des cartes d'entrée aux élèves de l'autre sexe.

Ainsi, en Amérique, pays de liberté absolue, les études médicales des femmes ont subi de sérieuses difficultés, et, si elles se continuent à Philadelphie, c'est que, dans cette ville, il a été fondé, à l'aide de souscriptions, un collége de femmes (*Women's Medical College*), pour l'étude de la médecine, dirigé par quelques doctoresses.

En Angleterre, certaines universités, celles de Londres et de Cambridge, ont accordé aux femmes le droit d'étude, à la condition de se soumettre aux mêmes exigences de *matriculation* que les hommes, mais comme à Londres cet examen préalable ou de matriculation est très-rigoureux, il est probable qu'on y verra peu d'étudiantes. A Édimbourg où les conditions préliminaires sont plus accessibles, il s'est élevé des difficultés d'un autre ordre. De grands débats, prolongés jusqu'à ces derniers temps, avaient eu lieu entre les professeurs de la faculté de médecine, dont la majorité avaient reconnu le droit des femmes, et l'université qui s'était toujours refusée à le sanctionner; elle s'y est enfin décidée. N'est-il pas à craindre que les étudiants persistant dans leur protestation ne désertent l'école d'Edimbourg? Vienne a admis les femmes dans ses écoles, mais il y a, je crois, séparation des sexes pour les études. En Russie, les femmes avaient d'abord été repoussées, mais, depuis, l'empereur a intimé à l'université d'Helsingfors, par l'intermédiaire du sénat de Finlande, l'ordre formel d'admettre les personnes de l'autre sexe aux cours de médecine de cet-

BIBLIOGRAPHIE.

La chirurgie militaire et les Sociétés de secours en France et à l'étranger, par Léon Le Fort, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien en chef des ambulances volontaires, etc., etc. — Paris, Germer Baillière, éditeur, 1872.

Les trains sanitaires, par le docteur Morache (extrait du *Journal des sciences militaires*. — J. Dumaine, 1872).

Cette œuvre de notre savant collaborateur est le fruit de l'expérience et du bon sens. L'expérience s'est acquise dans les grands voyages à l'étranger et dans la participation active aux plus cruels événements de la dernière guerre. Le bon sens ne s'acquiert pas, mais l'expérience est, sans lui, bien peu de chose, et lorsqu'on les trouve ainsi réunis il en faut attendre la vérité. Voici un homme de talent, dévoué, l'esprit promoteur, le corps vigoureux, qui quitte ses intérêts les plus chers pour se mettre à la tête d'une idée et la réaliser, et qui revient découragé, vaincu, et qui l'avoue, et qui le proclame! Ce créateur des Sociétés de secours en France demande grâce pour lui, et le repos pour elles. Lorsque nous aurons passé en revue tous les faits probants de cette Iliade, on verra de quelle autorité s'entourent les conclusions inattendues, mais irréfutables, de ce travail, où l'on saisit, pour ainsi dire au jour le jour, les phases de cette transformation progressive. C'est une étude très-curieuse et qu'il faut faire aussi impartialement que possible, pour la justification de l'auteur, et pour l'instruction de cette cause encore pendante.

Si l'on veut se rendre compte des faits qui ont amené M. Le Fort à donner une opinion aussi accentuée sur la Société dont il faisait partie, il faut prendre le livre par la fin, et lire, avec l'attention qu'il commande, l'appendice intitulé : « La première ambulance à Metz ». Sollicité par quelques principaux membres de cette Société, qu'il avait quittée en démissionnaire, M. Le Fort y rentra au moment de la déclaration de guerre, sous la condition formelle de la formation d'un Comité médical, composé *uniquement* de médecins, laissant, du reste, aux autres sociétaires la gestion des fonds et des dons en nature. Dès cette époque, il affirma, dans les réunions du comité, que, selon lui, le champ de bataille devait être interdit aux ambulances volontaires, dont le rôle officieux ne pouvait s'accommoder des ordres de l'autorité militaire, et il ne consentit qu'à regret à cette formation d'ambulances civiles, fonctionnant *parallèlement*, suivant l'expression consacrée. Connaissant l'armée, où il a servi, l'honorable chirurgien regardait comme suffisant le secours en seconde ligne, qui permettait les soins du champ de bataille à tous les médecins des régiments et des ambulances militaires. Cela était plein de raison, et fut, comme on va le voir, tout à fait justifié par les événements.

On n'a pas oublié, à Paris, ce départ de la première ambulance, fait avec une certaine solennité, à pas lents, le long des boulevards. Ces hommes, qui défilaient ainsi, s'en allaient porter les secours de l'art à nos soldats blessés; mais ils y allaient un peu au hasard, sans destination bien précise. Ce ne fut qu'au moment de l'embarquement que, par l'intervention de M. Conneau et celle de M. Nélaton, et celle enfin de M. Larrey, on obtint l'ordre de se rendre à Nancy. A Nancy, à peine arrivés, nos ambulanciers apprirent la défaite de Reichshoffen, les nouvelles dispositions de l'armée, et cette fois encore aucun ordre ne leur parvint sur la direction à prendre. A tout hasard, M. Le Fort se dirigea sur Metz, précipitamment, obligé d'abandonner une partie de son matériel, et menacé par les premiers uhlans de l'ennemi. Tel était le premier fruit de l'indépendance réclamée! Indépendance a voulu dire : abandon, et c'était, en effet, une conséquence forcée, puisque cette organisation ne comportait aucune autorité dirigeante. L'autorité de la Société elle-même n'était pas admise; on ne reconnaissait que le Comité médical, et il aurait fallu que ce Comité, resté à Paris, fût en communication de tous les instants avec ses ambulances. De la part de l'autorité militaire, on rencontra de bons procédés, justifiés par l'honorabilité et le dévouement de ces médecins; mais cette autorité répugnait à accorder à ces auxiliaires le privilége des communications directes, qui n'existe pas pour la chirurgie militaire. Ainsi, position fausse, indéterminée, condamnant absolument les prétentions d'indépendance, démontrant clairement que la sûreté et le fonctionnement de ces serviteurs de bonne volonté ne peuvent avoir leur effet que par la soumission à la règle commune, telle qu'elle est instituée.

Dans Metz, pendant le siége, il fallut constater la défectuosité de cette autre prétention des volontaires, le *parallélisme*. Obligés de changer de gîte plusieurs fois avec leur matériel, rejetés de la caserne au jardin public, bientôt manquant de malades, et amenés à s'offrir dans les ambulances militaires, les volontaires furent définitivement remerciés le jour où l'armée prisonnière laissa libres ses médecins, qu'il fallut employer de préférence.

A ce moment, malgré quelques envois modiques de la Société et les prêts généreux d'un banquier de Metz, il restait en caisse une somme tout au plus suffisante pour le rapatriement des chirurgiens sous-aides; le matériel fut vendu à bas prix; et l'honorable chirurgien qui s'était dévoué à cette œuvre, qui en avait accepté, par déférence, l'organisation défectueuse, montait à cheval à la porte de son hôpital en s'écriant : « Voilà la fin de la première ambulance! » *Finis Poloniæ*.

---

université. A Moscou, à Saint-Pétersbourg, probablement sous la même influence, les études médicales pour les femmes ont été autorisées, mais surtout, paraît-il, en vue du perfectionnement des connaissances obstétricales. Chez nous, l'assiduité aux cours n'étant pas exigée, les femmes pourront faire leurs études comme elles l'entendront. En juillet 1870, au moment même où la France allait être précipitée dans les horreurs d'une guerre insensée, une petite commission, composée de quelques savants sous la présidence de M. Duruy, ex-ministre de l'instruction publique, avait élaboré le plan d'un système complet d'instruction pour les femmes, et, par une de ces flatteries fort en usage à cette époque, l'institution devait être mise sous le *patronage* de l'Impératrice. Il s'agissait, suivant le préambule, de former des femmes médecins pour les pays soumis à l'islamisme, où les femmes vivant dans la contrainte des harems ne peuvent être ni vues ni traitées par des hommes. Tout était organisé pour que, dans cette institution fondée par souscription, l'instruction fût aussi complète que possible, les élèves devaient fréquenter certains hôpitaux, etc. Cette belle conception disparut avec l'empire, et il est peu probable que nous la voyions reparaître.

Comme on a pu le remarquer dans le courant de cet article, nous sommes peu partisan du doctorat des femmes, non que nous doutions le moins du monde de leur intelligence et de leur capacité, mais parce que nous n'en voyons ni la convenance, ni la nécessité, ni l'avantage pour les femmes elles-mêmes. Cependant, avec la plupart de ceux qui ont abordé la même question, nous pensons que, en vertu du principe indiscutable de la liberté, toutes facilités doivent leur être accordées pour l'obtention des grades en médecine; mais liberté implique égalité, il faut donc qu'elles se présentent au doctorat, dans les mêmes conditions que les hommes; même exigence du double baccalauréat, mêmes conditions de scolarité, mêmes examens. Et maintenant, chez nous du moins, combien s'en présentera-t-il pour se soumettre à ces rudes

Ce que M. Le Fort a dépensé de volonté énergique pour arriver à de si tristes résultats, on ne saurait assez le faire valoir, d'abord pour rendre justice à ce courage malheureux, et ensuite pour servir d'enseignement à l'avenir. Mais il faudrait lire d'un bout à l'autre ce récit émouvant et y constater, au fur et à mesure, les difficultés, les obstacles. Au 31 août, comme au 7 octobre, l'ambulance, sans ordres, ignorant où se passait la bataille, se dirigeant au hasard vers le canon, exposée le plus souvent à se présenter en un lieu où il n'était pas besoin d'elle, s'en retournait avec quelques blessés dont elle s'était *emparée*, suivant l'expression même de l'auteur. Le parallélisme n'était pas plus heureux que l'indépendance, et aucune conclusion autre ne peut-être déduite de cet ensemble de faits probants. Alléguera-t-on que les circonstances ont été particulières! Elles ont été là, peut être, plus favorables qu'en rase campagne, puisque l'action se passait dans un petit cercle plus déterminé. En tous cas, les principes restent les mêmes, et tout le livre démontre la nécessité de conserver les services auxiliaires sur les derrières de l'armée, et d'organiser le corps des médecins militaires avec des conditions d'effectif suffisantes pour les besoins de l'action sur le champ de bataille.

M. Le Fort a, sur ce point, des affirmations dont il faut tenir compte, puisqu'elles sont le résultat de cette épreuve si dure, par laquelle il a passé avec tous les dévouements et toutes les luttes.

« Il ne faut pas perdre de vue, dit-il, que le médecin militaire en service permanent, habitué aux choses de l'armée, sera toujours le vrai, sinon le seul chirurgien du champ de bataille » (page 57). Et ailleurs: « Un chirurgien civil, quelque expérimenté qu'il soit, peut manquer des qualités indispensables au chirurgien d'armée. — Les fonctions de médecin militaire exigent des qualités spéciales qu'on acquiert, sans doute, assez vite, mais qu'on n'acquiert que par l'expérience. — Les ambulances internationales ne peuvent donc pas se substituer à la chirurgie d'armée; elles ne peuvent pas davantage agir *parallèlement* avec elle dans toutes les circonstances; mais si l'accès du champ de bataille ne pouvait leur être donné pendant le combat, elles peuvent, pendant la campagne, rendre d'immenses services en devenant la chirurgie de seconde et de troisième ligne, et en permettant ainsi à la médecine militaire de se consacrer uniquement à son rôle de chirurgie de bataille. »

Pour conclusion à cette triste histoire de la première ambulance, il faudrait connaître la somme des services rendus. Et pour la conclusion générale, il serait à désirer que ces chiffres fussent établis pour toutes les ambulances volontaires du champ de bataille, les seules dont on puisse contester l'utilité. M. Le Fort donne un chiffre assez restreint des entrées à son hôpital des jardins Fabert: 249 blessés, dont 96 décès. Il annonce que ses registres réguliers d'entrée et de sortie ont été remis au conseil de la Société de secours aux blessés, et si tous les chefs ont agi avec cette régularité, on saura réellement quelle a été l'activité possible, la présence au moment du feu, les résultats du traitement, la somme des dépenses. Ces justifications sont indispensables à l'étude de la question elle-même. Un grand travail de statistique se prépare, nous le savons et nous l'avons vu, dans les bureaux de la Société, sous l'intelligente direction du docteur Chenu; mais il y a là, assurément, une distinction, une classification à indiquer, si elle avait échappé à l'habileté consciencieuse, ordinaire à ces travaux.

La dépense de l'ambulance a été d'environ 88 000 francs, pour une expédition qui a duré quatre-vingt-huit jours. Si l'on considère que l'État n'a fourni aucun secours, cette somme paraîtra relativement modérée.

Mais M. Léon Le Fort ne s'en est pas tenu à cette narration si véridique; elle n'occupe, comme nous l'avons indiqué, qu'une minime partie de ce gros volume; la discussion approfondie d'un grand nombre de questions actuelles complète l'œuvre et fait un véritable traité de la matière.

L'organisation du service de santé en temps de paix et en temps de guerre forme les deux premières parties de l'ouvrage; et la suprématie de l'intendance sur les médecins militaires est fortement attaquée, donnant ainsi satisfaction à l'opinion qui prévaut généralement aujourd'hui. Aussi le chapitre premier est-il intitulé: *Autonomie du corps de santé militaire*, et ce titre suffit à indiquer la pensée de l'auteur. Il y a là beaucoup à dire. On ne sait généralement pas que la très-grande majorité du corps de santé n'a aucun rapport avec l'intendance; c'est celle qui fonctionne dans les régiments. La minorité, celle des hôpitaux, est, en effet, absolument sous les ordres de l'administration, et, en campagne, cette minorité devient la majorité par les emprunts faits aux corps de troupes. Il s'agissait donc de rechercher, et la chose est de haute importance, à qui des deux, au médecin ou à l'intendant, devra incomber la direction du service? L'intendant accepte nettement la plénitude du pouvoir; le médecin, ou celui qui parle en son nom, est plus timide; il introduit dans ses vœux l'institution d'un comité ou d'un conseil, dans lequel chaque intéressé apportera sa voix, administrateur ou savant; c'est aussi le système que M. Le Fort adopte. Bien des personnes, préoccupées de cette organisation, la trouvent pleine de dangers, surtout en temps de guerre, alors que l'initiative doit être rapidement décisive.

Le colonel Lewal, une autorité, dit que: « la médecine est la principale, et l'administration l'accessoire; » suivant lui, cela résout la question. Enfin, il y a une école, qui n'est pas citée, et qui prétend que le commandement ne doit pas se désintéresser de cette direction comme il l'a fait jusqu'à au-

---

épreuves? Quelles sont les familles qui consentiront à ces audacieuses tentatives en présence de chances si aléatoires, et dans des conditions si contraires à nos mœurs? Combien, enfin, d'une manière ou d'une autre, succomberont en route? Des carrières plus facilement accessibles sont depuis longtemps ouvertes à l'intelligence et à l'activité des femmes, la littérature, les arts; plusieurs s'y sont engagées, et l'on *compte* celles qui se sont distinguées par un mérite véritablement hors ligne. Nous l'avions déjà fait observer dans l'historique, aux époques où la pratique de la médecine leur était permise, elles n'ont été qu'une exception, nous les voyons partout et toujours rares et isolées au milieu d'une foule d'hommes éminents. Au total, il est bon que l'expérience se fasse, c'est, quel qu'en soit le résultat, le seul moyen compatible avec l'équité, de donner satisfaction à ces réformateurs à outrance, qui, dans leur ignorance ou leur mauvaise foi, croient ou veulent faire, croire que la société, les coutumes peuvent subir brusquement des transformations *radicales* (c'est leur mot), comme un acteur change de costume et revêt une nouvelle figure à chaque nouveau rôle. E. Beaugrand.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur B. Horteloup, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. Horteloup, qui avait subi, il y a quelques semaines, une opération chirurgicale grave, était entièrement remis quand il a été enlevé subitement à sa famille et à ses nombreux amis.

Ses obsèques auront lieu samedi 21, à midi précis, à l'église de la Trinité. M. Horteloup était âgé de soixante et onze ans. Il avait été, de 1849 à 1860, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique; il était officier de la Légion d'honneur et président de la Société centrale des médecins de France.

— Le corps médical vient de perdre aussi M. le docteur Henry-Onésime-Édouard Bourdillat, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, médecin à Paris, mais décédé à Escolives (Yonne), le 7 septembre 1872, dans sa 34e année; et M. le docteur Armand Gaide, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 13 septembre, à l'âge de soixante-dix ans.

jourd'hui, et qui réclame pour le général lui-même le soin de ces questions, dans sa brigade, dans son département, dans sa division, dans son corps d'armée. Pour notre part, nous croyons que la vérité est là.

En Russie, en Autriche et en Prusse, le système du pouvoir partagé a prévalu. Pour bien apprécier cet exemple, il faudrait savoir si les administrateurs, qui portent le nom d'économes, ont dans ces armées la haute position qui est faite chez nous à l'intendance, en raison de son origine principalement? Du reste, la Prusse a inaugaré, pour l'état de guerre, l'unité d'action en faveur du médecin; l'officier du train et l'inspecteur sont sous ses ordres; voilà qui est net, et n'admet ni froissements, ni disputes. En France, on n'oserait même l'essayer; l'épaulette de l'officier ni le collet brodé du fonctionnaire n'accepteraient cette soumission. C'est à ce point de vue que la direction absolument militaire offrirait les plus grands avantages. On objecte que le commandement « a bien autre chose à faire » ! Mais il est à croire que, sous l'empire des idées nouvelles, on demandera au commandement, mieux organisé, tout ce qui peut être de son devoir étroit.

C'est pourtant sur ce point principal de la question que s'agitent, en ce moment même, les compétitions des deux partis; les commissions sont assiégées, les bureaux étudient, le gouvernement sage accepte les avis de tous; que sortira-t-il de cette enquête?

Après avoir dit un mot de l'assimilation des grades et de l'uniforme, M. Léon Le Fort aborde la question du recrutement du corps de santé. Il y a là nombre de bonnes idées. « L'administration, dit-il, semble croire que la future loi militaire, en établissant le service obligatoire, assurera le recrutement des médecins militaires. Elle se trompe... Ce n'est que parmi les médecins faisant leur carrière dans l'armée qu'on trouvera..... les cadres et l'état-major du corps, et le recrutement sera, pour ce qui les concerne, aussi difficile dans l'avenir qu'il l'a été dans le passé, et qu'il l'est dans le présent. » — « C'est en facilitant les études médicales aux jeunes gens pour lesquels la médecine civile, ajoute l'auteur, exige des dépenses supérieures à leurs ressources, qu'on peut surtout assurer le recrutement des médecins en service actif et permanent. » Cette façon d'agir est celle de notre armée et des armées étrangères, en Russie, en Autriche et en Prusse; dans des conditions différentes cependant, et plus onéreuses chez nous que partout ailleurs. En Autriche, les élèves sont entretenus par l'État; ils s'engagent pour huit ou dix ans de service. En Russie, à l'école spéciale, il en est de même; ils ont même une solde, et doivent dix ans à l'État. En Prusse, on exige une pension modique; mais « ici encore, appel est fait aux deshérités de la fortune ». Cette phrase incidente montre la question sous son véritable jour. La pénurie du nombre des candidats pour cette carrière de travail et de dévonement est la même partout, et partout on est obligé de recourir à cet appel aux deshérités, en leur offrant, dès le principe, le toit, la table et l'instruction. En France, dans ces dernières années, le budget prévoyait près de 500 élèves à entretenir annuellement, et les frais totaux des deux Écoles s'élevaient environ à 1 400 000 francs. Quels résultats a donné ce système à l'étranger? On ne sait; mais, chez nous, malgré ces conditions propices et cette dépense énorme, on n'a jamais pu arriver à obtenir des cadres complets. Le fait est indéniable, et je ne sache pas qu'il y ait rien à dire de plus significatif sur cette question du recrutement. Ces écoles facilitent, dit-on, l'accès de la carrière! C'est là une facilité pour l'administration, sans doute, puisque en dehors de ces conditions intéressées, il ne se présenterait personne. Mais quelle est la carrière dont on soit obligé de faciliter ainsi l'accès aux candidats? En existe-t-il une autre? Ne voyons-nous pas partout l'affluence des postulants, tant pour les écoles militaires que pour les moindres emplois de l'administration? Pourquoi n'en est-il pas ainsi dans la médecine? Partout ailleurs, à Saint-Cyr et à l'École polytechnique, les frais considérables sont couverts par le résultat qui existe, qui fournit les officiers demandés, les ingénieurs, les marins; mais aux Écoles du service de santé il n'en est pas de même, et malgré le recrutement nombreux opéré dans ces conditions, on n'est point arrivé, depuis 1856, date de l'établissement des écoles, à remplir, à beaucoup près, les exigences du cadre.

L'administration s'accorde une autre facilité encore. M. Le Fort en a dit un mot dans son article des médecins en service temporaire; c'est l'accession des médecins civils, que l'on est obligé de requérir dans presque toutes les petites garnisons, et qui sont un surcroît de dépense pour l'État. Mais ces deux conditions, le recrutement onéreux et la réquisition des médecins civils, sont, à titre égal, un préjudice pour le corps de santé; et ces expédients n'aboutissent qu'à l'état insuffisant où nous voyons ce service, état qui n'existe nulle part ailleurs, et qui se résumerait en un principe de la science économique qu'on appelle la loi de l'offre et de la demande. Les retraites anticipées et les démissions ont aussi une influence sur ce résultat déplorable; mais la cause ne varie pas; c'est indubitablement l'insuffisance de la position. Pouvons-nous l'expliquer ici en deux mots?

On exige assurément du docteur en médecine une quantité d'apport supérieure, comme étude, comme travail, à celle des officiers des autres armes. Mais s'il a la solde de ces officiers et cette espèce d'assimilation fallacieuse dont parle notre auteur, et ce brillant uniforme construit avec soin pour éviter l'apparence du grade, il n'a pas ce qui attire les jeunes hommes dans la carrière militaire, et ce qui y retient les hommes mûrs; il n'a pas le prestige, les honneurs, l'autorité; une foule de règlements multipliés lui interdit tout cela. En un mot, il n'a, au point de vue rémunérateur, que la position de l'officier; et pour toute compensation, il n'a pas la position honorifique. C'est pour cela que M. Le Fort demande : « une assimilation complète aux grades de l'armée, et une augmentation d'appointements tous les cinq ans, à défaut d'avancement ». Sans adhérer précisément à cette proposition, nous croyons qu'elle exprime nettement le *desideratum* que nous venons d'indiquer, qui n'est point aussi exigeant, et qui se contenterait de l'une ou de l'autre de ces augmentations.

Les difficultés sans nombre qui résulteraient de l'annexion des médecins civils en service temporaire sont nettement indiquées et sans réticence. « La fusion des cœurs, dit-il, sera plus difficile à faire que la fusion des grades et des prérogatives. » Cela est profondément vrai; vrai un peu partout, en des circonstances analogues, mais, il faut l'avouer, plus que partout ailleurs parmi les médecins. On connaît assez le proverbe latin. La conclusion de l'auteur est ici la même que dans les chapitres précédents : l'ambulance divisonnaire réservée à l'élément militaire exclusivement; dans les hôpitaux de première ligne, introduction des aides-majors auxiliaires; dans les hôpitaux de seconde ligne, les médecins auxiliaires en totalité, sous la direction d'un médecin militaire. Cette organisation est bonne, sauf réserve de la question de principe.

L'honorable auteur aborde ensuite le sujet, aussi fort discuté, de la séparation en deux catégories, qui existe actuellement parmi les médecins militaires, attachés les uns aux régiments et les autres aux hôpitaux. Il fait valoir tous les inconvénients de ce système, et, combattant une thèse émise par M. Legouest, il dit : « Ce n'est point en supprimant le médecin du régiment, c'est en faisant de lui le véritable médecin des soldats confiés à ses soins que les inconvénients graves de l'organisation actuelle peuvent être supprimés. » Ceci est la loi et les prophètes. C'est le vœu unanime, nous osons le dire, des médecins militaires; ils demandent à pratiquer leur art quotidiennement, dans toutes les circonstances, comme il convient pour devenir et rester praticien. C'est aussi là, si l'on veut le reconnaître, le véritable intérêt du soldat, puisque, à un moment donné, et précisément dans les cas imprévus, le médecin du corps est appelé le premier. Mais il y a mieux, et ce qu'on ignore, c'est que ces médecins des régiments sont, en grand

nombre, appelés au service des ambulances en temps de guerre, c'est-à-dire que dans ces circonstances difficiles de temps, de lieu, d'isolement, on les reconnaît aptes à un service qui leur est refusé dans les conditions faciles de l'état de paix et de la garnison! C'est un fait que tout le monde a pu voir dans toutes les guerres de tous les temps, Mexique, Italie et surtout dans les dernières campagnes. Ainsi : position inférieure pour les médecins du corps en temps ordinaire, position égale dans les circonstances exceptionnelles, tel est le fonctionnement institué, et qui se résume par cette disposition injuste du refus d'avancement pour eux. L'idée que préconise M. Le Fort est donc tout à fait logique. Il y a même là un intérêt d'économie, de budget, de supputation de dépenses tout ou moins; en effet, avec un chiffre qui n'est pas absolument exact, M. Le Fort arrive à donner cette proportion de 1 médecin militaire pour 300 hommes (350 en réalité); mais il faut faire ressortir ici que le même malade a été vu, de toute nécessité, par deux médecins pour le même cas : le médecin du corps d'abord, et le médecin de l'hôpital ensuite. (Voy. sur le même sujet *Gaz. hebd.*, 1872, n° 21, p. 339.)

En Russie, le système est le même que chez nous. En Prusse, le médecin du corps voit *ses* malades à l'hôpital; *ses* malades, il faut préciser ce point parce qu'il y a encore là une incertitude, et un système qui répartit les hospitalisés par catégorie, suivant la maladie, au lieu de les laisser ensemble par corps. Dans l'armée anglaise, nous avons tous vu fonctionner l'hôpital régimentaire, ce modèle d'une organisation simple, pratique, utile, qu'il serait si facile d'introduire en France, où existe déjà l'infirmerie, et qui réaliserait assurément toutes les conditions favorables de la vie militaire.

La question du cadre du corps est résolue par le chiffre donné plus haut. Il est inutile d'ajouter que la proportion des médecins militaires est plus faible en France que dans aucune autre armée. Il en est de même pour les infirmiers, qui sont l'objet partout ailleurs d'un recrutement minutieux et d'une éducation spéciale. Ils sont aussi en plus grand nombre, et chaque corps de troupe en est pourvu pour le service du médecin.

Nous aurions voulu pouvoir suivre M. Le Fort dans l'étude détaillée qu'il nous donne de l'organisation du service de santé en temps de guerre chez les nations étrangères; mais la place nous manque, et nous ne pouvons que constater chez ces autres peuples une grande supériorité de moyens. Nous trouvons surtout une entente parfaite des nécessités du fonctionnement matériel; les escadrons sanitaires, les compagnies de santé, forment, avec tous les accessoires prévus, un tout bien lié, non point à l'occasion, mais de façon permanente. C'est encore là une défectuosité de notre institution militaire et les bons exemples doivent être mis en lumière pour être suivis. L'hôpital de guerre autrichien, pour 500 malades, a 100 infirmiers, avec leur capitaine et leur petit état-major, plus 16 médecins. Un corps d'armée prussien de 30 000 hommes compte 12 ambulances avec 93 médecins, 204 infirmiers, 447 brancardiers, etc. (c'est-à-dire environ 120 personnes par chaque ambulance), et une cavalerie de 459 bêtes et 103 voitures. Chaque soldat est muni d'une cartouche de pansement, contenant une bande, une compresse et 15 grammes de charpie; puis d'un carré de ferblanc qu'il porte au cou sous ses vêtements et où sont imprimés les numéros du régiment, de la compagnie et le numéro matricule. Enfin, lorsque le blessé sort de l'ambulance pour être évacué sur les hôpitaux, le médecin lui attache sur son habit la carte de pansement indiquant la blessure, le traitement et le degré de transportabilité de l'homme. Chaque compagnie d'infanterie fournit, pendant l'action, quatre hommes qui font patrouille derrière la ligne avec les brancards du corps, et qui transportent les blessés au poste de pansement. Ici l'auteur a enrichi son œuvre d'un certain nombre de gravures, fort bien faites, représentant les différents systèmes de transport, depuis le brancard jusqu'au wagon.

La troisième partie du livre, intitulée : *réforme de l'hospitalisation*, donne aussi les modèles et la configuration des divers hôpitaux-baraques, et notamment de ceux que nous avons tous pu voir fonctionner à l'hôpital Cochin, et dont M. Le Fort était l'architecte et le promoteur. Ce système, aidé de celui de la tente de toile, est caractérisé d'un mot fort heureux : « Il faut que le blessé cesse d'aller chercher, parfois fort loin, un hôpital trop souvent encombré; il faut que l'hôpital vienne vers le blessé. » Cette cause est gagnée, il faut l'espérer. Michel Lévy, le regrettable hygiéniste, l'avait fait valoir de la façon la plus éclatante lors des épidémies de l'armée de Crimée. Chacun sait aujourd'hui les facilités et les bonnes conditions sanitaires de ces installations. M. Le Fort a des tentes et des baraques; il a même la tente baraquée. Et, en vérité, on ne saurait trop apprécier cette activité d'invention et cet ardent désir de perfectionner, lorsqu'il a pour but l'intérêt de l'humanité.

Nous avons analysé et cité en grande partie le chapitre des « Sociétés de secours » lorsque nous avons parlé des faits et gestes de la 1re ambulance. Les abus et les inconvénients de la Convention de Genève y sont signalés, avec l'indication des moyens à employer pour y porter remède. Les ambulances volontaires sont ramenées vers le but primitif de l'idée créatrice, résumée en ces trois mots : « *Mettre à la disposition* du service sanitaire officiel de l'armée des médecins, des élèves, des infirmiers volontaires »; mais « renoncer à cette aspiration de venir *directement* en aide et de concourir *parallèlement*..., etc. » Ceci est une citation des articles de M. Le Fort qui ont paru, ici même, en 1868. La conviction n'a pas changé.

L'article sur les ambulances fantaisistes et celui sur les infirmiers volontaires sont pleins d'enseignements. Comme dans le livre de M. Grellois, il est ici question des « dilettantes du pansement » et ce bonheur d'expression est, remarquons le, un des grands attraits de l'ouvrage.

Ce nous est un véritable regret de le quitter ici; nous n'en laissons pourtant qu'une faible partie, conçue dans le même esprit et rédigée avec le même courage.

L'auteur est très-sévère pour les hommes incompétents qui ont usurpé l'autorité administrative, au préjudice du corps médical, et par conséquent au préjudice du service. Il y a là des faits singuliers, hautement proclamés, et dont la vérité ne saurait être mise en doute. L'établissement des comptes ne devait pas échapper à cette investigation passionnée; le reliquat de 3 millions et demi, en décembre 1871, est en effet assez étrange au premier abord; et l'auteur demande instamment le détail de ces gros chiffres, il demande encore l'enquête analogue à celle de la commission des marchés. Si ce reliquat allait être un déficit? Les ambulances de la Presse, dirigées par deux médecins dont il est à peine besoin de citer les noms, Ricord et Demarquay, ont trouvé grâce devant l'auteur, qui cite du reste des résultats tout à fait avantageux : 25 000 blessés ont été soignés avec une dépense de moins de 1 million.

Nous ne dirons rien du projet d'organisation formulé par M. Le Fort, puisque nous avons établi ses principes et que le détail d'exécution est chose éminemment variable. On y reconnaît pourtant l'homme pratique et, de sa nature, organisateur.

Nous ne pouvons, en terminant, qu'engager le lecteur à se reporter au volume. Nous avons introduit ici quelques échantillons, trop courts, de ce style nerveux, convaincu, éclatant par intervalles en apophthegmes heureux, et qui donne l'impression exacte, le dirais-je? du livre et de l'auteur.

— En faisant cette analyse de l'œuvre de M. Léon Le Fort, nous avons dû passer rapidement sur la partie relative à l'ambulance, au point de vue du matériel et du fonctionnement pratique. Les questions de principe suffisaient amplement à la discussion. Mais voici, comme corollaire, une brochure de M. Morache, qui envisage, selon les idées modernes, le service

important du transport des blessés, que l'on appelle, en beau langage administratif, les évacuations. Les idées sont bonnes; elles sont résumées, dès les premières lignes, en la nécessité de la dissémination des malades par le secours des chemins de fer. *Disperser* les malades, tel est le but; ce mot est tout à fait heureux, il indique bien le rôle hygiénique des mesures à prendre, rôle trop souvent confondu, jusqu'à présent, avec les nécessités de la guerre.

La question ainsi nettement posée, il fallait penser aux moyens. M. Léon Le Fort a donné un très-grand détail des appareils de transport, par brancards, par voitures et par wagons. M. Morache, réduit à des proportions de volume plus modestes, a sû néanmoins spécifier, par la plume et par le crayon, le *desideratum* du système. Cette description ne saurait trouver ici sa place; il faut, en effet, décrire minutieusement, en ces sortes de choses, et s'aider des planches, deux choses qui ne sont pas plus possibles l'une que l'autre dans un journal. Nous avons lu, avec toute l'attention commandée, les dispositions du matériel et celles du service existant dans l'armée allemande, et aussi celles proposées pour l'armée française par l'honorable médecin militaire.

La critique nous fait défaut; le but nous suffit. Il y faut évidemment la longue expérience; la connaissance des modèles adoptés en Amérique et en Allemagne importe à la solution; c'est une question d'art mécanique, et il faut féliciter les amis de l'humanité qui ont consenti à étudier tous ces ressorts. Avec ces enquêtes intéressantes on arrivera au mieux, il n'en faut pas douter. Voyons ce que l'on propose.

M. Morache adopte, comme type du wagon d'ambulance, le modèle J de la compagnie de Lyon. Ces dimensions permettent le placement de dix brancards ayant chacun $1^{m},75$ de long, et 75 centimètres de large; brancards à construire dans ces conditions, dans ces limites, c'est-à-dire avec une sujétion peut-être? Il y a là aussi un système de ressorts, reposant sur le plancher, qui aura peut-être difficulté à fonctionner sans accidents dans les circonstances pressantes de l'état de guerre? L'acier tendu, la gutta-percha, sont des organes d'une grande délicatesse; et il faut envisager la durée possible, *id est* : la dépense. Mais, encore une fois, il est impossible de donner en quelques mots, et sans l'image, une idée parfaite de la machine. Ce que l'on peut dire, c'est que l'hygiène, dans ces aménagements, reste parfaitement entendue, et que le mouvement de l'air dans la marche du wagon est sérieusement admis en ligne de compte, au moyen de larges ouvertures bien disposées.

Un train sanitaire devra se composer de vingt-quatre voitures. Il emportera cent quatre-vingts malades couchés, avec le personnel médical, administratif et technique, comprenant une trentaine de personnes. La transformation du wagon modèle J en wagon d'ambulance est évaluée à 1500 francs environ. Il y a un fourgon à bagages, un wagon-salon pour le personnel du rang d'officier; un autre pour les infirmiers, un wagon cuisine, un pour le charbon, un pour le matériel de chemin de fer, dix-huit, par conséquent pour les malades, à raison de dix lits pour chacun d'eux. « Un service sanitaire, dit M. Morache, doit être comme un navire; lorsqu'il se met en route, il renferme tout ce qui est nécessaire à sa subsistance pendant un laps de temps déterminé... » Ceci est peut-être un peu excessif, car le navire ne rencontre sur sa route ni le boucher, ni l'apothicaire du coin. Mais il vaut mieux, en effet, tout prévoir.

M. Morache demande la direction et le commandement du navire pour le médecin; moins le personnel professionnel, cependant, c'est-à-dire le personnel technique, pour employer le terme de l'auteur. Un grand nombre de détails d'organisation sont parfaitement indiqués et prévus; une planche bien faite montre clairement au lecteur le projet amené à réalisation; la lecture est tout à fait intéressante avec le secours de la lithographie.

En résumé, il y a là peut-être une véritable base, longtemps cherchée, et, si l'on en croit la pénurie des recherches, presque introuvable, pour ce but si bien déterminé, la dispersion de ces hommes, foyers de maladies redoutables, quand on les maintient dans la promiscuité. Aussi, faut-il savoir gré à M. Morache de cet effort, qui lui fait honneur, et qui pourra, si l'on veut, faire profit à toute l'armée.

C. ÉLY.

VARIÉTÉS.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Concours pour l'internat.* — Les candidats qui désirent prendre part au concours qui doit s'ouvrir le 7 octobre, à midi précis, doivent se présenter au secrétariat général de l'Administration, 3, avenue Victoria, pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches ne peut être accueillie.

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de vingt-huit ans.

Concours pour l'externat. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 14 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, 3, avenue Victoria.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 14 septembre jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement.

HÔPITAL CIVIL DE CONSTANTINE. — Cet hôpital vient d'être le théâtre d'une agitation qui a abouti à la révocation, par arrêté préfectoral, de MM. les docteurs Racle et Silve, médecins de l'hôpital, ainsi que de M. Négrin, pharmacien. Cette agitation a eu pour point de départ le remplacement des sœurs de la Doctrine chrétienne par des laïques. Entre l'économe chargé d'organiser le nouveau service, soutenu par les médecins, d'une part, et d'autre part, M. le pharmacien et MM. les internes, s'établit bientôt une division qui, dans une circonstance, a amené une rixe entre un des internes et un médecin. Celui-ci a été condamné à 50 francs d'amende. Un nouveau préfet, étant survenu, a pris l'arrêté dont nous parlons plus haut.

M. le docteur Silve vient de raconter lui-même cet épisode dans une brochure intitulée : UN COUP D'ÉTAT PRÉFECTORAL. Nous ne sommes aucunement en état d'émettre un avis personnel; mais la mesure nous paraît bien sévère en présence des témoignages de modération dont les chefs avaient fait preuve, ainsi qu'il appert de plusieurs documents : en tout cas, elle brise la carrière de confrères entourés de l'estime et de l'affection du corps médical.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 7 au 13 septembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 20. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 10. — Pneumonie, 29. — Dysentérie, 20. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 31 (1). — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 245. — Affections chroniques, 337 (2). — Affections chirurgicales, 59. — Causes accidentelles, 18. — Total, 807.

(1) Dont 21 enfants au-dessous de six mois, 5 au-dessous d'un an, 5 au-dessous de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 337 décès, 151 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** De la thoracocentèse dans la pleurésie purulente. — **Revue clinique.** Chirurgie clinique : De la résection de l'épaule par la méthode sous-périostée. — **Congrès scientifiques.** Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès médical de France. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — **Bibliographie.** La chirurgie militaire et les sociétés de secours en France et à l'étranger. — Les trains sanitaires. — **Variétés.** — **Feuilleton.** Les femmes médecins.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siège du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 26 septembre 1872.

Académie de médecine : LA CULTURE DE LA SEPTICÉMIE : M. DAVAINE.

La communication que M. Davaine a faite à l'Académie de médecine dans l'avant-dernière séance offre un intérêt considérable. Elle sera sans doute le point de départ de travaux analogues et peut-être d'une discussion académique. Elle s'unit, à quelque distance, à la discussion de la septicémie, et dans tous les cas elle désigne à l'expérimentation toute une série de recherches.

En présence des résultats nettement formulés, et exposés sous une forme saisissante, que M. Davaine a présentés à l'Académie, il serait permis de demander, comme l'a fait M. Bouley, le temps de réfléchir avant de porter le moindre jugement sur des expériences qui peuvent amener la solution d'une question déjà très-controversée. Il est dans la nature des savants placés en présence de résultats quelque peu inattendus, de douter ; d'exiger dans l'exposition des faits la plus grande précision, les détails les plus circonstanciés ; de rechercher si l'objection ne pourrait atteindre au moins les conclusions du travail, et imposer à l'expérimentateur des conditions nouvelles pour une démonstration définitive. Plus d'un auditeur a dû se demander si c'est réellement la septicémie que M. Davaine a inoculée ; si les cobayes et les lapins peuvent contracter par inoculations successives une forme de septicémie comparable à la septicémie qu'on observe chez l'homme, et s'il ne s'agirait pas dans ces faits d'une affection charbonneuse. M. Davaine répondrait sans doute qu'ayant indiqué lui-même en 1868 les caractères distinctifs de la septicémie et de l'affection charbonneuse, il peut être considéré comme bon juge en pareille matière, et que, dans ses expériences, l'irrégularité dans la durée de la vie après l'inoculation n'est pas en rapport avec les doses reçues, tandis que dans les inoculations de sang charbonneux la durée de la vie après l'injection est proportionnelle à la quantité inoculée. Sans doute, une étude de l'anatomie pathologique poursuivie avec le plus grand soin permettrait de donner des preuves plus directes encore de la distinction à établir; car, en définitive, ce n'est qu'en s'appuyant sur l'expérimentation qu'on peut entrer en discussion ou en communion d'idées avec M. Davaine.

Pour aujourd'hui, il est un point que nous voulons mettre en relief dans ces expériences, parce qu'il montre que les recherches de M. Davaine ne doivent pas être considérées comme présentant un résultat tout à fait inattendu, et par conséquent devant exciter ce doute qui accueille l'exposition d'un fait sans précédents.

M. Davaine, avec une bonne foi qui doit être une des règles de conduite de l'expérimentateur, et qui, comme tout acte honnête, n'est jamais sans avantage, nous rappelle tous les essais qui, avant ses expériences, prouvaient déjà la valeur de la méthode suivie par lui, et avaient déjà servi à poser la question de la culture du virus, ou du développement de la puissance nocive des produits septiques lorsqu'on les transmet par inoculations successives.

Raimbert, en 1859, avait déjà démontré que le virus charbonneux se transmet avec une intensité plus grande lorsqu'il provient d'animaux inoculés. MM. Coze et Feltz (1860) avaient formulé avec beaucoup de précision ce fait, qu'il faut plus de temps pour tuer un animal par les matières putrides que par l'inoculation du sang d'un animal infecté par ces matières ; ces expérimentateurs avaient également établi le principe de la création de plusieurs générations infectieuses, c'est-à-dire la transmission successive des produits infectieux, puis du sang d'un animal à d'autres animaux.

Nous avons dernièrement signalé dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE (n° 22, p. 353, 1872) que Klein et Burdon-Sanderson

FEUILLETON.

Médecins, poëtes, littérateurs, architectes, numismates, etc. (1).

Ce n'est pas en vain qu'Apollon, le dieu de la poésie, a été donné comme le divin patron des médecins. Dans tous les temps, en effet, les médecins ont aisément fait marcher de front le culte d'Esculape et celui des Muses. Il est même à remarquer que nos ancêtres avaient une singulière disposition à confier à la poésie le soin d'exprimer leurs savants préceptes. Sans parler d'Andromaque, qui, sous Néron, a chanté en vers élégiaques les propriétés et la composition de la thériaque qu'il avait inventée ; sans nous arrêter à Serenus Sommonicus, qui, au commencement du IIIe siècle de l'ère chrétienne, avait écrit un poëme fort remarquable sur la médecine (*Carmen de medicina*), imprimé un grand nombre de fois, commenté, annoté par Gabriel Humelberg, G. Pictorius, etc., tout le monde connait les *Préceptes* de l'École de Salerne, écrits en vers léoniens vers l'an 1100, et dédiés à Robert, duc de Normandie. A l'exemple de cette école célèbre, les médecins des XIIe et XIIIe siècles se faisaient un devoir de donner cette forme poétique à leurs préceptes sur l'art de guérir, et de les faire chanter plutôt que de les faire parler : méthode, on en conviendra, excellente pour faire plus facilement graver dans la mémoire des élèves les leçons du maître. Un médecin de Philippe-Auguste excella surtout dans ce genre de poésie. Il se nommait Gilles de Corbeil et florissait vers la fin du XIIe siècle. Les curieux recherchent avec avidité les ouvrages tournés en vers de ce poëte distingué, et qui sont :

1° Un traité très-remarquable, *De pulsibus*, en 380 vers hexamètres, ouvrage mis, au XIIIe siècle, au nombre des ouvrages approuvés par la Faculté de médecine de Paris.

(1) Extrait du dernier fascicule du *Dictionnaire encyclopéd. des sciences médic.*

ont de nouveau démontré que les propriétés septiques du pus peuvent être accrues considérablement par une sorte de « *culture* ». Ainsi du pus louable, injecté dans la cavité péritonéale d'un lapin ou d'un chien, y est laissé quelques heures; ce pus étant repris, est transporté dans la cavité péritonéale d'un second animal; il y est laissé deux jours, et, à partir de ce moment, il est éminemment toxique; il produit la pyohémie chez les autres animaux, ou au moins une septicémie suraiguë.

Nous insistons sur ces faits antérieurs, parce qu'ils montrent bien l'origine française de la méthode des générations successives, et parce qu'ils prouvent qu'au milieu d'un si grand nombre d'expérimentateurs qui, depuis Gaspard et Magendie, ont pratiqué des injections putrides et reproduit la septicémie chez les animaux, M. Davaine est le seul qui ait recherché aussi loin les conséquences de la culture des produits septiques par générations successives.

M. Davaine, en poursuivant jusqu'à la quatrième génération l'étude des propriétés septiques du sang des animaux inoculés, a décidément consacré la méthode de la culture des virus ou des produits infectieux. Désormais c'est dans cette même voie qu'il faudra le suivre pour obtenir les phénomènes quasi merveilleux qu'il signale, et qui ne sont peut-être que le prélude de nouvelles révélations.

A. HÉNOCQUE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine pratique.

PORTE-LIQUIDE LARYNGÉ, par le docteur KRISHABER.

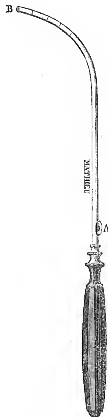
Cet instrument, exécuté par M. Mathieu, et présenté à l'Académie le 13 août dernier, se compose d'un tube légèrement conique, d'argent vierge, sans soudure, à parois relativement épaisses, pouvant être courbé plus ou moins sans inconvénient, et ayant pour but l'introduction dans la cavité du larynx de liquides de diverses natures.

L'instrument (voyez figure) est muni d'un manche (*m*) et d'un orifice à chacune de ses extrémités (*o* et *o'*). On le plonge, les deux orifices étant libres, dans le liquide médicamenteux à employer; on place ensuite l'index de la main qui tient l'instrument sur l'orifice situé près du manche (*o'*), et de cette façon le liquide qui a pénétré dans l'instrument y est maintenu en vertu d'une loi physique bien connue (le tube est gradué par gouttes, 1, 2, 3, 4, sa capacité moyenne est de 25 gouttes). Une fois l'instrument porté dans le larynx, on dégage l'orifice supérieur en ôtant l'index, et le liquide tombe sur la partie malade.

Cet instrument a l'avantage :

1° De permettre la mensuration précise de la quantité de liquide à employer;

2° De limiter son action exactement sur le point malade lorsqu'il s'agit de cathétériques ou de corrosifs;



3° De rendre possible l'introduction en quantités illimitées de substances médicamenteuses, telles que eaux minérales, par exemple, avec la certitude de leur introduction dans les voies aériennes.

A tous ces titres, ce porte-liquide laryngé remplace avantageusement d'une part les porte-éponge et les porte-pinceau, et d'autre part les pulvérisateurs.

2° Un traité, *De urinis*, également en hexamètres au nombre de 346.

3° Un autre poëme, en quatre livres qui contiennent 6000 vers, intitulé : *De viribus et laudibus compositorum medicamentorum*. Dans ce dernier traité, en vers qui ne manquent ni de gravité ni d'harmonie et qui rappellent souvent la manière de Claudien, Gilles de Corbeil y détaille tous les salutaires effets que produisaient ou devaient produire les onguents, les baumes, les antidotes, enfin tous les remèdes connus de son temps.

4° Enfin, un quatrième ouvrage, découvert seulement en 1837, et qui, sous ce titre bizarre : *Ierapiga ad purgandos prelatos*, est une vive satire contre les prélats de son temps.

Depuis la renaissance des lettres, à laquelle les médecins ont tant contribué par leurs éditions et leurs commentaires des auteurs grecs et latins, jusqu'au milieu du XVIIIe siècle, on citerait peu de médecins célèbres qui n'aient été en même temps des poëtes latins fort habiles. Ils ont orné ou plutôt surchargé de leurs vers les frontispices de leurs livres, les préfaces, les avant-propos, les dédicaces, et jusqu'aux passages les plus remarquables du texte.

Il faut convenir que, pour peu que la nature ait doté un médecin de sensibilité et d'imagination, il n'est guère possible qu'en faisant du système général du monde, des merveilles de la création, des rouages étonnants de l'économie humaine, le sujet habituel de ses études, il puisse se défendre d'une secrète et violente inspiration qui lui fait abandonner, comme malgré lui, le style froid et didactique qui convient à une démonstration méthodique, pour le langage le plus élevé de la poésie. Quels plus grands poëtes qu'Hippocrate écrivant son immortel *Serment!* Van Helmont, Stahl, enthousiasmés à l'aspect de l'économie animale, de la magnificence de la nature! Haller traçant d'une manière religieuse et touchante les grandes pages de sa physiologie! Barthez inspiré dans son beau livre *La science de l'homme!* Zimmermann faisant vibrer toutes les fibres dans sa *Solitude!* Roussel répandant à pleines mains les

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

De la version par manœuvres externes et de l'expression utérine.

L'*expression utérine* est une des questions d'obstétrique à l'ordre du jour; votre collaborateur, M. Labadie-Lagrave, lui consacrait récemment un article bibliographique intéressant à propos du remarquable travail de M. le docteur Suchard.

J'ai pensé que ceux de vos lecteurs qui s'occupent de ce sujet accueilleraient avec d'autant plus d'intérêt les faits suivants observés dans ma pratique, que les auteurs classiques, le traité de Cazeaux par exemple, nouvellement édité, sont presque muets sur cette question; elle n'est guère signalée que dans la note du docteur Chantreuil, insérée dans les Archives générales de médecine (octobre 1870).

La *version par manœuvres externes* est plus connue, mais très-peu pratiquée jusqu'ici. Elle est mentionnée dans Cazeaux, qui cite à ce sujet un ancien mémoire de Wigand (de Hanovre), et des travaux plus récents de Mattéi, à Paris.

Obs. I (1). — *Tertipare. Présentation transversale du fœtus changée en présentation du sommet par manœuvres externes. Terminaison par expression utérine en deux heures un quart, tandis que précédemment le travail, abandonné à lui-même, avait duré une fois trente-six heures et une fois quarante huit heures.* — Le 7 juin 1872, à huit heures du matin, je suis appelé auprès de madame H..., âgée de vingt-sept ans, en travail depuis deux heures du matin. Troisième couche, à terme.

Partie fœtale très-élevée; col mou, dilatable. Madame H... dit que la poche des eaux s'est rompue pendant la nuit. A travers les parois abdominales, qui sont flasques, on peut sentir que l'enfant est placé en travers, la tête à droite. Maximum des bruits du cœur fœtal à la hauteur de l'ombilic, à droite. Douleurs modérées, revenant à intervalles d'environ dix minutes. Repos au lit.

Je reviens à midi : Douleurs plus fortes et plus fréquentes; rien de changé ~~dans la~~ position de l'enfant. A deux heures, les douleurs sont devenues encore plus fortes et reviennent toutes les cinq minutes. La présentation de l'enfant est toujours la même, transversale, tête à droite. Le col serait suffisamment dilatable pour permettre la version interne, mais la flaccidité des parois abdominales me fait penser que la *version par manœuvres externes* réussirait dans ce cas. J'applique donc la main droite contre la tête de l'enfant et la main gauche contre son siége, et dès qu'une douleur survient, je presse simultanément dans le sens voulu pour redresser l'axe du fœtus.

Une modification favorable se fait aussitôt. A la prochaine douleur, nouvelle manœuvre semblable, nouveaux progrès. A la troisième douleur, j'arrive à pousser la tête directement en bas et le siége en haut, de sorte que l'axe du fœtus est parallèle à la colonne vertébrale de la mère. Il restait à *fixer l'enfant* dans cette position favorable. Pour cela, on conseille de rompre la poche des eaux, mais ici la rupture des membranes avait déjà eu lieu, et de plus la tête s'arrêtait au-dessus de la symphyse pubienne, à cause d'un léger rétrécissement du bassin. J'eus donc l'idée d'essayer l'*expression utérine*. A la prochaine douleur, je saisis le fond de l'utérus entre les paumes de mes deux mains, et je fis des pressions assez énergiques dont la résultante était dirigée vers le pubis. La tête glissa par-dessus le pubis, vers le côté gauche. A la douleur suivante, nouvelles pressions.

J'examinai ensuite par le toucher et je trouvai la fontanelle postérieure à gauche, la tête en travers et très-élevée. L'expression utérine ayant été répétée à la douleur suivante, la tête se trouva solidement engagée, et, à la prochaine contraction, aidée encore par l'expression, elle commença à franchir le détroit supérieur. Il était trois heures. Six douleurs avaient donc suffi, les trois premières pour faire la *version externe*, les trois autres pour engager la tête de l'enfant, par *expression utérine*, dans un bassin légèrement rétréci. Je n'ai pas encore pu mesurer ce rétrécissement, mais il doit exister, car cette dame a été rachitique dans son enfance, et lors de ses deux premiers accouchements elle a souffert, dans l'un trente-six heures, et dans l'autre près de quarante-huit heures et les douleurs étaient intolérables. Le médecin anglais qui l'assistait avait fini par lui donner une très-forte potion et se disposait à employer le forceps. Il avait, dit-il, constaté un rétrécissement. En effet, d'après une mensuration récente, le diamètre sacro-pubien est à peine de 8 centimètres et demi.

Voyant que l'expression utérine réussissait si bien et ne fatiguait pas la malade, je continuai encore pendant un quart d'heure à presser énergiquement sur la matrice au moment des douleurs; puis, ayant senti la tête à 1 centimètre plus bas qu'auparavant, j'abandonnai le travail à la nature et ne fis plus l'expression que de temps en temps. A quatre heures, la malade, devenue très-nerveuse, demanda instamment du *chloroforme*. Je le fis respirer dans un cornet entr'ouvert et ne ménageai point les doses; néanmoins, elle ne s'endormit pas et ne fut même que médiocrement soulagée. Voyant cela, j'injectai dans le bras 1 centigramme de *chlorhydrate de morphine*. Il était quatre heures trente minutes.

Tout à coup, une forte contraction amena la tête sur le plancher du périnée, et à quatre heures quarante-cinq minutes l'enfant naissait. Alors le sommeil commença enfin; il était très-calme et *dura cinq minutes*. Il doit avoir été produit surtout par la morphine, car je n'avais donné que très-peu de chloroforme pendant le dernier quart d'heure du travail. Puis survinrent quelques contractions pour la *délivrance*.

Je n'employai pas l'expression utérine pour obtenir le délivre. Il y eut quelques tranchées. Suites de couches excellentes. L'enfant, né à terme, était fort et bien constitué. Deux heures trois quarts de grandes douleurs ont donc suffi dans ce cas, grâce à la *version externe* et à l'*expression utérine du fœtus*, lorsque dans les accouchements précédents il a fallu à la même personne, une fois trente-six heures, et une fois quarante-huit heures, avec des souffrances excessives.

Obs. II. — *Tertipare. A eu lors de son premier accouchement une forte hémorrhagie pendant la délivrance, et après son second accouchement une hémorrhagie excessive. Cette fois, commencement d'hémorrhagie, arrêtée immédiatement par* l'expression *du placenta.* — Madame C..., âgée de vingt-trois ans. Je l'avais assistée à son premier accouchement; une hémorrhagie abondante était survenue pendant la délivrance. Son second enfant est né à Rome, il y a dix-huit mois : hémorrhagie excessive pendant et après la délivrance, au point que l'on fit des applications

(1) Ces observations ont été communiquées pour la plupart à la Société médicale de l'Élysée, dans sa séance du 1er juillet 1872.

---

trésors de son imagination amoureuse! Cabanis peignant les derniers instants de Mirabeau! Bonnet animant les pages de ses productions par un style plein d'enthousiasme et d'inspiration! Linné caractérisant d'une manière charmante les familles des plantes, donnant aux liliacées le faste et la majesté, les comparant aux princes et aux grands, voyant, au contraire, dans les graminées la classe obscure et nombreuse du peuple, la plus réellement utile, celle qui fait la force et la richesse de l'État!...

D'ailleurs, plusieurs grands poëtes sont sortis de nos rangs. Il suffira de citer le Dante, Schiller, chirurgien-major d'un régiment en garnison à Stuttgart, Goldsmith, si célèbre par son joli poëme du *Village abandonné*, par celui du *Voyageur* et par son *Vicaire de Wakefield*, le chef-d'œuvre des romans anglais.

Je sais bien les préjugés qui atteignent les médecins qui osent se dire les amis du Parnasse. Un médecin qui compose des vers n'est pas loin d'être regardé par la foule comme un homme frivole qui fait un abus déplorable de son temps et de ses facultés, et auquel il serait dangereux de confier le soin de sa vie. C'est surtout en France que ce préjugé existe, et c'est sans doute pour cela que les médecins français qui se sont déclarés disciples d'Apollon sont plus rares que dans les autres pays de l'Europe, où l'on compte tant d'hommes illustres qui ont été à la fois de grands praticiens, de profonds penseurs et des poëtes distingués. Si la partie technique et descriptive de la médecine, l'anatomie, la matière médicale, ne sont susceptibles ni de développements oratoires, ni de couleurs poétiques, la morale de l'art de guérir, ainsi que le fait si bien observer Étienne de Sainte-Marie, l'aspect dans lequel il faut en étudier les préceptes, les pratiques à suivre pour conserver la santé, les rapports de cet art avec la nature entière, toutes les parties, enfin, de la littérature médicale, peuvent devenir, dans les mains d'un homme habile et doué d'un beau talent pour l'expression, des sujets de peintures à la fois brillantes et fidèles. Aucune profession n'offre des

de glace pendant près de vingt-quatre heures. On redoutait beaucoup un accident semblable à la suite du troisième accouchement, pour lequel je fus appelé le 24 juin 1872, à quatre heures du matin. Le travail ne présentait rien d'anormal ; les contractions étaient assez énergiques, comme elles l'avaient été lors du premier accouchement, mais bientôt l'état d'excitation nerveuse devint tel que, sur les instances réitérées de la malade, je finis par lui permettre de respirer de l'éther. Je n'en donnai pas assez pour l'endormir, de peur d'augmenter sa tendance à l'inertie de la matrice, et quand même la boîte électrique et une provision de glace étaient prêtes pour un accident de ce genre. L'enfant, bien constitué et à terme, naquit à neuf heures du matin. Aussitôt une perte de sang commença, comme les autres fois. Je m'empressai de faire des frictions sur la paroi abdominale, puis des pressions, avec une main aidée par l'autre, tâchant de comprimer la matrice, pour obtenir le délivre par *expression utérine*. Je sentis bientôt que la matrice reprenait de l'énergie ; elle commençait à durcir ; en même temps la perte diminuait, et, à la troisième expression le placenta fut chassé tout entier, sans qu'aucune traction sur le cordon eût été faite. La perte s'arrêta et la contraction de la matrice resta parfaite. Je donnai un peu de seigle ergoté par précaution. Les suites de couches furent excellentes ; *il ne survint pas même de tranchées*.

Obs. III. — Madame V..., âgée de trente et un ans ; seconde couche. Elle ressent les premières douleurs le 24 juin 1872, à quatre heures du soir. Accouchement normal ; contractions énergiques. L'enfant naît à neuf heures du soir, à terme et très-vigoureux. Peu après je fais quelques frictions sur les parois abdominales, puis des compressions. Des douleurs spontanées se déclarent ; je fais coïncider les compressions avec ces douleurs, et, à la seconde, le placenta est expulsé avec énergie. Dans ce cas, je n'ai pas donné de seigle ergoté ; il n'est pas non plus survenu de tranchées.

Obs. IV. — Madame M..., primipare, âgée de trente ans. Le 8 juillet 1872, je fus appelé à cinq heures du soir auprès de cette dame, hors Paris. Elle était en travail depuis plus de vingt-quatre heures. Une application de forceps avait été faite sans succès. A mon arrivée, je trouvai la tête de l'enfant sur le plancher du périnée, et les douleurs étaient excessives, mais semblaient efficaces. Je n'eus qu'à aider un peu les efforts de la mère par l'emploi du rétroceps, sans même la placer en travers du lit. L'enfant naquit à sept heures du soir. Il ne fut ni pesé, ni mesuré, mais il dépassait beaucoup la moyenne, comme dimensions. Il était mort et paraissait avoir succombé depuis plusieurs heures, aussi me fut-il impossible de le ranimer par l'insufflation. Une dose énorme de seigle ergoté avait été donnée avant mon arrivée, et je n'avais pas pu entendre les battements du cœur.

Après la naissance de l'enfant, je n'eus qu'à faire deux fois une pression un peu énergique sur la matrice, et le délivre parut aussitôt.

Je revis l'accouchée au bout de huit jours. Elle allait très-bien. Cette observation est donnée en détail pour montrer que, malgré la fatigue occasionnée par un accouchement très-laborieux, l'utérus peut garder assez de vigueur pour répondre à l'*expression utérine*, et pour expulser le placenta comme après un accouchement normal.

Obs. V. — Madame C..., primipare, 21 juillet 1872. Accouchement normal en neuf heures. Frictions sur l'abdomen ; il survient une contraction que j'augmente par l'*expression utérine ;* le délivre est expulsé aussitôt, comme le serait le noyau d'un fruit pressé entre les doigts.

Voici maintenant un cas où l'expression utérine ne m'a pas réussi.

Obs. VI. — Madame W..., primipare, âgée de vingt-deux ans. Le 26 juillet 1872, le travail commence, peu après midi, par la rupture de la poche des eaux. De huit heures du soir à minuit, fortes douleurs, qui se calment ensuite et recommencent à quatre heures du matin. A neuf heures, la mère, très-énervée, demande instamment qu'on termine l'accouchement. Application du rétroceps dans l'excavation. L'enfant naît à neuf heures et demie ; il est très-fort. Je fais aussitôt quelques frictions sur la paroi abdominale, et la compression de l'utérus avec la main gauche, aidée de la droite. Malgré plusieurs compressions, le placenta ne vient pas. Je saisis alors le cordon de la main droite et je tire doucement dessus, tout en continuant à presser sur l'utérus avec la main gauche. Une très-légère traction suffit pour amener le délivre, puis la contraction de la matrice est énergique, et les suites de couches très-naturelles.

La méthode suivie dans ce cas, pour la délivrance, est celle que recommande le docteur Saussier, de Troyes (*Gazette des hôpitaux*, 1864, n° 93), et dont il dit avoir obtenu les résultats les plus satisfaisants. C'est une méthode mixte, où entre à la fois l'*expression utérine* et la *traction* sur le cordon. Lorsqu'en 1864, Saussier publia sa méthode dans la Gazette des hôpitaux, il ne se doutait pas que l'expression utérine était déjà employée en Allemagne et en Hollande par les médecins, et même par la plupart des sages-femmes (*Monatsschrift für Geburtskunde*, janvier 1865, p. 67).

Le procédé, pour l'*expression utérine du placenta*, est d'une exécution facile. Peu après la naissane de l'enfant, on commence par faire quelques frictions sur les parois abdominales. Il peut arriver que ces frictions suffisent pour produire une contraction vigoureuse de la matrice, qui expulse d'elle-même la placenta. Celui-ci peut sortir complétement ou rester dans le vagin, d'où on l'extrait facilement. Si les frictions sont insuffisantes, on applique la main gauche sur l'abdomen et l'on comprime fortement la matrice, en appuyant le dos de la main droite sur la main gauche, afin d'augmenter la pression. Au bout d'un court intervalle, on recommence. On fait coïncider l'expression utérine avec les contractions spontanées, quand il y en a. D'habitude, après deux ou trois expressions, le placenta est expulsé.

Cette méthode a plusieurs avantages précieux. D'abord, elle empêche la *rupture du cordon*, accident rare, il est vrai, dans la délivrance à terme, mais qui a suffi quelquefois pour entraîner la mort de la femme lorsque l'introduction de la main était rendue impossible par un col déjà rétracté.

Ensuite, elle prévient presque à coup sûr les *hémorrhagies :* l'observation II en est un exemple frappant. Le docteur Chantreuil dit dans son Mémoire que des observateurs dignes de foi

---

tableaux plus déchirants que la nôtre, aucune n'est capable de développer plus heureusement la sensibilité, la bienveillance, tous les sentiments généreux qui ont avec la poésie tant de points de contact.

Une remarque encore à faire, c'est que, à mesure que la science a marché vers le certain degré d'exactitude dont on la félicite de tous côtés aujourd'hui, et que les grandes vues spéculatives ont fait place à la méthode descriptive et à celle des chiffres, le genre poétique a dû nécessairement abandonner la plume des médecins. Inspirez-vous donc avec la description d'un muscle, d'un os, prise dans Boyer ; avec l'histologie, l'étude des infiniment petits, et cette minutie germanique que l'on apporte dans la division sans fin des maux qui frappent notre pauvre nature !

Ce serait en vain que l'on voudrait, dans un simple article de dictionnaire, passer en revue tous les médecins français ou étrangers qui se sont distingués dans le genre poétique. Nous allons cependant, en procédant par siècles, essayer de donner une idée des droits qu'a la profession médicale à la protection des muses.

1° xvi° *siècle*. — Une vingtaine de médecins doivent être particulièrement notés au milieu de cette pléiade de poëtes que le grand mouvement de la Renaissance a fait surgir. Guillaume Bigot, philosophe aristotélien sous François Ier, publie un recueil de poésies très-estimées de son temps, sous le titre de *Cataptron ;* il exhorte la jeunesse au travail et aux bonnes mœurs ; il lance contre les empiriques de mordantes épigrammes. Adrien Junius, l'un des plus grands médecins de son temps, célèbre dans un poëme héroïque (1554) le mariage de Philippe II et de Marie, reine d'Angleterre. Philibert Brelin ajoute au mérite d'avoir traduit Lucain (1582) celui d'avoir composé des poésies amoureuses. Champier, cet homme étonnant et qui a embrassé, dans ses vastes labeurs, presque toutes les connaissances humaines, se montre poëte fort distingué dans sa *Nef des dames vertueuses*, dans sa *Nef des princes*. Claude de Pontoux accorde sa lyre et en fait sortir des odes,

(*Credé*, à Leipzig, le promoteur de cette méthode; *Clarke*, *Mayer*, *Spiegelberg* et d'autres) affirment qu'ils n'ont pas eu d'hémorrhagies depuis qu'ils emploient exclusivement ce procédé dans leurs services. Lui-même n'en a pas eu non plus, tandis qu'il a été frappé du nombre considérable d'hémorrhagies survenant après la délivrance classique, pendant son internat (*Maternité*, *Lariboisière*, *Cochin*).

Un troisième avantage, que je n'ai pas vu signalé, mais qui est vérifié dans mes observations et me paraît rationnel, c'est que cette méthode doit, sinon éviter, du moins diminuer considérablement les *tranchées*. Ainsi, dans mes observations II et III, qui n'ont pas trait à des primipares, la délivrance a été faite par expression utérine, et il n'est pas survenu de tranchées. Je ne pense pas que le peu de seigle ergoté que j'ai donné au n° 2 aurait pu suffire pour empêcher les tranchées, et le n° 3 n'a pas eu d'ergot de seigle. C'est d'ailleurs une opinion assez raisonnable d'admettre, avec Paterson (*Edinburgh medical Journal*, juin 1864, p. 1098) et d'autres, que les tranchées n'ont lieu qu'en cas d'accumulation de sang dans la cavité utérine. Les contractions énergiques produites par l'expression utérine doivent être le meilleur moyen pour empêcher cette accumulation.

Dans ma première observation, j'ai fait la délivrance classique, et il est survenu des tranchées.

L'objection principale qui a été faite de divers côtés à l'*expression utérine* consiste à dire que c'est un procédé *brutal*, qui doit être *fatigant* et peut-être *dangereux* pour la femme. Cette objection est suffisamment réfutée par la vulgarisation dont cette méthode a été jugée digne, après avoir été consciencieusement expérimentée dans un grand nombre de services, à l'étranger.

Je puis dire qu'aucune des femmes dont j'ai rapporté ci-dessus l'observation ne s'est plainte de la pression exercée sur la matrice pour provoquer la délivrance; et même dans l'observation I, où j'ai appliqué l'expression utérine au fœtus, en faisant sur la matrice des pressions considérables, l'effet de ces pressions était plutôt un soulagement pour la mère. Il est évident que, pour qu'il en soit ainsi, les pressions doivent ne pas dépasser une certaine limite, et doivent être faites dans la direction qui facilite le plus l'expulsion du fœtus ou du délivre, eu égard à la position de la matrice.

Le but de cette communication très-succincte est uniquement d'appeler l'attention des praticiens sur la *version par manœuvres externes* et sur l'*expression utérine*, procédés simples, vraiment utiles, et d'autant plus dignes d'être essayés à l'occasion que, lorsqu'ils échouent, rien n'empêche d'avoir recours aux anciennes méthodes, que chacun connaît.

D[r] Thierry-Mieg.

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Congrès médical de France (4e session à Lyon).

(Correspondance de Lyon.)

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1872 (MATIN). — PRÉSIDENCE DE M. DIDAY.

VARIOLE ET VACCINE : MM. BOUTELLIER, FREDET, CHABANNES, TEISSIER, BERGEON, TROLARD.

Après le discours d'ouverture prononcé par M. Diday, et qui fut accueilli par de si sympathiques bravos, il est procédé, par le vote, à la constitution du bureau.

M. Stoltz, ex-professeur de l'ex-faculté de Strasbourg, le doyen des doyens des Facultés de France, présent au Congrès, est appelé à la présidence d'honneur. Cet éminent confrère dont la science et le patriotisme sont connus de tous, cherche à décliner cet honneur, mais sa modestie est obligée de céder devant les chaleureux applaudissements de l'assistance, et il prend le fauteuil en remerciant par quelques paroles émues.

Le dépouillement du scrutin fournit les résultats suivants :

Président : M. Diday.

Vice-présidents : MM. Bouchacourt, Bouteiller, Desgranges, Marmy, Richelot, Verneuil.

Secrétaire général : M. A. Dron.

Secrétaires : MM. Aubert, Clément, Drivon, Marduel, H. Mollière, D. Mollière.

M. Diday donne lecture d'une lettre de M. le professeur Bouillaud qui s'excuse, en termes excellents, de ne pouvoir assister au Congrès.

Après ces préliminaires, le Congrès entre dans l'étude des questions du programme (1). Cette première journée doit être consacrée aux épidémies de variole. Le point le plus important sur lequel la commission avait attiré l'attention, portait sur les moyens propres à prévenir ou à arrêter les épidémies de variole; aussi la plupart des communications ont-elles conclu à la nécessité d'étendre de plus en plus les vaccinations, et ont-elles amené à formuler un vœu important qui doit être renvoyé aux autorités législatives.

— M. *Bouteiller* (de Rouen) a envoyé un mémoire divisé en deux parties : la première, qui a trait à la marche et aux caractères spéciaux de l'épidémie qui a sévi à Rouen en 1870-71 ; la seconde, qui proclame la vaccine comme seul

(1) Je réserverai pour un article spécial les communications qui ne rentrent pas dans les questions du programme, pour ne pas rompre l'unité des travaux de chaque jour.

des fantaisies, des mignardises à l'adresse d'une belle inconnue; dans sa *Gélodacrie*, il chante les ris et les larmes; c'est l'amour qui l'a fait poëte; c'est lui qui le retient sous son sceptre :

Amour me veit d'un trop libre courage,
Me print, et puis, me mettant en servage,
M'apprint la danse et la muse des vers.

Jean d'Ivry, de la Faculté de Paris, troque une fructueuse clientèle contre le commerce des muses; il mourra dans la misère, « nudus et pauper ». N'importe! la voix d'en haut l'emporte; il écrit le *Dialogue de Salomon et de Marcophus*, le *Triomphe de France*, les *Filles de Paris*. Hugues Favoli compose des acrostiches; il explique en beaux vers la cosmographie. Adrien de Jonghe s'applique à traduire les anciens auteurs : Plutarque, Fulgence, Martial, Pétrone, Sénèque, etc. Dans un poëme fort remarquable, Pierre Joyeuse célèbre la constance de Job. Lotichius se distingue assez dans la poésie latine pour être proclamé le meilleur poëte de son temps. Le célèbre J. C. Scaliger rend publics sept livres de poésie. François Arselli adresse à Paul Jove un morceau élégiaque, *De poetis urbanis*, inséré dans le recueil des poésies latines intitulé : *Corcyana*. C'est dans ce siècle que Fracastor composa son admirable poëme de la syphilis. C'est en 1587 que parut pour la première fois le *Grand miroir du monde* de Joseph du Chesne (Quercetanus), sieur de la Violette, médecin de la cour, un vrai poëte encore. Rien de plus joli, de plus frais que son poëme des *Oiseaux*, dont nous ne pouvons détacher que le commencement :

Oiseaux, hostes de l'air, privés et passagers,
Qui aimez les forêts, les granges et les mers,
Par vos becquetements, par vos vols et ramages,
Rendez certains, mignons, finissant mes présages,
Ceux qui voguent sur l'eau, ceux qui hantent les champs,
S'il doit faire serain, ou quelque mauvais temps.

2° XVII[e] *siècle*. — Ce siècle est encore plus fécond que le précédent, relativement aux œuvres de l'imagination. Jetons au

moyen de prévenir ce fléau meurtrier, et l'isolement comme seule mesure d'enrayer sa marche.

Ce que M. Bouteiller a observé à Rouen diffère peu de ce qui s'est vu partout : caractère hémorrhagique de l'épidémie, gravité des cas, mortalité considérable. Quant à la question de prophylaxie, il déclare que si, depuis Jenner, il y a eu autant d'épidémies varioleuses, c'est aux préjugés hostiles à la vaccine et à la mauvaise qualité du vaccin qu'on le doit. Vacciner, vacciner tout le monde avec du vaccin jennérien, là est le salut, en temps ordinaire et en temps d'épidémie. — Isoler les malades dans des salles spéciales *largement ventilées*, est aussi la seule ressource qui nous reste pour empêcher la propagation des épidémies. Cet isolement est reconnu nécessaire par un grand nombre de médecins. Dans le même but, il faut, en temps épidémique, surveiller avec soin le passage des gens infectés dans les communes, et imposer une sorte de quarantaine à ceux soupçonnés de transporter la variole. C'est là un projet qui mérite une étude sérieuse.

Quant à la valeur relative des divers vaccins, M. Bouteiller est d'avis que le meilleur vaccin est le cow-pox naturel. Mais en raison de sa rareté, des difficultés de toutes sortes que l'on rencontre dans sa recherche, et de l'obstination ou de l'inattention des propriétaires de bestiaux, nous sommes obligés de nous servir du vaccin humain qui reste encore le meilleur entre tous. Il y aurait peut-être moyen, en accordant une prime aux fermiers, d'avoir plus fréquemment du cow-pox ; mais là encore il faudrait se garder des supercheries et des cow-pox artificiels. Le seul procédé serait encore de rechercher le cow-pox spontané, d'acquérir les animaux porteurs de cette maladie et, après la prise du fluide, de les revendre au marché. Avec ce cow-pox naturel, vacciner le plus d'enfants possible, puis vacciner avec leur virus d'autres enfants de huit en huit jours, en choisissant les enfants les mieux portants, serait le procédé pour régénérer le vaccin humain qui s'est profondément altéré par les mélanges de ces vaccins dits vaccin animal, vaccin napolitain, auxquels M. Bouteiller ne croit pas. Il ne peut admettre que, depuis cinquante ans, on ait pu, sans rompre la chaîne, entretenir par l'inoculation successive le cow-pox à plus de 2600 génisses. Il a cherché à Rouen à établir ainsi une série d'inoculations de cow-pox, mais au bout de trois semaines la chaîne était rompue, quelques inoculations sont restées stériles et le fluide a été perdu. Pour renouer la chaîne, il eût fallu inoculer à des génisses du vaccin humain. C'est, selon toute probabilité, ce qu'on a fait à Naples. Enfin, le vaccin napolitain est infidèle : la proportion des succès est inférieure à celle que donne le vaccin humain.

Pour conserver le vaccin humain dans toute sa puissance, il faut le cultiver avec soin, étudier minutieusement les sujets qui devront le transmettre, ne jamais se servir du virus d'un individu *revacciné*.

Mais il est des mesures de police sanitaire qui doivent être prescrites pour assurer le service de la vaccine et la conservation du vaccin. Dans l'armée, dans certaines manufactures, dans les écoles et lycées, on exige des certificats de vaccine : personne ne songe à s'élever contre cette exigence, tout le monde l'accepte. Pourquoi ne pas étendre cette obligation? Dans des pays voisins, la vaccination est prescrite par la loi ; en France, cela nous manque et il faut l'obtenir.

Administrativement, il faut créer pour la conservation du vaccin et la surveillance des vaccinations des comités spéciaux. Ceux qui existaient autrefois ont été fondus dans les conseils de salubrité. Mais ces conseils n'ont que voix consultative, et ici il faut surveillance, protection, conservation, initiative enfin. Ces comités devraient récompenser non la quantité de vaccinations, mais leur bonne qualité. Enfin, ils rechercheraient le cow-pox spontané et seraient chargés d'améliorer la culture du vaccin.

Après ce mémoire très-écouté, M. *Fredet fils* (de Saint-Chaumond) fait part des observations qu'il a faites pendant l'épidémie de 1870-71. Il a soigné 253 varioleux et les a étudiés avec soin. De ses remarques il résulte que la variole confluente a été de beaucoup la plus fréquente et souvent hémorrhagique ; que la variole se propage par contagion, et que la vaccine est aussi le seul moyen à opposer à sa propagation. Il refuse, comme M. Bouteiller, au vaccin de revacciné la même puissance qu'au vaccin tiré d'un sujet vierge de vaccinations antérieures.

M. *Chabannes* (de Vals) établit, dans une forme originale, la vertu préservatrice du vaccin et la contagion de la variole. Il suit pas à pas les ravages causés par un certain sieur Chabot, arrivé dans une commune avec la variole. Ce Chabot a répandu autour de lui la variole et la mort, et la variole s'est étendue à plusieurs villages qui fussent restés indemnes sans ce malheureux visiteur.

Il appelle de tous ces vœux une loi qui rendrait la vaccine obligatoire. En 1868, il avait envoyé une pétition dans ce sens au Sénat impérial. M. Conneau, sénateur-médecin, mais plus sénateur que médecin, fit un rapport qui rejetait la pétition en raison des atteintes à la liberté individuelle que porterait une pareille loi.

M. *Teissier* (de Lyon) expose des idées sur la valeur relative des divers vaccins. Il a d'ailleurs les mêmes opinions que M. Bouteiller. Il ajoute que le horse-pox, si réellement le cow-pox en est originaire, devrait être expérimenté.

Il termine son improvisation par un double vœu. Il souhaite de voir : 1° créer à Paris et dans les grandes villes, à la charge de l'État ou des municipalités, des instituts de vaccination

---

hasard quelques noms, n'osant même pas tenter de nommer les plus recommandables.

Dornavius, médecin, orateur, poëte, écrit en vers la vie de Zwinger; il compose son *Homo Diabolus* (1618), son *Amphitheatrum sapientiæ socraticæ.* Spon, après avoir rendu en vers les Pronostics d'Hippocrate, fait tomber de ses lèvres inspirées un magnifique distique sur la mort de Gassendi. Jacques Regnier (de Beaune) ira mourir à l'hôpital, mais il aura laissé un poëme latin à la louange d'une dame, plusieurs comédies, et un recueil de fables (1643), parmi lesquelles on distingue surtout celle qui a pour titre *le Cochon et le Boulanger.* Adrien Royennius chante en vers élégiaques le *Mariage des fleurs.* Reddi publie un dithyrambe sur les vins de la Toscane. Pierre Petit enrichit la littérature de deux livres rimés à sa façon, et de deux dissertations, l'une sur le thé, l'autre *De furore poetico.* Holland traduit Tite Live, Pline, Plutarque, Suétone, Xénophon. Un simple apothicaire d'Avranches, Albin Gauthier, compose une charmante pastorale, *l'Union d'Amour et de Chasteté.* Sous les titres de *Noctes medicæ* et de *Poemata juveniles*, Jean Freitag initie le public à ses talents précoces. Virginius Cesarini se fait connaître par un grand nombre de poésies latines et italiennes. Jean Bond commente Horace et Perse. Ralph Bathurst donne au *Musarum anglicanarum Analecta* des morceaux de poésies latines. Thomas Bartholin ne se contente pas d'être l'un des premiers anatomistes de son temps ; il ajoute encore à sa couronne le fleuron du poëte (*Carmina varii argumenti*, 1669). Étienne Bachot, de l'École de Paris, divulgue des talents hors ligne dans son *Eucaristicon pro pace*, dans la traduction des sonnets de Benserade et dans d'autres ouvrages.

3° XVIIIe *siècle.* — Je parcours le jardin poétique de ce siècle et je cueille ces noms, placés dans l'ordre alphabétique : Antonii, Armstrong, Bablot, Blackmore, Boy, Coffin, Daquin de Château-Lyon, de Brabant, Delaunay, Downman, Guyton de Morveau, Haller, Hérissant, Karabasse, Le Camus, Mandeville, Philip, Royennius, Tiphaigne de la Roche. Hélas! beaucoup

pour étudier les différents virus (horse-pox compris), surveiller les vaccinations, établir des statistiques, donner des primes aux médecins dont les vaccinations seraient de belle qualité; 2° décréter la vaccination obligatoire dans la première année de la vie.

M. *Bergeon* (de Lyon) propose un projet de loi en huit articles dans lesquels sont indiqués l'obligation de la vaccine, les moyens de répression vis-à-vis de ceux qui s'y seraient soustraits, et les moyens de faciliter cette obligation. Les municipalités délivreraient un certificat de naissance provisoire dans lequel serait réservée une place pour le certificat de vaccination. Dans la limite d'un an, cet extrait de naissance devrait être rapporté à la mairie avec le certificat de vaccination, et serait alors échangé contre un extrait de naissance définitif lequel serait seul valable dans tous les actes civils.

Au nom de M. *Trolard*, professeur d'anatomie à l'école d'Alger, il est donné lecture d'un projet détaillé concernant la vaccine obligatoire.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1872 (SOIR).

VARIOLE ET VACCINE : MM. BLATIN, LAHILONNE, FIKELAND, FERROUD, MAYET, LEGROUX, DRON, PACCHIOTTI, DESGRANGES, PETREQUIN.

Dans la séance du soir, M. *Blatin*, médecin à l'hôpital de Clermont, donne la relation de l'épidémie de variole qu'il a observée en 1870-71, tant à Coulmiers qu'à Clermont. Il a vu plus de 1500 malades, et en a soigné plus de 400. Le principal but de sa communication est de démontrer les différences de deux formes de variole souvent confondues : la variole cohérente et la variole confluente. Il étudie les prodromes, la marche, la terminaison de ces deux formes, sans ajouter rien de bien nouveau aux descriptions données par Trousseau, et plus récemment par M. Desnos (1). Pour M. Blatin, un des premiers signes de la variole qui doit être hémorrhagique, signe qui entraîne tout de suite un pronostic grave, quoique souvent la maladie apparaisse avec des allures bénignes, c'est une hémorrhagie de la sclérotique.

La statistique de M. Blatin se résume par les chiffres suivants : sur 428 malades, il y eut 21 varioles hémorrhagiques et 16 décès, 53 confluentes et 31 décès, 139 cohérentes et 132 *guérisons*, et 215 formes variées dont 214 ont guéri.

Dans les autopsies, l'auteur a constaté souvent les altérations musculaires et cardiaques qu'a si bien étudiées M. Desnos.

La médication phéniquée a paru utile dans un certain nombre de cas.

(1) Les lecteurs de la GAZETTE se rappellent sans doute la communication faite à ce sujet par M. Desnos à la Société des hôpitaux dans le cours de l'année 1870.

Enfin, M. Blatin a tendance à rejeter l'existence de la varioloïde.

M. *Lahilonne* (de Pau) a étudié l'épidémie chez les malades envoyés de Coulmiers à Pau. Cette ville a été infectée de variole, de typhus et de dysenterie, à la suite de l'arrivée de ces malades. Ceux-ci, dont l'affluence ne permettait pas une installation régulière, ont été placés en apparence dans les conditions les plus mauvaises : couchés sur des paillasses, dans des baraques ouvertes à tous les vents, n'ayant à boire que de l'eau, ils ont cependant guéri dans des proportions plus larges que partout ailleurs. M. Lahilonne avait eu soin, pour combattre l'infection, de mettre des traînées de chlorure de chaux ou d'acide phénique entre les lits. Les salles où se dégageait du chlore ont fourni moins de décès que les autres. Contre les accidents hémorrhagiques, M. Lahilonne a prescrit le seigle ergoté à haute dose (6 grammes), jusqu'à production de fourmillements, et il a vu réussir ce remède dans des cas excessivement graves. Le perchlorure de fer est pour lui sans effet. Aux autres malades, il a été administré du sirop de belladone dans leur tisane.

M. Lahilonne attribue une partie de ses succès à la ventilation exagérée de ses salles. Il cite avoir vu chez Hébra, à Vienne, les malades guérir, en plein hiver, dans des salles dont les fenêtres restaient ouvertes constamment, et qui n'avaient pour se couvrir que leur drap de lit.

M. *Fikeland*, médecin militaire, très-partisan de la vaccine, montre par des chiffres combien, dans les pays où la vaccine est obligatoire, la mortalité par la variole est minime.

M. *Ferroud* (de Lyon) étudie l'épidémie de 1870-71 à Lyon. Faisant son apparition en avril 1870, la maladie suit une courbe régulièrement progressive jusqu'en décembre; à partir de ce moment, l'épidémie décroît jusqu'en juin 1871. Les cas ont été nombreux, graves, souvent à forme hémorrhagique. Le sulfate de quinine et le quinquina ont été employés avec succès dans certains cas. M. Ferroud signale une forme de variole très-discrète qu'il appelle *variole miliaire*, caractérisée surtout par la petitesse des pustules de la face et leur conversion rapide en petites croûtes cornées assez tenaces.

M. *Mayet* (de Lyon) lit une série d'observations de variole faites dans les hôpitaux de Lyon. Ses conclusions ne diffèrent pas de celles émises par les précédents orateurs.

A la suite de ces lectures et communications, MM. *Legroux* et *Dron* demandent que, pour affirmer les sentiments de l'assemblée, et pour répondre aux conclusions de tous les orateurs, on vote, avant de se séparer, sur l'opportunité d'envoyer aux autorités législatives les vœux suivants dans la forme ci-après :

« Le Congrès médical de Lyon, tenant compte des notions positives acquises depuis longtemps sur la variole et la vaccine,

---

de morceaux tombés de la plume de ces médecins ne valent guère la peine d'être cités; mais il en est d'autres qui se recommandent par leur beauté, leur grandeur et leurs inspirations. Le *Æconomy of Love*, *The art of preserving health* (poëme en quatre livres), de John Armstrong, seront toujours lus avec plaisir. *La Création* (poëme en sept chants) de Richard Blakmore dévoile un enfant gâté des muses. Les *Plaisirs du mariage* de Bablot sont l'expression du bonheur conjugal de l'auteur. Downman a montré dans son poëme, *Infancy*, toute sa tendresse pour les enfants. Hérissant, fils d'un imprimeur de Paris, a chanté agréablement la *Typographie*. Le Camus était poëte jusqu'au bout des ongles, si l'on veut me permettre cette expression : son *Abdeker, ou l'Art de conserver la santé*, est un charmant amusement; sa *Médecine de l'esprit*, quoique écrite en prose, montre à quel degré ce médecin de Paris possédait la fibre poétique. *L'Art iatrique* de Bourdelin, médecin de la Faculté de Paris, est bien fait, mais froid et sans couleur. Qui pourrait supposer que Sauvage, l'auteur de la classification méthodique des maladies, était poëte à son heure? Le *Mercure de France* (1728-1729) a inséré pourtant plusieurs morceaux de lui. On attribue à Boy, chirurgien de l'armée du Rhin, l'hymne fameux : *Veillons au salut de l'empire*. Guyton de Morveau, si connu par ses beaux travaux de chimie appliquée aux arts et à l'industrie, est auteur du poëme *Le Rat iconoclaste* (1763). Enfin, le médecin, le travailleur incomparable, qui a nom de Haller, a pu ajouter à la liste de ses travaux immenses, des poésies, jugées avec faveur par les hommes compétents : *Les Alpes*, une *ode sur l'inauguration de l'Université de Goettingen*, une autre *ode sur l'Eternité*, une élégie, une *épître à Doris*.

4° XIXe *siècle*. — Il est presque surprenant qu'à notre époque de positivisme, et où les satisfactions matérielles priment celles de l'imagination, il se soit trouvé des médecins incités par le démon de la poésie. Il y en a eu cependant, et quoique leurs œuvres en ce genre pâlissent singulièrement devant celles de leurs devanciers, nous ne devons pas cependant les oublier.

considérant l'utilité incontestable de la vaccination et les dangers que crée autour de lui un varioleux, après avoir entendu et discuté plusieurs mémoires importants sur cette matière, émet les vœux suivants pour qu'ils soient renvoyés aux autorités législatives :

» 1° La vaccination et la revaccination sont deux mesures qu'il faut absolument rendre *obligatoires*.

» Un règlement d'administration établirait les moyens de rendre ces mesures obligatoires et les sanctions qu'entraînerait le manque à cette obligation.

» 2° Pour obtenir du vaccin tout l'effet dont il est capable, il faut le cultiver avec soin. Dans ce but et pour faire et surveiller les vaccinations et revaccinations, un comité de vaccine spécial devrait être créé dans tout département, et assez largement doté pour qu'il puisse facilement subvenir aux différentes dépenses de ce service.

» Un règlement d'administration établirait le mode de nomination de médecins et vétérinaires qui feraient partie de ces comités, les devoirs qui leur incomberaient, la rémunération dont l'État leur serait redevable, et la manière dont fonctionnerait ce service. »

M. *Pacchiotti* (de Turin) appuie vivement cette proposition. Il y a deux axiomes mathématiquement démontrés : la contagion de la variole et l'efficacité de préservation de la vaccine. Que nous soyons encore divisés sur la valeur de tel ou tel vaccin, qu'importe! nous devons inciter le gouvernement à favoriser la recherche du cow-pox spontané.

Cette question de l'obligation de la vaccine est une question capitale; celle de la revaccination est plus secondaire, quoique encore très-importante.

« Il faut que la France, dit M. Pacchiotti, la France dont la puissance intellectuelle est énorme, immense, — et nous, qui sommes étrangers, nous le savons mieux que vous, — que la France, dont on attend les exemples, prenne cette grande mesure générale. »

Là où il y a un danger public, il n'y a plus de liberté individuelle. Un homme n'a pas le droit d'empoisonner son voisin, de même un varioleux est coupable quand il sème la maladie et la mort autour de lui.

Après cette allocution chaleureuse, dont nous ne pouvons reproduire toute la vive couleur, M. *Desgranges* (de Lyon) vient refroidir un peu les enthousiastes en reproduisant, dans un langage froid, calme et serré, toute cette argumentation dont on s'est toujours servi pour repousser la vaccine obligatoire. Il est effrayé du mot *obligatoire;* il craint que le législateur soit embarrassé de prescrire tel ou tel vaccin, puisque la science est encore divisée sur la valeur des divers virus; il se demande quelle sanction pourrait être indiquée contre les réfractaires. Enfin, il objecte contre la création de comités de vaccine largement dotés, que l'état de nos finances est trop bas pour songer à demander encore de nouvelles dépenses.

En résumé, M. Desgranges ne voit rien autre à désirer que ceci : les médecins doivent arriver par la persuasion à étendre de plus en plus la vaccine, et les administrations diverses doivent être de plus en plus exigeantes relativement aux certificats de vaccine.

M. *Pacchiotti*, tout en reconnaissant la valeur des habiles et sages objections de M. Desgranges, croit qu'elles ne doivent pas arrêter le Congrès dans l'adoption des propositions présentées. Quand un incendie existe quelque part, on ne discute pas sur la valeur de tel ou tel système de pompe à incendie, on prend la pompe que l'on a et l'on court au feu. Étudions le vaccin dans toutes ses variétés, rien de mieux, mais courons sus aux épidémies de variole et servons-nous du meilleur de nos vaccins actuels.

M. *Mayet* répond à l'objection de M. Desgranges, qui craint de violenter la liberté individuelle, qu'en Angleterre, en Allemagne, la vaccine obligatoire existe et que personne ne songe à s'élever contre cette loi.

M. *Pétrequin* répond également à M. Desgranges, qu'en introduisant dans le débat le doute qui existe encore sur la valeur de tel ou tel virus vaccin, il a été très-habile avocat, mais que nous ne pouvons nier la valeur du vaccin jennérien. D'ailleurs, si l'on veut établir la résultante des effets des différents vaccins, on arrive encore à des résultats qui permettent, au nom de la science, d'imposer la vaccination aux masses et d'inviter le gouvernement à décréter cette obligation. Oui, imposer la vaccine, il le faut, car il ne suffira pas de venir dire aux masses d'un air mielleux : « la variole est une calamité, vous feriez bien de vous faire vacciner pour la faire disparaître ». M. Pétrequin appuie de toute son autorité la proposition.

La proposition énoncée plus haut est mise aux voix à l'unanimité, moins trois voix.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1872 (MATIN).

RÉGÉNÉRATION DES OS : MM. TRIPIER, OLLIER. — BANDAGE OUATÉ : M. VERNEUIL.

L'ordre du jour porte sur la question des plaies par armes à feu : 1° Étudier les effets primitifs et consécutifs des nouveaux projectiles, discuter la question des balles explosibles; 2° montrer les indications de l'expectation, des amputations et des résections, et les résultats de ces trois méthodes; 3° établir le mode de pansement le plus favorable. Tels sont les points sur lesquels la commission a particulièrement sollicité l'attention des orateurs. Ce programme a été rempli en partie, comme on le verra plus loin.

L'*Almanach des Muses* renferme plusieurs madrigaux de Guéniot, auteur en outre d'une ode à Louis XVI pour le féliciter sur l'abolition de la servitude dans les domaines royaux. Marc-Antoine Petit est bien connu comme l'auteur d'*Onan, ou le Tombeau du Mont-Cindre*, de plusieurs épîtres en vers. La naissance du roi de Rome a inspiré des stances à Marie de Saint-Ursin, inspecteur général du service de santé des armées. Le *Triomphe des Lis*, de Py de Narbonne, a fait donner à son auteur le titre de Pindare occitanien. Pierquin de Gembloux a donné des poésies et les *Délassements de l'Iatrique* (1818). Petit-Radel a exercé sa plume, non-seulement sur des sujets historiques, mais encore sur la poésie érotique (*De amoribus Pancharitiis et Zoronœ, poema erotico diacticon*). Les *Fleurs éphémères*, de Charles Morren, sont très-lues dans le Brabant. Lepreux, médecin de l'Hôtel-Dieu, a laissé plusieurs essais poétiques imprimés. Fournier de Pescay, chirurgien en chef de l'armée, a composé *le Vieux Troubadour*, en cinq chants (1812). Un professeur de Montpellier, Henri Fouquet, s'est inspiré de la mort d'un enfant pour écrire une courte et mélancolique élégie. *La Maternité*, d'Alexis Clerc, a été publiée en 1824. Le *Code moral du médecin*, poëme en six chants, est d'Andrevetan. L'Anglais Akenside a chanté les plaisirs de l'imagination, etc.

A. Chéreau.

(La fin à un prochain numéro.)

Peste bovine. — La peste bovine ayant été signalée à Hambourg, M. le ministre de l'agriculture et du commerce vient de prendre un arrêté, en date du 14 septembre, interdisant l'introduction en France et le transit des animaux de l'espèce bovine de la race grise, dite des steppes, ainsi que des cuirs frais et autres débris frais de ces animaux.

Les mêmes interdictions sont étendues aux bêtes bovines, de quelque race qu'elles soient, provenant de la Russie, de l'Allemagne du Nord, de l'Autriche-Hongrie et des Principautés danubiennes.

Au début de la séance, le procès-verbal est lu et adopté après quelques observations de M. Chassagny, qui refuse aux revaccinations la valeur qu'on leur accorde généralement en temps d'épidémie. M. Legroux fait observer que les opinions de M. Chassagny ne peuvent infirmer les grands principes votés hier par l'assemblée, et M. Diday, en raison de l'importance des vœux prononcés dans la première journée, soumet à un second vote général les propositions formulées à la fin de la séance du soir. Ces propositions sont de nouveau votées à l'unanimité, moins deux voix.

M. *Tripier* (de Lyon) lit un mémoire sur la *Régénération des extrémités osseuses*. Après avoir rappelé les expériences et les théories de Virchow, d'Ollier, de Sédillot, sur la régénération osseuse, il établit qu'on peut espérer, en conservant la capsule synoviale et le périoste de l'extrémité de l'os, et en taillant le lambeau de certaine façon, voir se reproduire une extrémité osseuse identique avec celle supprimée par le chirurgien. Si ce procédé réussit chez l'homme, on pourra pratiquer plus souvent les désarticulations sans craindre la saillie ultérieure de l'os, et la mauvaise disposition du lambeau qui permet peu l'usage du moignon sans appareil protecteur.

La suppuration prolongée restera inévitable, mais on aura au moins un moignon que l'on n'aura pas besoin de suspendre dans un appareil.

Jusqu'ici M. Tripier n'a employé son procédé que chez les animaux, mais il a obtenu des résultats remarquables. Voici comment il a opéré sur le genou des chiens : La désarticulation est faite en ayant soin de ménager un lambeau antérieur, dit lambeau anglais, puis, décollant la synoviale au niveau du cartilage condylien et le périoste jusqu'au-dessus des condyles, il retranche avec la scie l'extrémité osseuse. Cela fait, il suture par points entrecoupés la synoviale et le périoste, en ayant soin de laisser deux ouvertures latérales pour l'écoulement du pus. En dernier lieu, il rabat le lambeau en supprimant l'excédant des muscles inutiles. Il se trouve là une sorte de moule dans lequel le tissu embryonnaire et le tissu osseux de nouvelle formation se façonnent merveilleusement.

M. Tripier montre en effet des pièces des régénérations de l'extrémité inférieure du fémur, qui sont tellement régulières qu'on hésite à admettre qu'il y ait eu résection de cette extrémité et non simple désarticulation.

M. Tripier insiste sur ce fait, que ces moignons ont besoin d'une excitation permanente pour se maintenir à l'état premier. Si l'animal ne se sert pas de son moignon, une fois la cicatrisation obtenue, il s'opère un travail de résorption, d'atrophie, qui fait perdre à la portion régénérée la forme et l'aspect de surfaces articulaires.

Si l'on arrive à de semblables résultats pour les autres os, humérus, tibia, péroné, il y aura là un grand service rendu à la chirurgie pour les grands traumatismes des articulations. Par les régénérations de l'extrémité du fémur, on pourra obtenir un moignon utile, sur lequel les mouvements s'opéreront entièrement. Par ce procédé de lambeau et de sutures, la rotule reste mobile, le tendon persiste encore, ainsi que les insertions des fibres musculaires. L'auteur reconnaît d'ailleurs que d'autres expériences sont à faire pour faire pénétrer ces procédés dans la clinique.

M. *Ollier* expose devant le Congrès le résumé de son expérience clinique en matière de résection sous-périostée dans les plaies par armes à feu. Pendant la campagne de 1870-71, il a eu l'occasion fréquente de se poser souvent la question de savoir s'il valait mieux amputer, reséquer, ou faire l'expectation. Il est difficile de se rattacher à des règles générales pour trancher cette question.

S'il n'a pas étudié les résections dans les cas de blessures des membres inférieurs, c'est parce que les conditions d'installation ou du transport des blessés s'opposaient à l'opération. Une seule fois il a fait et avec succès une résection tibio-tarsienne des malléoles. Il n'a pas de raisons pour repousser systématiquement la résection aux membres inférieurs, mais l'expérience acquise dans la guerre d'Amérique et en France ne semble pas favorable à la méthode. Dans beaucoup de cas, l'expectation est préférable, et cela parce qu'un membre reséqué est toujours moins utile qu'un membre inférieur conservé, quelles qu'en soient les déformations.

Quant à la résection des membres supérieurs, l'expérience de M. Ollier est plus grande. Il a déjà exposé devant la Société de chirurgie les résultats qu'il a obtenus. Il se peut qu'une articulation, quelle que broyée qu'elle soit, peut être utilement reséquée, et que l'opération donne des résultats aussi bons que dans les cas d'arthrite suppurée. Quand un os est brisé par éclats, on peut toujours conserver une gaîne périostéo-capsulaire : pour cela, il faut détacher chaque esquille avec soin, puis scier l'os à une certaine hauteur, là où il n'est plus brisé. Le périoste a résisté au traumatisme et il forme encore une gaîne suffisante pour la réparation. M. Ollier a fait huit résections aux membres supérieurs : sept ont réussi, une seule a manqué, parce que l'artère humérale avait été divisée par le projectile, chose qu'on n'avait pu pressentir à cause de la persistance du pouls radial, et que le malade a eu vers le dix-neuvième jour une hémorrhagie foudroyante.

Pour prévenir l'ankylose consécutive, il faut faire exécuter des mouvements en temps opportun.

S'il existe de grands traumatismes du côté des os et dans les parties molles, il faut amputer; quand, au contraire, les parties molles sont peu entamées, il faut reséquer. Il faut encore reséquer quand les fissures osseuses ne dépassent pas le quart de l'os.

Une question plus neuve est celle de la résection sous-périostée dans la continuité de l'os. Trois fois M. Ollier a enlevé une portion de l'os, l'une de 8 centimètres, l'autre de 11 centimètres, la troisième de 12 centimètres. Ces opérations ont eu plein succès. Il ne faut s'y décider qu'après un examen approfondi, facilité d'ailleurs par le chloroforme.

M. Ollier discute ensuite avec tact les indications de l'amputation ou de l'expectation. Il partage d'ailleurs les idées classiques.

M. le professeur *Verneuil*, répondant au désir exprimé par plusieurs membres du Congrès, expose avec sa lucidité ordinaire, avec le charme que tout le monde lui connaît, le procédé de pansement ouaté imaginé par M. Alphonse Guérin. Tous les lecteurs de la Gazette hebdomadaire connaissent ce pansement, ainsi que ses résultats; aussi ne reproduirai-je pas le discours de M. Verneuil. Je dirai seulement que notre habile professeur a pu dans sa propre pratique apprécier les avantages de ce pansement dans 6 écrasements graves du pied ou de la main, 1 fracture comminutive de coude avec ouverture de l'articulation, 1 fracture comminutive du bras avec plaie des deux côtés, 6 fractures de jambe dont une chez un diabétique, 1 fracture comminutive de la jambe sans plaie, 1 extirpation de l'astragale nécessitée par une luxation, 2 excisions de grosses tumeurs du creux poplité, 1 désarticulation de l'épaule, 3 amputations de jambe, 2 amputations de cuisse, 4 amputations de la mamelle, etc. Au total, dans 34 cas de blessures ou d'opérations sérieuses, graves, il n'y a eu que 6 décès, et encore la mort est-elle survenue par des circonstances totalement indépendantes du mode de pansement. Dans aucun de ces six cas le pansement ouaté ne peut être incriminé, ainsi qu'il résulte des détails précis donnés par M. Verneuil.

Ce pansement a l'inconvénient, il est vrai, d'empêcher de surveiller les hémorrhagies, de voir naître l'érysipèle, et enfin d'être cause de douleurs assez vives. Mais, d'une part, les douleurs cessent rapidement; d'autre part, les hémorrhagies sont peu à craindre quand on lie bien les artères; en dernier lieu, l'emploi du thermomètre annonce rigoureusement, et avant que l'œil puisse rien découvrir, l'existence prochaine de l'érysipèle.

M. Verneuil fait ensuite un parallèle entre les pansements divers qui étaient employés avant celui de M. Guérin, et il n'a pas de peine à montrer la supériorité de ce dernier.

Séance du 19 septembre 1872 (soir).

BANDAGE OUATÉ : MM. VERNEUIL, OLLIER, GAYET. — PLAIE D'ARME A FEU : M. DRON.

A la séance du soir, M. *Verneuil* reprend la question du bandage ouaté au point de vue théorique. M. A. Guérin a voulu, dans la conception de sa méthode, soustraire les plaies au contact de l'air et ainsi empêcher le dépôt de tous les germes miasmatiques suspendus dans l'atmosphère. Il s'appuyait aussi sur ce fait, que les douleurs des brûlures cessent par l'application du coton. M. Verneuil rejette la théorie de M. Guérin et il s'explique autrement les succès du pansement ouaté. Voici, en résumé, pourquoi la méthode de M. Guérin est utile : 1° En supprimant l'action irritante de l'air; 2° par la compression qu'il exerce et qui arrête l'afflux du sang; 3° en maintenant les plaies dans une température constante; 4° en permettant d'éviter les innombrables irritations ou blessures microscopiques que déterminent les pansements fréquents et qui sont autant de portes ouvertes à l'infection; 5° par l'immobilisation rigoureuse de la partie malade; 6° enfin, par les modifications intimes apportées dans la marche du travail des plaies, qui sont l'amélioration des phénomènes protecteurs et le retard des phénomènes destructeurs.

M. *Ollier* partage presque entièrement les opinions émises par son confrère. Il croit cependant que le pansement de M. Guérin ne peut donner une immobilisation complète des parties malades. Aussi a-t-il ajouté à cet appareil des bandes silicatées avec ou sans attelles en fil de fer. Le bandage ouato-silicaté est en même temps un bandage occlusif. Quant à la compression, M. Ollier ne la croit pas aussi nécessaire ni sans dangers. Enfin, s'il y a lieu, on peut, sans défaire le pansement, pratiquer des fenêtres dans le pansement pour surveiller la plaie.

Le chirurgien de Lyon n'admet pas non plus qu'il soit indispensable de laisser vingt, vingt-cinq jours, le pansement en place. On peut sans inconvénients refaire le bandage tous les dix ou douze jours.

L'orateur termine en disant qu'il a étudié avec M. Poncet les qualités du pus qui se forme sous la ouate. Ce pus contient une immense quantité de vibrions et il a des propriétés septiques très-développées, puisque, introduit sous la peau des animaux, il détermine des phlegmons graves. Et cependant les malades n'en ressentent aucunement les mauvais effets, ce que confirme la théorie de M. Verneuil : la porte est fermée à la résorption.

M. *Gayet* (de Lyon) confirme les idées émises par MM. Verneuil et Ollier, par les résultats de sa propre pratique. Il admet aussi qu'il importe de lever l'appareil de temps en temps, et surtout lorsque l'odeur qui s'en dégage devient fétide.

Il fait remarquer que les plaies du tronc ne peuvent pas aussi facilement être traitées par le pansement ouaté, à cause de l'odeur insupportable pour les malades, de la chaleur qu'il entretient, et enfin de la constriction qu'il exerce sur la poitrine.

M. *Laroyenne* (de Lyon) étudie comparativement les plaies de balles et les plaies d'obus, sans d'ailleurs présenter aucune considération nouvelle. Il discute ensuite l'indication de la résection dans les cas où l'os présente des fêlures plus ou moins étendues. Pour lui, les fêlures ne doivent pas faire rejeter la résection, quand elles ne remontent pas trop haut. Quant à la question du pansement, il maintient que la gouttière et le drainage doivent être employés suivant les cas, ce que d'ailleurs personne ne conteste.

— M. *Dron* lit, au nom de M. *B*..., médecin de hussards, une observation intéressante qui démontre qu'une simple balle de chassepot peut causer des délabrements semblables à ceux que l'on a attribués aux balles explosibles. Un soldat s'étant suicidé en se tirant à bout portant un coup de chassepot ordinaire, l'autopsie montra que le projectile, après avoir pénétré par la région épigastrique, avait traversé le diaphragme, le cœur, le poumon, et avait rencontré enfin la colonne vertébrale en produisant dans tout son passage des lésions très-étendues. Là, brusquement arrêtée par une résistance solide, la balle avait dévié de sa direction, et s'était enfin avancée jusque sous la peau de la région du muscle trapèze, où on la retrouva. C'était une balle ordinaire, mais sa base présentait des boursouflures dont l'aspect et la forme indiquaient que le métal était entré en fusion à un moment donné, probablement lorsque, brusquement arrêtée par la colonne vertébrale, la vitesse s'était transformée en chaleur en vertu du principe de la transmutation des forces.

L'auteur rappelle les théories et les communications présentées à l'Académie des sciences à propos des balles explosibles, et il pense que les faits que l'on a considérés comme des exemples de blessures par balles explosibles, étaient analogues à celui qui précède.

Séance du 20 septembre 1872 (matin).

AMBULANCES EN TEMPS DE GUERRE : MM. SARRAZIN, LE FORT. — RÉORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ. — MODÈLE DE BRANCARD : M. BEDOIN.

L'ordre du jour appelle la question des ambulances en temps de guerre.

Deux communications importantes sont faites sur ce sujet : celle de M. Sarrazin, médecin militaire, et celle de M. L. Le Fort.

M. *Sarrazin* lit un mémoire très-écouté et très-applaudi, où il étudie l'organisation actuelle des ambulances de l'armée en campagne, les secours que l'on peut attendre des Sociétés et des ambulances civiles (religieuses ou laïques), et enfin la transformation qu'il est indispensable de faire subir au service médical dans les conditions nouvelles de la guerre moderne.

L'auteur, par une série de considérations que nous ne pourrions reproduire à moins de donner le mémoire *in extenso*, établit, qu'au point de vue stratégique, les ambulances ne doivent pas être un obstacle à la marche des troupes, que le matériel des ambulances régimentaires est totalement insuffisant, que l'organisation de brancardiers régimentaires est absolument nécessaire, que les ambulances divisionnaires, dans leur organisation actuelle, sont un impédimentum et ne rendent pas les services qu'on pourrait attendre d'elles, parce que le plus souvent les ordres de marche et la direction qu'elles doivent suivre leur sont mal transmis.

Quant aux ambulances civiles, M. Sarrazin est persuadé qu'elles ne peuvent être utiles et utilisables qu'à l'état d'ambulances fixes ou d'hôpitaux provisoires. Les Sociétés de secours aux blessés doivent surtout intervenir pour recueillir les dons en nature ou en argent, et les répartir là où il en est besoin.

En résumé, pour l'auteur, il faut supprimer les ambulances divisionnaires et les remplacer sur le champ de bataille par les chirurgiens régimentaires aidés d'un personnel suffisant de jeunes médecins et de brancardiers régimentaires, ayant charge de ramasser les blessés et de faire le premier pansement. Aux corps de brancardiers pourraient être adjoints les ordres religieux et les membres de Sociétés de secours. En second lieu, des ambulances hospitalières de corps d'armée seraient installées à une distance suffisante et recevraient les blessés recueillis par les services régimentaires. A ces ambulances hospitalières seraient affectés un matériel complet d'hôpitaux sous tentes et beaucoup de voitures.

Enfin, on doit établir un grand service de santé militaire, unique, compacte, fortement constitué, obéissant disciplinairement à un médecin en chef du corps d'armée. Celui-ci, en

rapport constant avec les chefs de corps et complétement indépendant de l'intendance, aura pour mission de donner tous les ordres de marche et de direction, et de faire l'inspection du service.

M. *L. Le Fort* prend la parole et présente quelques observations sur le système des ambulances régimentaires préconisé par M. Sarrazin dont le travail dont il vient de donner lecture. C'est du reste, dit-il, le seul point sur lequel il diffère d'opinion avec son collègue militaire. La longue portée des armes actuelles, la nécessité, pour l'infanterie, de combattre autant que possible à couvert derrière des obstacles naturels ou des tranchées-abris, rendent à peu près impossible d'agir chirurgicalement sur la ligne même du combat. Dans notre armée, par la force même des choses, fréquemment le médecin de régiment seconde ses collègues de l'ambulance divisionnaire; bien plus, dans l'armée autrichienne, d'après le nouveau règlement de 1870, aucun des médecins de régiment ne reste pendant la bataille derrière la ligne de combat, tous se rendent soit à la place de secours, soit à la place de pansement (ambulance divisionnaire). Dans l'armée prussienne (règlement de 1869), la moitié seulement des médecins de régiment restent derrière leurs corps où ils surveillent l'enlèvement des blessés, effectué sous le feu par les soldats brancardiers; l'autre moitié se rend à la place de pansement. C'est cette organisation qu'il nous faut imiter, car elle a pour effet de multiplier les services réels et efficaces rendus par les médecins. Il faut que l'unité du service médical réponde à l'unité tactique qui, en Autriche et en Prusse est aujourd'hui la division; mais il faut que l'ambulance divisionnaire soit assez nombreuse et soit aussi organisée de façon à pouvoir se subdiviser suivant le besoin en deux ambulances de brigade ou plus encore, s'il en est besoin par suite des mouvements de la bataille.

M. Le Fort ne croit pas devoir examiner la question technique de l'organisation des ambulances sur le lieu même de la lutte, car il l'a déjà traitée, soit dans son livre, soit dans une communication orale faite au Congrès de Bordeaux. Parlant devant des médecins civils, il croit plus utile d'étudier quelle peut être, en temps de guerre, la part que les médecins civils peuvent avoir dans l'organisation des secours à donner aux blessés. Après avoir rendu témoignage des services rendus par eux dans la campagne de 1870 à Paris et sur la Loire, il rappelle qu'il ne s'agit ici que d'une organisation normale, et montre que, dans une armée régulièrement organisée, il ne saurait y avoir place pour des ambulances civiles *volontaires*. C'est hors du théâtre de la guerre, à l'arrière de l'armée, le long des lignes d'évacuation, que les médecins civils peuvent être et seront utiles, on peut même dire que leur concours est indispensable, car on ne saurait trouver dans la médecine militaire le personnel nécessaire au fonctionnement des hôpitaux temporaires élevés à l'arrière de l'armée par les municipalités, les sociétés de secours ou l'administration de la guerre. Les médecins civils non soumis par leur âge à la mobilisation, trouvent dans leur âge, dans la nécessité de pourvoir à l'entretien de leurs familles, dans l'impossibilité d'abandonner leur clientèle, des raisons qui leur interdisent de s'engager temporairement dans l'armée, surtout quand il ne s'agit pas d'une guerre comme celle de 1870. Ils peuvent cependant, ou joindre à leurs occupations ordinaires le soin d'un service d'hôpital, ou même se déplacer pour aller, pendant la durée de la guerre, desservir l'hôpital temporaire élevé dans une ville voisine de leur résidence. Mais, de même qu'il ne faut pas attendre le moment de la guerre pour organiser l'armée, il faut que l'administration militaire sache d'avance les ressources dont elle pourra disposer. Il faudrait donc que le ministre de la guerre sache quels sont les médecins disposés à servir éventuellement dans les hôpitaux militaires temporaires; il faut, cette fois encore, malheureusement, imiter ce qui se fait en Prusse. Là, chaque année, le médecin en chef de chaque circonscription territoriale répondant à un corps d'armée dresse une liste des offres éventuelles qui sont faites par son intermédiaire. En regard du nom de chaque médecin on spécifie s'il peut être employé comme médecin, comme chirurgien, comme médecin traitant ou comme aide, dans quelle ville il serait disposé à servir, et l'on peut ainsi, au moment où éclate la guerre, savoir qu'on peut disposer de tel nombre de médecins, qu'on peut établir dans telle ville un hôpital plus ou moins important, dont le service sera assuré par le concours des médecins civils, tandis que, dans telle autre, on manquerait du personnel nécessaire.

Quant aux sociétés de secours, on ne saurait admettre leur action autrement que par la formation de dépôts d'approvisionnements, sous la direction et la surveillance d'un représentant de l'autorité militaire; aucune action médicale de leur part ne saurait être tolérée sur le théâtre de la guerre, sauf peut-être dans les villes assiégées; mais à aucun titre on ne saurait admettre à l'armée la présence de personnes ayant des prétentions à l'indépendance, car là, plus que partout ailleurs, il faut l'unité d'action et de direction, un chef qui commande, des subordonnés qui obéissent.

— On lit ensuite un mémoire non signé (l'auteur, étant médecin militaire, a cru devoir ne pas se faire connaître) sur la réorganisation du service militaire de santé. Ce travail constitue un projet de loi divisé en titres et articles, et il échappe à l'analyse. Il nous a paru d'ailleurs très-complexe. Il a pour base le service obligatoire. Les jeunes gens qui se destinent à la profession médicale civile seraient enrégimentés, embrigadés à titres divers, suivant leur degré d'instruction et leurs années d'études.

M. *Bédoin*, médecin militaire, présente un brancard de nouveau modèle destiné à servir de lit pour le blessé une fois qu'il est parvenu dans l'ambulance. Cet appareil est formé d'un cadre de fer creux pouvant se replier facilement, relié par des sangles et soutenu par des pieds suffisamment élevés.

Le reproche que l'on pourrait adresser à cet appareil est son poids et les difficultés de le monter, en raison des vis et des écrous qui fixent les pièces.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1872 (SOIR).

SOCIÉTÉS DE SECOURS AUX BLESSÉS : MM. FRÉDET, DESGRANGES.

M. *Fredet* fils (de Saint-Chamond) propose de maintenir en permanence les sociétés françaises de secours aux blessés, non-seulement dans leurs comités organisateurs, mais aussi dans leur matériel et leur emménagement. Si nous avons bien compris l'auteur, il désirerait que ces sociétés restassent toujours sur le pied de guerre, et demande que le Congrès institue une commission pour intervenir, dans ce but, auprès du ministre de la guerre.

M. *Desgranges* (de Lyon) combat cette proposition; il n'en comprend pas l'opportunité, montre toutes les difficultés qu'entraînerait l'exécution d'un pareil projet, tant au point de vue de l'argent et des locaux qu'à celui du personnel de médecins et d'infirmiers civils à tenir toujours en permanence.

Après une courte discussion, dans laquelle on fait valoir que les communications de MM. Sarrazin et Le Fort ont démontré d'une façon absolue les inconvénients de l'ingérence des sociétés civiles privées dans le service médical de l'armée et la nécessité d'une organisation nouvelle exclusivement militaire, on passe à l'ordre du jour.

Il est évident que les sociétés de secours aux blessés ont rendu de grands services dans la guerre de 1870-71, mais que leur intervention directe deviendrait inutile le jour où le service de l'armée sera réorganisé sur une base plus étendue.

SÉANCE DU 21 SEPTEMBRE 1872 (MATIN).

PESTE BOVINE : MM. PIGEON, PEUCH, SAINT-CYR. — EAUX MINÉRALES : M. PÉTREQUIN.

M. *Pigeon* (de Fourchambault) lit une pétition adressée à l'Assemblée nationale, pétition qu'il voudrait voir appuyée par le Congrès, et dans laquelle il demande à l'État d'instituer des recherches expérimentales sur la nature épidémique ou contagieuse du typhus du gros bétail. Dans les longues considérations qui suivent cette pétition, l'auteur se déclare ouvertement anticontagioniste et cite à l'appui de sa thèse les expériences faites en Russie et qui sembleraient démontrer la non-infection d'animaux inoculés, placés dans une étable de bêtes atteintes et recouverts de la peau des animaux malades. Il croit en outre qu'on peut guérir cette maladie au lieu d'abattre les animaux atteints.

Mais si le typhus n'est pas contagieux, comment se propage-t-il? M. Pigeon invoque certaines causes cosmiques qu'il se garde bien de définir. Quel moyen curateur va-t-il nous offrir pour remplacer l'isolement et l'abatage, souverains contre l'extension des épidémies? Ici encore, même incertitude, ou plutôt silence absolu.

M. *Peuch*, chef de service à l'École vétérinaire de Lyon, lit un travail important sur la question du *typhus des bêtes à cornes*. Dans une première partie, très-intéressante, il démontre la nature éminemment contagieuse de cette affection par l'indication rapide des différentes épidémies qu'ont entraînées les grandes guerres européennes, depuis le IXe siècle jusqu'à la guerre de 1870-71. Il faut insister sur les détails peu connus que l'auteur nous a fournis sur notre dernière épidémie.

Provenant de l'infection d'un troupeau acheté pour l'approvisionnement de l'armée allemande en Russie, où la maladie peut être regardée comme endémique, la peste bovine a suivi exactement l'invasion germaine. Elle paraît à Kaiserslautern au commencement d'août 1870, s'étend dans l'Alsace et dans la Lorraine pendant les mois d'août et de septembre, en épargnant la Suisse et le Luxembourg, qui, grâce à leur neutralité, purent prendre des mesures sanitaires énergiques. Elle ravage Nancy, point central des ravitaillements de l'armée, est importée dans les Vosges en octobre, puis s'étend comme une tache d'huile jusque dans le Finistère après la déroute du Mans, jusque dans l'Ain après celle de notre dernière armée de l'Est, soit à la suite des Allemands, soit importée par des troupeaux achetés à la hâte pour l'approvisionnement de nos troupes.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Peuch trace un long tableau symptomatologique et anatomo-pathologique de la maladie, dans lequel nous trouvons peu de données nouvelles.

M. *Saint-Cyr*, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, dans un plaidoyer animé et intéressant, réfute les idées de M. Pigeon. Les preuves abondent dans ce discours en faveur de la contagion, aujourd'hui admise par tous les médecins-vétérinaires. Le fait suivant, encore peu connu, peut se passer de commentaires : Pendant la dernière guerre, la délégation du ministère de l'agriculture de Tours fit acheter, pour l'approvisionnement de l'armée de la Loire, 5000 bœufs en parfaite santé; le corps d'armée du général Chanzy était en outre pourvu d'un autre convoi de bestiaux qui, après la reprise d'Orléans par nos troupes, furent installés dans une étable précédemment occupée par des bœufs prussiens atteints de typhus; dans notre retraite d'Orléans, les deux troupeaux font toujours partie du même corps d'armée, et marchent parallèlement; mais comme on a soin de les isoler, le dernier contagionné par son séjour dans l'étable infectée est décimé par la maladie, tandis que le premier n'a pas une seule victime. Mais à la déroute du Mans, les précautions prises précédemment ne peuvent être continuées, le troupeau sain jusqu'alors est envahi à son tour et va porter le typhus à Landernau (Finistère) où M. Saint-Cyr l'a observé.

Insistant sur les preuves expérimentales de contagion, l'auteur fait observer que rien n'a manqué à leur authenticité sous leurs formes les plus diverses et dans les conditions les plus probantes. Quant à la guérison spontanée, elle peut s'opérer dans une très-faible proportion : il l'a observée 6 fois seulement sur 350 morts. Enfin, arrivant à la question si importante de l'utilisation de la viande des typhiques pour l'alimentation, M. Saint-Cyr croit qu'il y a là un très-grand danger, non pas tant peut-être au point de vue de l'alimentation qu'à celui de la dissémination des germes morbides. Le fait suivant qu'il a observé dans l'épidémie de Landernau est des plus probants à cet égard : Cinq bêtes atteintes de typhus ayant été abattues dans une ferme considérable, on accorda au propriétaire l'autorisation d'en vendre la viande; un paysan en achète quelques kilogrammes et les emporte dans un sac sur son dos; s'étant arrêté pour se reposer, il dépose son sac pendant quelques instants sur le bord d'une route, vis-à-vis d'une petite ferme renfermant six animaux parfaitement portants. Huit jours après, ces animaux, qui étaient venus brouter le long de la route, meurent du typhus.

La proposition de M. Pigeon est rejetée, malgré un discours où son auteur expose des idées de pathologie générale pleines d'assertions fausses et confuses.

M. *Pétrequin* (de Lyon) lit une *Étude comparative sur les eaux minérales de France et d'Allemagne*. Les conclusions de ce mémoire sont très-analogues à celles que M. Durand-Fardel a lues à la Société d'hydrologie de Paris.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1872 (SOIR).

EFFETS DES BOISSONS ALCOOLIQUES : MM. PUPIER, MAGNAN.

La séance du soir appelle la question de l'*alcoolisme*.

M. *Pupier* (de Vichy) lit un travail intitulé : DÉMONSTRATIONS EXPÉRIMENTALES DES EFFETS DES BOISSONS DITES SPIRITUEUSES SUR LE FOIE.

L'auteur a fait une série d'expériences dans lesquelles l'administration d'absinthe, de vin rouge, de vin blanc et d'alcool pur, a produit chez des poulets ou des lapins les lésions suivantes :

Pour l'absinthe : émaciation extrême, muscles réduits à leur gaîne; foie rétracté sur lui-même, présentant au microscope une hyperplasie conjonctive diffuse, un grand nombre de cellules hépatiques étant remplacées par des plaques fibreuses.

Pour le vin rouge : amaigrissement moins marqué; foie dur, présentant au microscope des vaisseaux vides et un grand nombre de cellules hépatiques agrandies et graisseuses.

Pour le vin blanc, muscles et tissus graisseux normaux; foie présentant une dilatation vasculaire évidente, avec épaississement de la trame du réseau capillaire.

L'alcool a été mal supporté, et les résultats de son administration ne sont pas concluants.

En résumé, de ces recherches, communiquées récemment à l'Institut par M. Claude Bernard, l'auteur concluait aux relations suivantes : par l'absinthe, production de l'hépatite interstitielle (cirrhose); par le vin rouge, production du foie gras de Frerichs; enfin par le vin blanc, production d'une variété de foie muscade avec hypérémie.

Depuis, de nouveaux examens microscopiques ont rendu M. Pupier moins affirmatif à l'égard de la première de ses conclusions; « la production de la cirrhose par l'absinthe n'est pas encore démontrée. » M. Durande, en effet, n'aurait reconnu dans ces cas qu'une dégénérescence extrême des cellules hépatiques pleines de globules blancs, sans prolifération du tissu conjonctif, et M. Vulpian nie également cette cirrhose absinthique.

Des poulets actuellement en expérience sont nourris avec

des feuilles d'absinthe mélangées à leurs aliments habituels, et ne paraissent point en être incommodés.

M. *Magnan* (de Paris) expose le résumé de ses recherches cliniques et expérimentales sur *l'alcoolisme* et *l'absinthisme*. Les idées de l'auteur sont assez connues de nos lecteurs pour que nous n'ayions pas à y insister. Deux expériences faites sur les chiens ont montré à l'auditoire d'une façon saisissante le contraste entre les effets des deux substances étudiées. Le premier animal, auquel on avait administré 200 grammes d'alcool, est tombé dans un collapsus complet; le second, immédiatement après l'injection dans la veine crurale de quelques gouttes d'essence d'absinthe, a présenté une série de crises épileptiques répondant dans leurs moindres détails aux types les plus classiques de l'épilepsie.

Séance du 23 septembre 1872 (matin).

Causes diverses de dépopulation. — Mortalité des nourrissons : MM. Lombard, Mayer, Brochard, Fritsch, Drysdale, Rodet, Perrin, Bouchacourt, Crestin.

La question mise à l'ordre du jour est la dépopulation de la France. Plusieurs travaux sont peu analysables, vu l'aridité des documents qu'ils renferment; d'autres traitent les mêmes sujets avec des conclusions identiques. Notre compte rendu ne cherchera donc qu'à donner une esquisse générale des deux séances du 23 septembre.

Celle du matin est ouverte par un excellent travail de démographie médicale, dû à M. *Lombard* (de Genève) : Sur les causes de dépopulation de la France dans sa comparaison avec les autres pays, aussi remarquable par le côté scientifique que par le côté pratique.

On a exagéré la dépopulation de la France, mais ce qu'il y a de positif, c'est qu'elle est au dernier degré pour la période de doublement. Tandis que la Saxe double sa population en 39 ans, il nous en faut 165 pour arriver au même résultat. A quoi attribuer cette infériorité? Ce n'est ni à la densité, ni au nombre de mariages, ni à la mortalité; il est rigoureusement établi que nous sommes sous ces points importants dans une excellente moyenne. La cause qui prime toutes les autres est le nombre très-restreint des naissances d'enfants légitimes; la comparaison du chiffre total des naissances à la population place la France au dernier rang (2,63 pour 100), tandis que son chiffre de naissances illégitimes est peu considérable.

Passant à la mortalité des nouveau-nés, question qui sera traitée par d'autres membres avec tant de développement, M. Lombard croit à son influence, mais fait observer que, comparativement aux autres pays, cette mortalité n'est pas excessive. L'allaitement maternel est certes une très-bonne chose, mais l'enquête anglaise sur les conditions matérielles des ouvriers a démontré jusqu'à l'évidence qu'ils sont incapables de subvenir à leurs besoins en se mariant jeunes, et dans ces conditions comment exiger de leurs femmes de longues pertes de travail?

M. Lombard termine en indiquant quelques causes moins importantes, telles que les pays insalubres, dans lesquels l'assainissement augmente visiblement la moyenne de la vie, les obstacles légaux au mariage, le célibat exigé dans les armées permanentes, enfin les habitudes de luxe qui tendent à la non-cohabitation du mari et de la femme.

M. *Alexandre Mayer* (de Paris) expose une série de mesures qu'il croit propres à diminuer la *mortalité excessive du premier âge*. En présence de la négligence que les parents apportent à surveiller les enfants en nourrice, il propose de faire intervenir l'État, qui confierait officiellement cette surveillance aux sociétés protectrices de l'enfance et à leurs inspecteurs; il voudrait en outre qu'une direction des nourrices fût installée au ministère de l'intérieur pour surveiller les bureaux de placement et réprimer sévèrement les abus qui s'y commettent ou que commettent les nourrices qu'ils placent.

M. *Brochard* lit un long et intéressant mémoire traitant également de la *mortalité des nouveau-nés*. Nos lecteurs connaissent la part considérable qui revient à l'auteur dans cette question. Aujourd'hui, il nous apporte des faits nombreux et nouveaux qui montrent que la plaie existe partout, depuis les grandes villes, comme Marseille, jusque dans les petites localités où sont placés les nourrissons. Il est aujourd'hui surabondamment prouvé que l'allaitement mercenaire entraîne une mortalité beaucoup plus considérable que l'allaitement maternel. En dehors de cette donnée, il faut réprimer les abus monstrueux qui se passent chez les nourrices, et renouveler complétement le service des Enfants trouvés. Notons, en passant, que l'auteur croit que le rétablissement des tours serait un puissant moyen de diminuer les infanticides. Les conclusions pratiques de M. Brochard sont, en somme, très-analogues à celles de M. Mayer.

M. *Fritsch*, dans un travail basé sur les statistiques de M. le professeur Laveran, étudie spécialement les *causes de la dépopulation tenant aux armées*.

En dehors des causes indirectes apportées à l'accroissement de la population par les armées permanentes, telles que le retard dans les mariages, il y a chez le soldat français une mortalité considérable, incombant particulièrement aux maladies zymotiques et à la phthisie pulmonaire; cette mortalité se fait surtout sentir dans les premières années de l'incorporation, et, chose importante à noter, elle sévit même en temps de paix. En dehors des causes innombrables inhérentes à la guerre, il faut noter comme causes l'insuffisance de la paye, qui est restée stationnaire pendant que les besoins augmentent, et la nostalgie avec la dépression considérable qu'elle amène.

M. *Drysdale* (de Londres) vient jeter une note discordante dans le concert des partisans de l'accroissement infini de la population. Il croit que la France donne un sage exemple à l'Europe en proportionnant ses naissances à sa production.

M. *Rodet* (de Lyon) lit un long mémoire dans lequel toutes les causes de la dépopulation de la France sont étudiées avec des conclusions analogues à celles de M. Lombard. Notons une assez longue réfutation de la théorie de Malthus et de ses élèves.

M. *Th. Perrin* (de Lyon) et M. *Caron* (de Paris) présentent des considérations analogues sur le défaut de natalité et la mortalité de la première enfance.

M. *Bouchacourt* (de Lyon) expose quelques considérations intéressantes sur *l'hygiène de la première enfance*. Il combat l'intervention de l'État dans ces questions, et croit que «le médecin doit être dans tous ces cas la loi vivante».

M. *Crestin* (de Lyon) envisage la question de la population au point de vue économique et social. Dans un court historique il montre que de tout temps l'accroissement de la population a été proportionnel à la production, et que celle-ci à son tour dépend d'un bon régime fiscal et de bonnes institutions politiques. Puis, appliquant ces données au temps présent, il considère à notre dépopulation six causes principales : 1° nécessité pour la famille de diminuer le nombre des enfants avec l'accroissement du luxe et de la cherté de la consommation; 2° mauvaise organisation des impôts frappant sur les parties essentiellement productives de la nation; 3° propagation de la syphilis; 4° déplacement des jeunes gens qu'une attraction irrésistible ou les besoins de l'industrie poussent à émigrer de la campagne à la ville; 5° armées permanentes consommant sans produire; 6° existence d'une classe de citoyens voués au célibat.

L'auteur développe avec beaucoup de vigueur sa thèse, et constate que le médecin a peu de prises sur toutes ces causes. Comme remède, il propose une meilleure répartition d'impôts, la transformation de l'armée, la propagation de l'instruction.

Enfin, il voudrait qu'on encourageât de nouveaux débouchés et, en particulier, l'émigration en Algérie; il voudrait qu'on employât pour les coloniser les enfants assistés, dont l'inspection réclame de nombreuses modifications.

Après une longue discussion, les deux vœux suivants sont adoptés :

1° En présence de la mortalité qui sévit sur les enfants assistés ou envoyés en nourrice, le Congrès médical réclame l'établissement de mesures législatives indispensables pour la solution de la question.

2° Pour les mêmes motifs, il demande que dans la nomination des inspecteurs des enfants assistés, il soit fait une plus large part à l'élément médical.

Drs LEGROUX et H. COUTAGNE.

Dépêche télégraphique de Lyon. — Le Congrès, près de se séparer, a émis à l'unanimité le vœu que l'enseignement libre de la médecine soit institué en France, l'État seul ayant le droit de collation des grades. Ce vœu sera transmis à l'Assemblée nationale.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

PHYSIOLOGIE. — M. *Milne Edwards* fait hommage à l'Académie de la première partie du dixième volume de son ouvrage intitulé : LEÇONS SUR LA PHYSIOLOGIE ET L'ANATOMIE COMPARÉE DE L'HOMME ET DES ANIMAUX. Dans ce volume, l'auteur traite du système tégumentaire considéré comme appareil protecteur.

CHOLÉRA. — M. le docteur *A. Netter* donne lecture d'un mémoire intitulé : DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA PAR L'ADMINISTRATION DE BOISSONS AQUEUSES. Ce mémoire est renvoyé à la commission du legs Bréant (voy. p. 639).

— M. *Pigeon* adresse une note relative au choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

PHYLLOXERA. — M. *Hervier* adresse quelques réflexions sur le *Phylloxera*. (Renvoi à la commission du *Phylloxera*.)

OPTIQUE PHYSIOLOGIQUE. — *Sur la mesure des sensations physiques, et sur la loi qui lie l'intensité de ces sensations à l'intensité de la cause excitante*, par M. *J. Plateau*. — L'auteur s'est assuré que le jugement que nous portons sur ces intensités relatives n'est pas aussi vague qu'il le paraît au premier abord; il a prié séparément plusieurs personnes s'occupant toutes de peinture, et par conséquent accoutumées à l'examen et au maniement des teintes, de lui former trois carrés de papier enduits, le premier d'une couleur blanche bien pure, le deuxième d'un noir bien intense, et le troisième d'un gris tel que, ce carré étant placé entre les deux autres près d'une fenêtre, le gris en question parût différer autant du blanc que du noir. Il est évident que si l'appréciation de l'égalité des deux contrastes repose sur un sentiment vague, les gris fournis par ces personnes, qui étaient au nombre de huit, devaient présenter entre eux des différences très-notables, tandis que si ce même sentiment a de la netteté, tous ces gris devaient se rapprocher beaucoup les uns des autres. Or c'est ce dernier cas qui est arrivé : les huit échantillons de gris se sont trouvés presque identiques.

« Voici actuellement, continue l'auteur, une méthode au moyen de laquelle on obtiendra les intensités lumineuses relatives de plusieurs teintes, ce qui permettra de trouver au moins une loi empirique. On sait que si l'on partage un disque de carton en secteurs alternativement blancs et noirs, tous les premiers étant égaux entre eux, et tous les seconds étant de même égaux entre eux, et si l'on fait tourner rapidement ce disque dans son plan autour d'un axe central, de manière à produire l'apparence d'une teinte grise uniforme, l'intensité lumineuse de ce gris est à celle du blanc comme la largeur angulaire d'un secteur blanc est à la somme des largeurs angulaires d'un secteur blanc et d'un secteur noir. Cela étant, supposons qu'au lieu de secteurs noirs complets il n'y ait sur le disque que des portions de secteurs comprises entre le bord de ce disque et une circonférence concentrique dont tout l'intérieur soit blanc; supposons, en outre, que le disque soit placé devant une surface noire. Alors, quand on le fera tourner, l'ensemble des portions de secteurs donnera une zone grise, et l'on pourra comparer le contraste entre le gris dont il s'agit et le blanc central, avec le contraste entre ce même gris et le noir extérieur. Maintenant, comme on est maître de modifier à volonté le degré de foncé du gris de la zone en changeant les largeurs angulaires relatives des portions noires et blanches, on pourra arriver, par tâtonnement, à réaliser une teinte grise qui paraisse exactement aussi différente du noir extérieur que du blanc central. On conçoit qu'il sera facile, au moyen de disques partagés autrement, d'appliquer le même mode à la recherche d'une suite de gris dont on connaîtra les intensités lumineuses relatives, et qui exciteront des sensations dont les rapports seront également connus. »

PHYLLOXERA. — M. *Louis Faucon* adresse à l'Académie des observations nouvelles sur le *Phylloxera*, faites chez lui par M. *Gaston Bazille*, président de la Société centrale d'horticulture de l'Hérault, et desquelles il résulte qu'il existe des *Phylloxera* aptères et des *Phylloxera* sans ailes, plus petits que les premiers. Les uns et les autres ont été vus courant sur le sol. Les insectes ailés ne s'envolent pas quand on les touche et qu'on les excite.

M. *Guérin-Méneville* fait aussi une communication sur le même sujet. Il continue à professer que la multiplication exagérée de l'insecte dépend d'une maladie primitive de la vigne. Les parasites animaux et végétaux ne peuvent d'ordinaire vivre que sur des êtres dont la santé est déjà dans des conditions anormales. Il croit, avec M. Thenard, que la maladie des vignes tient à ce que, depuis longtemps déjà, on s'est mis à planter la vigne partout, aussi bien dans les mauvaises terres que dans les bonnes, sans faire un choix judicieux des variétés dites à bois dur et à bois tendre, pour les placer dans les sols qui conviennent le mieux aux unes et aux autres. De là, dit-il, affaiblissement de la constitution de la plante, surtout des variétés à bois tendre, et, par suite de cet état d'atonie, envahissement par la vermine des sujets ainsi affaiblis.

En conséquence, il serait utile de provoquer des recherches pratiques dans ce sens, et les primes offertes par le gouvernement et les sociétés agricoles pour la recherche de moyens scientifiques de destruction du parasite pourraient aussi être attribuées aux agriculteurs qui parviendront, par des moyens pratiques et culturaux, à guérir la vigne de la maladie qui amène le développement extraordinaire et prodigieux du *Phylloxera*.

OÏDIUM. — M. *Gorges* adresse une note relative à l'emploi du bisulfite de chaux pour la guérison des vignes atteintes de l'oïdium. (Renvoi à la commission du *Phylloxera*.)

Académie de médecine.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. *Delalain*, dentiste à Paris, concernant une restauration buccale et faciale chez un soldat du 15e régiment d'artillerie blessé à Bapaume. (*Commission du prix Barbier*). — *b*. Une note sur des perfectionnements apportés à la construction des appareils siphoïdes pour eaux gazeuses, par M. *Dugonjard*. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Marc Girard*, chirurgien des hôpitaux civils de Bordeaux. (*Accepté.*)

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° Un mémoire manuscrit de M. le docteur *Daga*,

sur une épidémie de fièvres éruptives au camp de Châlons, en 1870. (*Commission des épidémies.*) — 2° Un volume intitulé : Épidémies des armées, leçons de M. le professeur *Laveran*, rédigées par M. le docteur *Fritsch*, dit *Lang*.

M. *Roger* présente une brochure intitulée : Lettres sur la rage, par M. le docteur *Chairon*.

M. le docteur *Lecadre*, membre correspondant au Havre, assiste à la séance.

Sur la septicémie. — Les faits d'inoculation de sang septicémique, rapportés par M. Davaine dans la dernière séance, ont paru tellement extraordinaires et tellement graves à M. *Bouley*, qu'il n'a pas voulu les laisser passer sans objections.

Et d'abord il signale l'espèce de contradiction qui existe entre les expériences de M. Chauveau prouvant que l'énergie d'une matière virulente diminue en proportion directe de son état de dilution, et les expériences de M. Davaine d'après lesquelles le sang septicémique conserverait toute sa virulence jusqu'à un trillionième de goutte.

Quelque surprenant qu'il soit, M. Bouley ne nie pas ce phénomène, dont la vérité est attestée par un expérimentateur habile et consciencieux ; mais il doute que les résultats obtenus par M. Davaine sur des animaux de petite espèce, tels que les cobayes et les lapins, puissent se produire sur les grands animaux comme le cheval et le bœuf. Cette opinion s'appuie, en premier lieu, sur les recherches comparatives de M. Colin, qui démontrent qu'il faut une dose de matière virulente beaucoup plus élevée pour tuer un mouton que pour tuer un pigeon, un cobaye ou un lapin ; en second lieu, sur l'observation clinique, qui prouve l'innocuité de la rétention et de la putréfaction du placenta et du fœtus chez la vache, ainsi que celle des matières putrides de la gangrène traumatique chez le cheval. Non-seulement ces matières ne paraissent pas infecter l'organisme des animaux qui les portent, mais encore elles sont inoffensives pour les vétérinaires qui les manient, sans aucune précaution, pendant des heures entières.

M. Bouley ne prétend pas que de tels faits autorisent à rejeter la contagion de la septicémie des grands animaux ; mais il croit devoir les opposer aux résultats terrifiants des expériences de M. Davaine, en invitant son honorable collègue à répéter sur les chevaux les curieuses recherches qu'il a poursuivies avec tant de persévérance sur les lapins et les cobayes.

M. *Davaine* accepte de bonne grâce la proposition de M. Bouley.

Influence des événements de 1870-71 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France. — Les grandes commotions politiques et sociales dont notre malheureuse patrie a été dernièrement le théâtre ont-elles déterminé l'explosion d'un certain nombre de cas de folie ? ont-elles contribué à augmenter le chiffre des aliénés dans les asiles ?

Telles sont les questions pleines d'intérêt et d'importance que M. le docteur Lunier se propose d'étudier et de résoudre dans un long et consciencieux travail, dont il ne communique aujourd'hui que la première partie. Inspecteur général des établissements d'aliénés, disposant, en conséquence, de documents nombreux et authentiques, M. Lunier est mieux placé que personne pour entreprendre et mener à bien cette laborieuse recherche. Il s'est donc livré, dans tous les asiles de France, à une vaste enquête, qui lui a fourni les résultats suivants :

Le chiffre des admissions dans les asiles français, du mois de juillet 1870 au mois de juillet 1871 (années de la guerre et de la commune), a été inférieur de 12,11 pour 100 au chiffre de entrées de juillet de 1869 à juillet 1870. Pendant le deuxième semestre de 1871, le chiffre des entrées a été un peu plus élevé (84) que dans le semestre correspondant de 1869 ; mais il est encore resté notablement au-dessous de ce qu'il eût été, si l'augmentation eût suivi la progression moyenne des années précédentes.

Sur les 10 243 aliénés admis dans les asiles, du 1er janvier 1870 au 1er janvier 1871, 1322, c'est-à-dire environ 13 pour 100, sont devenus fous par suite des événements de 1870-71. La proportion est de 15,60 pour 100 chez les hommes, et de 9,40 pour 100 chez les femmes. Pendant le deuxième semestre de 1871, les asiles français ont encore reçu 400 malades devenus aliénés par suite des événements politiques : la proportion a été de 8,04 pour 100 chez les hommes, et de 5,98 pour 100 chez les femmes.

Les événements de 1870-71 ont donc produit deux résultats en apparence contradictoires. Ils ont déterminé l'explosion de 1800 cas de folie environ, et ils ont amené une diminution de 3268 dans le chiffre des aliénés séquestrés.

M. Lunier attribue cette diminution à plusieurs causes, et notamment aux perturbations apportées par l'invasion dans le fonctionnement du service des aliénés ; à la sévérité plus grande dans les admissions ; à la diversion produite par les événements dans l'état mental d'un certain nombre d'individus prédisposés à la folie ; à la diminution momentanée des excès alcooliques sur certains points du territoire ; enfin, à la terminaison rapide par la mort des aliénations mentales provoquées par les commotions politiques de cette douloureuse époque.

M. Lunier étant candidat pour la section d'hygiène et de médecine légale, son travail est renvoyé à l'examen de cette section.

Traitement du choléra par les boissons aqueuses. — M. le docteur *Netter*, qui a déjà publié en 1862 un travail sur ce sujet, a eu l'occasion d'observer, depuis cette époque, quelques cas nouveaux de choléra guéris par l'administration coup sur coup d'énormes quantités de boissons aqueuses, vingt litres et plus dans les vingt-quatre heures.

L'auteur ne s'attribue pas la priorité de ce mode de traitement, dont il fait remonter à Celse la première conception. Sydenham et, après lui, Cullen, Monro, Colombier, Lind, Thiou de la Chaume, l'ont employé sous le nom caractéristique de « méthode du lavage ». En 1784, un professeur, Rougnon de Magny, traitait les diarrhées violentes en faisant boire aux malades jusqu'à un seau d'eau de veau dans les vingt-quatre heures. Tourette affirme avoir guéri par les boissons aqueuses 32 cholériques pendant l'épidémie de 1849. Des succès analogues ont été rapportés par Legroux (*Gazette hebdomadaire*, 1854), Richelot (*Thèse inaugurale*, 1855), et Jacquez (*Gazette médicale*, 1865).

M. Netter emploie de préférence le procédé de Rougnon de Magny, qui consiste à administrer coup sur coup plusieurs litres d'une décoction de veau, ramenée à la température ambiante. Il recommande expressément de ne pas employer l'eau chaude parce qu'elle répugne aux malades, ni l'eau froide parce qu'elle pourrait arrêter prématurément les vomissements. Dans la pensée de l'auteur, les vomissements et la diarrhée sont un mal nécessaire, destiné à éliminer le poison cholérique. Mais comme ces évacuations excessives amènent une déperdition considérable du sérum sanguin, un épuisement des humeurs et un dessèchement des tissus, il faut y suppléer par l'introduction rapide et forcée d'énormes quantités de boissons aqueuses.

Telle est la théorie par laquelle M. Netter explique et cherche à justifier l'opportunité de son traitement.

M. Netter paraît animé d'une conviction très-profonde sur l'efficacité de ce moyen thérapeutique ; mais ses observations ne nous ont paru ni assez nombreuses, ni assez concluantes pour asseoir une opinion définitive dans un sujet aussi grave et aussi délicat. Néanmoins, l'administration coup sur coup des boissons aqueuses dans le choléra mérite d'être prise en considération et d'être soumise à de nouveaux essais, abstraction faite de toute préoccupation théorique.

La séance venait d'être levée lorsque M. le docteur *Hougé de l'Aulnoit* est venu faire à l'Académie une communication sur la *greffe muqueuse*. Nous publierons prochainement un travail de l'auteur sur ce sujet.

A. Linas.

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

DU ZONA OPHTHALMIQUE ET DES LÉSIONS OCULAIRES QUI S'Y RATTACHENT, por le docteur A. HYBORD. — A. Delahaye, 1872.

L'affection choisie par M. Hybord comme sujet de so thèse inaugurale n'a été bion décrite qu'en 1866, par J. Hutchinson, qui le premier a montré les liens qui rattachent l'éruption herpétique des poupières à des lésions oculaires qui peuvent être fort graves. Depuis cette époque des travaux assez nombreux out permis de bien comprendro les phénomènes pathologiques du zona frontal ou zona ophthalmique, dont l'étude a profité des progrès accomplis dans la connaissance des troubles trophiques consécutifs aux lésions des nerfs. Citer le nombre de quotre-vingt-dix-huit observations résumées par l'auteur, c'est montrer l'intérêt qui est attaché à ce travail que nous ne saurions mieux résumer qu'en reproduisant les conclusions de l'auteur.

Le zona ophthalmique est l'éruption herpétique développée sur le territoiro do la première branche du trijumeau ou branche ophthalmique. Avec l'éruption cutonée coexistent des oltérations oculaires dont les plus importantes sont lo kératite et l'iritis, qui peuvent être réunies ou exister isolément. La kératite est plus fréquente que l'iritis.

Le zona est l'expression cutanée de l'irritation, de l'inflammation de la première broncho du trijumeau. Le processus qui engendro l'éruption peut se développer, soit sur le gonglion de Casser, soit sur le trajet do la branche ophthalmique. Les lésions de la cornée et do l'iris sont des phénomènes de même ordre que les manifestations cutanées, elles doivent être rapportées à l'irritation, à l'inflammation des filets ciliaires de la bronche nasale du rameau ophthalmique. Elles sont le plus souvent en rapport avec la distribution de l'éruption sur le territoire cutoné du nerf nasal. L'éruption cutanée et les lésions oculaires ne dépendent pas de la paralysie des vaso-moteurs et de l'hypérémio neuro-paralytique consécutive. Il faut les attribuer à une influence directe du système nerveux sur la nutrition. Do toutes les théories invoquées, cello qui rattache ces troubles trophiques à l'irritation des nerfs trophiques est encore la plus simple et la plus sotisfaisante.

Nous n'ojouterons quo deux remarques relatives à la cause du zono ophthalmiquo et à son traitement; elles nous sont inspirées par une expérience personnelle. Parmi les causes signalées par M. Hybord, l'action du froid ost si fréquente qu'elle semble la seule démontrée. Pour notro part, nous sommes tenté d'admettre que la fatigue fonctionnelle de l'organo de lo vision peut déterminer le zona. Ainsi, nous avons été atteint d'un zona ophthalmique à la suite d'un long travail dans lequel nous examinions ò de très-forts grossissements des préparations microscopiques, pendant plusieurs heures consécutives, et il nous a paru que la seule cause était la fatigue due à des efforts d'accommodation trop longtemps prolongés. Cette explication nous paraît être en accord avec la théorie admise par M. Hybord. Au point de vue du traitement, nous recommandons à l'auteur l'emploi de la ouate fortement comprimée par un bandage, qui chez nous a suffi pour calmer les douleurs du zono, lequel étoit ossez prononcé pour que nous en conservions les cicatrices comme preuves do la vérité de notre diagnostic.

VARIÉTÉS.

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — Les exercices de l'École commenceront le 4 novembro 1872 (semestre d'hiver).

Anatomie : MM. P. Trolard et Gaussanel, chef des travaux anatomiques. Tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, à deux heures.

Histoire naturelle et matière médicale : M. Ch. Bourlier. Mardi, jeudi, samedi, à trois heures ; vendredi, à cinq heures.

Pathologie externe : M. Alcantara. Lundi, mercredi, jeudi et samedi, à quotre heures.

Clinique médicale : M. G. Gros. Lundi, mercredi et vendredi, à neuf heures du matin, à l'hôpital civil.

Clinique chirurgicale : M. Ed. Bruch. Mardi, jeudi et amedi, à neuf heures du matin, à l'hôpital civil.

Dissections : M. Caussanel. Tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à deux heures.

Conférences anatomiques : M. Gaussanel. Mardi et vendredi, à onze heures pendant le premier trimestre.

Professeurs suppléants : Choire d'anatomie et de physiologie, M. Gaussanel. — Chaire de médeciné, M. Bourlier (Auguste). — Chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Stéphann. — Chaires de pharmacie, de chimie, d'histoire naturelle, M. Descamps.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président do lo République, en date du 18 septembre 1872, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été promus ou nommés dans l'ordre national do la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Callard, médecin à l'hôpitol de la Pitié, à Poris; Mobit, médocin de l'institution des Sourdes-Muettes de Bordeaux; Billod, directeur de l'asile d'aliénés do Vaucluse (Seine-et-Oise).

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Burdel, médecin à Vierzon (Cher); Dufay, médecin de l'hospice de Gisors (Eure); Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux (Gironde); Le Barillier, médecin en chef de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux; Sabatier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Maudet, médecin de l'hôpital de Cholet (Maine-et-Loire); Monnoye père, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Cherbourg (Manche); Crié, médecin à Laval (Mayenno); Demonge, professeur à l'École de médecino de Nancy (Meurthe-et-Mosollo); Berne, professeur suppléant à l'École de médecino de Lyon (Rhône); Lemarchand (Constant), médecin au Tréport (Seine-Inférieure); Hardy, médocin à Gambrai (Nord); Gaume, médecin à Paris; Linos, ex-chirurgion-major de la garde nationale de la Seine; Tarras, médecin à Pou (Basses-Pyrénées); Noiret, ex-chirurgien-major du 211ᵉ bataillon des gardes notionales de la Seine; Bonenfant, ex-chirurgien-major au 65ᵉ bataillon des gardes nationales de la Seine; Guignard, médecin à Vanves (Seine); Girault, médecin à Paris; Tissier (Adolphe-Gharles), médecin à Paris; Ballet, médecin à Paris; Durand (Jean-Baptiste), médecin à Paris; M. Malenfant, ancien pharmacien à Paris; Denouette, chirurgien des sapeurs-pompiers au Havre.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 14 au 20 septembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 2.— Rougeole, 6. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 20. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 31. — Dysentérie, 16. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 28 (1). — Choléra nostras, 2. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 13. — Affections puerpérales, 7. — Autres affections aiguës, 259. — Affections chroniques, 373 (2). — Affections chirurgicales, 66. — Causes accidentelles, 16. — Totol, 875.

Londres : Décès du 8 au 14 septembre 1872, 1203.—Variole, 12; rougeole, 9; fièvre scarlatine, 22; coqueluche, 26; fièvre typhoïdo, 18; diarrhée, 119; choléra nostras, 2; bronchite, 89; pneumonio, 53.

Turin : Décès du 26 août au 1ᵉʳ septembre 1872, 93. — Variole, 1; rougeole, 5; fièvre typhoïde, 7.

Bruxelles : Décès du 1ᵉʳ au 7 septembre 1872, 114. — Scarlatine, 2; bronchito, 5; entérite et diarrhée, 29.

(1) Dont 14 enfants au-dessous de six mois, 7 au-dessous d'un an, 4 au-dessous de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 373 décès, 144 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

SOMMAIRE. — **Paris.** Académie de médecine : La culture de la septicémie : M. Davaine. — **Travaux originaux.** Médecine pratique : Porte-liquide laryngé. — **Correspondance.** De la version par manœuvres externes et de l'expression utérine. — **Congrès scientifiques.** Congrès médical de France (4ᵉ session à Lyon). — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — **Bibliographie.** Index bibliographique. **Variétés.** — **Feuilleton.** Médecins, poëtes, littérateurs, architectes, numismates, etc.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 3 octobre 1872.

LES MÉDECINS TRAITANTS DANS LES HÔPITAUX MILITAIRES. VERTUS DE LA CINCHONINE.

Les médecins traitants dans les hôpitaux militaires.

Le rapport suivant a été adressé par M. le ministre de la guerre à M. le Président de la République, qui l'a revêtu d'une approbation ayant force de décret.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 24 septembre 1872.

Monsieur le Président,

Aux termes de l'article 18 du décret du 23 mars 1852, l'aptitude des médecins-majors de 1re et de 2e classe aux fonctions de médecin traitant dans les hôpitaux militaires est constatée par des épreuves dont le programme est rédigé par le Conseil de santé des armées.

Cette disposition, destinée dans le principe à présenter certaines garanties en ce qui concerne le traitement des militaires malades, n'a pas donné tous les résultats que l'on en attendait. Son application crée en temps de guerre des entraves et des difficultés qu'il importe d'éviter au moment où l'on a besoin du concours dévoué de tous les médecins militaires. En temps de paix, elle relègue au second plan de précieux auxiliaires rompus pour la plupart à la pratique de la médecine d'armée, et entretient dans le corps de santé une scission regrettable.

» J'ajouterai qu'un examen attentif de la situation actuelle du corps des officiers de santé militaires m'a donné lieu de constater que sur plusieurs points de France et d'Algérie il devient très-difficile de pourvoir les établissements hospitaliers d'un nombre suffisant de médecins traitants, tandis que des corps de troupes, stationnés sur les lieux mêmes ou à proximité, offrent un effectif de médecins militaires dont une portion pourrait être utilisée avantageusement dans l'intérêt général.

Après avoir étudié la question, j'ai reconnu qu'il était urgent de modifier un état de choses dont les anomalies se manifestent du jour en jour d'une manière plus frappante. En conséquence, et en attendant qu'une législation nouvelle, aujourd'hui à l'étude, ait déterminé les conditions précises dans lesquelles se trouvera placé le corps de santé, je n'hésite pas à vous proposer, comme mesure transitoire, l'abrogation pure et simple de l'article 18 du décret précité et l'admission dans les hôpitaux des médecins militaires employés dans les régiments.

Toutefois, dans le but de sauvegarder le principe d'autorité, il demeurera entendu que les médecins militaires qui seront admis éventuellement à traiter les malades dans les établissements hospitaliers continueront à appartenir à leurs régiments respectifs, et que l'exercice de leur profession dans les salles des malades ne devra les dispenser en rien des obligations du service régimentaire. Leur désignation pourra, selon les cas, être faite d'office par les généraux divisionnaires sur le rapport des intendants militaires.

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien sanctionner par votre approbation une mesure rendue indispensable, et qui me paraît d'ailleurs devoir répondre à l'intérêt du service.

Agréez, etc.

Le Ministre de la guerre,
Signé Général E. de Cissey.

Approuvé :
Le Président de la République française,
Signé A. THIERS.

Lorsque, en 1852, un décret longtemps attendu vint porter dans l'organisation et le fonctionnement du service médical de l'armée des modifications dont nous ne méconnaissons pas certains côtés avantageux, il avait été stipulé (article XVIII, paragraphe 2) que les médecins destinés au service des hôpitaux seraient choisis au moyen d'un concours dont les épreuves seraient déterminées par le Conseil de santé de armées.

Cette mesure avait deux avantages principaux : celui d'assurer aux malades les soins des médecins les plus instruits, et d'autre part, celui d'offrir pour ainsi dire une prime au travail, car il a été admis jusqu'à présent que seuls, les médecins d'hôpitaux peuvent être promus au grade de médecin principal. Depuis 1852 ce système a été mis en application ; les concours pour les hôpitaux se succédaient à peu près tous les deux ans, et chaque fois plusieurs concurrents se faisaient remarquer par l'ensemble de leurs connaissances et la solidité de leur savoir.

Néanmoins, dans les dernières années, on put constater une

FEUILLETON.

Médecins, poëtes, littérateurs, architectes, numismates, etc..

(Suite. — Voyez le numéro 39.)

L'art dramatique n'a pas été oublié par nos médecins-poëtes.

Jean Michel, premier médecin de Charles VIII, a composé un *Mystère* qui a fait le bonheur de nos ancêtres. Bertin a traduit la tragédie de Podagrie (1582). Claude de Pontoux a fait deux tragédies et trois comédies (1584). Pillot de la Ménardière, mort en 1663, a donné deux tragédies : *Alinde* et *la Pucelle d'Orléans*. L'Anglais George Sewell a eu l'honneur de voir représenter deux tragédies : *Sir Waltel Raleigh* et *Richard I* (1719). *Le Connaisseur*, comédie en trois actes représentée à Rouen en 1772, *Sophie ou le Triomphe de la vertu*, comédie en cinq actes, sont de Le Febvre, baron de Saint-Ildefont. Un des médecins les plus distingués de la Faculté de Paris, Procope-Couteaux, mort en 1753, ne s'est pas contenté de son *Art de faire des garçons :* son cerveau fécond a enfanté plus de six pièces de théâtre : *L'Assemblée des Comédiens*, *la Gageure*, *les Deux Basile*, *les Amants brouillés*, *Arlequin Balourd*. Michel Tiphaigne de Chartres a fait imprimer, en 1756, une comédie intitulée : *Les Enfants*. Les Anglais parlent encore de *Suspicious Husband*, comédie en trois actes, de leur compatriote et médecin Benjamin Hoadley, mort en 1759. Ils n'ont pas oublié, non plus, la tragédie (*Nero*) et la comédie (*Vertumnus*) de Mathieu Gwinne (1603-1607). L'École de Paris compte encore parmi les poëtes dramatiques : Jacques Grévin, mort en 1570, auteur de quatre pièces de théâtre : *La Mort de César*, entre autres ; Dubois, dont le *Jaloux trompé* fut joué à Marseille en 1714 ; de Cézan, mort en 1784, qui a composé *les Commères de Windsor*, comédie en trois actes.

diminution dans le nombre des candidats, et l'on acquit bientôt la conviction qu'un certain nombre d'individualités distinguées s'abstenaient systématiquement, se condamnant ainsi à ne pas dépasser le grade de médecin-major de 1re classe (assimilé au chef de bataillon).

Cet état de choses préoccupait non sans raison les membres élevés du corps médical de l'armée et vraisemblablement aussi l'administration militaire, mais peut-être ne cherchait-on pas les véritables causes de cette situation. Elles n'étaient pas douteuses cependant, quoique complexes. Les jeunes médecins-majors que le désir du travail et la légitime ambition de faire un vrai service de médecin, d'avoir une salle d'hôpital, amenait au concours, à peine admis dans les hôpitaux, se voyaient dirigés sur l'Algérie ; ils y passaient plusieurs années dans des localités souvent fort éloignées, écartés de tout mouvement scientifique et même intellectuel, condamnés à vivre loin de leur famille s'ils étaient mariés, ou à la voir dépérir sous un climat fatal aux chétifs, aux enfants. Ce sont là les exigences de la vie militaire, dira-t-on, mais elles pesaient sur les médecins d'hôpitaux plus durement que sur tous les autres cadres de l'armée. D'après les dispositions du décret du 23 août 1859, les médecins-majors des deux classes sont ainsi répartis : régiments, 380 ; hôpitaux, 180. Ces derniers doivent assurer le service de 45 hôpitaux en France, y compris ceux que la guerre nous a enlevés, et de 40 en Algérie (province d'Alger, 17, province d'Oran, 13; province de Constantine, 10). Beaucoup des établissements en Algérie ne comptent pas moins de 500 lits. Les médecins principaux, au nombre de 80 pour les deux classes, fournissent également une partie du personnel, mais en raison de leur ancienneté, de l'importance des services qu'ils peuvent rendre, ils sont plutôt destinés aux hôpitaux de France, aux grandes écoles, etc.

Tout médecin d'hôpital se trouvait donc constamment sous le coup d'une désignation pour l'Algérie, et il suffit d'avoir approché de près nos collègues de l'armée pour être certain que cette perspective n'avait pour eux rien de bien séduisant.

Une autre raison de l'éloignement pour les hôpitaux prenait aussi sa source dans ce fait que, tandis que le médecin-major d'un régiment est à peu près chef de service, sous les ordres du colonel avec lequel les rapports sont toujours faciles, souvent des plus agréables, qu'il vit entouré de considération et en possession de nombreux avantages matériels qui rendent l vie facile (chevaux, ordonnances, etc.), son collègue des hôpitaux reste isolé, à chaque instant se trouve déplacé, et vit sous la tutelle permanente des membres de l'intendance militaire. Ceux-ci, toujours hommes du meilleur monde, et le plus souvent éminemment distingués, doivent appliquer un règlement dont ils sont un peu les auteurs, qui place le médecin dans une position d'infériorité professionnelle pénible pour tout esprit indépendant. Il ne s'agit point ici de froissements d'amour-propre, toutes considérations personnelles doivent céder dans l'armée devant l'intérêt du service, mais ce que l'on supporte aisément pour soi-même devient plus que douloureux lorsqu'on voit porter des entraves à l'exercice de la profession médicale, entendue comme chacun la comprend aujourd'hui, devant donner au médecin la direction absolue de l'hygiène du malade, et, dans son intérêt, l'autorité sur tout ce qui affère à ses besoins.

Enfin, pour être vrai, disons aussi qu'un certain nombre de nos confrères militaires, parvenus après de longs services au grade de médecin-major, hésitaient à venir au concours, le plus souvent par une modestie exagérée, quelquefois par suite d'une regrettable apathie.

De toutes ces causes, il résultait que l'on montrait fort peu d'enthousiasme pour le service hospitalier et qu'une mesure radicale devenait urgente. Elle l'était d'autant plus, qu'avec le système de 1852, 380 médecins-majors se trouvaient soustraits à la médecine active, pour ne faire qu'un petit service d'infirmerie régimentaire, et perdaient, sans le vouloir, l'habitude du malade, tandis qu'en campagne ils devaient concourir au service des ambulances et se trouver parfois placés à la tête de services fort importants. La guerre de 1870-71 a montré une fois de plus les inconvénients de ce système. On pouvait espérer qu'une réorganisation probable du service médical de l'armée poserait en principe que tout médecin doit passer successivement dans toutes les positions, et que, tout en tenant compte des aptitudes et du mérite de chacun, les nouveaux règlements feraient disparaître cette séparation des membres d'un même corps en médecins faisant de la médecine et médecins condamnés à n'en point faire. Déjà la Gazette hebdomadaire s'est nettement prononcée à ce sujet (n° du 24 mai 1872, p. 339), et nous sommes trop dévoué au progrès pour ne point le désirer sous toutes ses formes.

Ce serait donc avec satisfaction que nous apprécierions le

Le genre comique, satyrique, burlesque, épigrammatique, n'a pas été moins exploité par les membres de la profession : Eustache Morel, médecin du XIVe siècle, est regardé comme l'inventeur de la chanson à boire. En 1589, un disciple d'Esculape, mort à Avignon, lança contre les envieux sa fameuse satire : *La Platopodologie*. Bulius, mort en 1615, est célèbre par ses épigrammes. Guy Patin ne tarit pas d'éloges touchant les *Exercitationes equestres* de Christophe Cachet, médecin lorrain, auteur encore d'une pièce intitulée : *Pandora Bacchia furens medicis armis oppugnata*. Dufour, en 1667, lançait des *Divertissements d'amour*, et autres poésies burlesques. Lorry, Gardanne, Poissonnier, Bordeu, tous quatre médecins de Paris, eurent à subir la fougue poétique de Bourdelin le jeune, qui dirigea contre eux son *Art iatrique* (1776), Claude-Marie Giraud, mort en 1780, est auteur du *Diabolanus ou l'Orviétan de Salins* adressé à Voltaire, de la *Vision de Sylvius Gryphaletes*, etc. Les pharmaciens de Londres ont été flagellés par Garth, dans son *Dispensary*, poëme en six chants, une des meilleures satires modernes. Gall et la cranoscopie ont été plaisantés sur les tréteaux par un anonyme qui écrivit : *M. Tétu ou la Crâniomanie. M. Mutin ou les deux Docteurs crânologues, le docteur Gall à Bicêtre ou le Triomphe de la crânologie.* Broussais n'a pas échappé aux coups de fouet d'Antoine Miquel (*la Médecine vengée, poëme en quatre chants*), ni à ceux d'un anonyme (*Les médecins vampires, poëme antiphlogistique dédié aux modernes Sangrado*). Qui n'a pas lu la *Némésis médicale* de Fabre (1835), sa *Satyre contre le magnétisme animal* (1838)? *Le Charlatan ou le docteur Sacroton*, comédie-parade en un acte et en prose, a été écrite par Lassus, alors (1781) professeur d'opérations chirurgicales.

Mais nous devons surtout nous arrêter aux médecins qui ont osé appliquer la poésie à des sujets purement médicaux, et qui n'ont pas craint de décrire (nous n'osons pas dire chanter) en vers l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la matière médicale et le reste. Il y a de véritables tours de force en ce genre, et si la plupart de ces descriptions versifiées attristent

décret du 24 septembre 1872, si quelques-unes de ses parties ne nous inspiraient de sérieuses inquiétudes. Sa rédaction constitue presque un déni de justice pour les médecins actuels des hôpitaux, dont le public médical et l'armée ont pu cependant apprécier la valeur; elle semble dire que l'on n'a pas trouvé dans le concours des garanties suffisantes pour l'intérêt des malades, que l'on n'a point trouvé par conséquent de gens capables. L'intention du ministre ne saurait être telle, nous n'en doutons pas; il veut évidemment faire allusion aux difficultés que nous avons énoncées plus haut, mais la chose est peu claire par elle-même, et cependant elle mériterait de l'être. Ceci n'a du reste qu'une importance secondaire; ce qui nous alarme ce sont les principes émis dans le dernier paragraphe. «La désignation pourra, selon les cas, être faite d'office par les généraux divisionnaires, sur le rapport des intendants militaires. »

Ainsi donc, c'est un intendant qui jugera de la capacité professionnelle d'un médecin, de son aptitude au service des hôpitaux. Aucun chef hiérarchique ne sera-t-il consulté? Le conseil de santé lui-même, les médecins inspecteurs, qui chaque année voient tout le personnel, n'auront-ils aucune part à cette désignation? Dans tout le rapport il n'y est même point fait allusion. Où sont alors les garanties qu'offriront aux intendants, aux malades surtout, tels médecins plutôt que tels autres? Suffira-t-il d'être le plus ancien, et quelles seront les qualités qu'il faudra posséder pour être admis dans les hôpitaux?

Le rapport semble faire espérer qu'une réorganisation prochaine du corps de santé fixera les conditions de son fonctionnement; mais en attendant, la mesure actuelle était-elle donc si urgente? De tout temps on a détaché des médecins de régiment pour faire le service dans les hôpitaux lorsque les besoins l'exigeaient, mais ils ne faisaient point alors partie du cadre régulier. Il n'était point besoin d'un décret pour cela, et, quelque *provisoire* que paraisse la nouvelle mesure, nous savons trop ce que dure en France le provisoire pour ne pas craindre qu'elle ne devienne presque définitive et que l'on voie ainsi disparaître l'une des bases de l'organisation du service médical, ce principe en vertu duquel nul ne pouvait acquérir un grade élevé de la hiérarchie sans avoir fait publiquement la preuve de ses capacités.

Au moment où la plupart des armées européennes font entrer l'examen comme condition de l'avancement, sera-t-il dit qu'une fois sorti de l'école le médecin militaire français pourra parcourir toute sa carrière sans que jamais il prouve à ses camarades et à l'armée qu'il est digne d'acquérir une situation importante, d'en assumer les charges et la responsabilité?

Si nous ne connaissions les idées élevées de M. le général de Cissey, les sentiments de justice qui animent le chef du gouvernement, ce serait avec tristesse que nous envisagerions l'avenir; mais nous persistons à croire que le décret du 24 septembre sera, en effet, provisoire, et que cette mesure, excellente si le corps médical jouissait de son autonomie, sera englobée dans une nouvelle organisation que l'on ne saurait reculer plus longtemps sans dangers pour l'armée. Ce sont là les vœux d'un sincère ami des médecins militaires, qui les veut instruits et libres dans l'exercice de leur profession, afin qu'ils soient toujours à la hauteur de leur noble mission.

A la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le docteur Briquet a lu un instructif mémoire sur les propriétés antipériodiques de la cinchonine. Nous comptons y revenir. Pour le moment, nous voulons rappeler à notre laborieux et judicieux confrère un document important, qu'il semble ignorer et qui vient tout à fait à l'appui de sa thèse : c'est l'exposé d'expériences faites, sur une très-grande échelle, il y a quelques années, sous les auspices du gouvernement de l'Inde, relativement aux effets thérapeutiques des divers alcaloïdes du quinquina, et spécialement de la cinchonine. Cet exposé a été donné, ou au moins résumé, par le Medical Times, au mois de mai 1870.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edward H. Clarke et Robert Amory (de Boston). 1872. — Traduit de l'anglais par F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris.

Action thérapeutique du bromure de potassium et de ses composés.

I. — Bromure de potassium.

Introduction. — La valeur thérapeutique du bromure de potassium repose uniquement sur l'observation clinique. Pour administrer cet agent d'une manière à la fois sûre et efficace,

---

par leur nullité et leur bassesse, il en est quelques-unes que le souffle poétique a inspirées. A tout seigneur tout honneur : Commençons par les aphorismes d'Hippocrate.

Ils ont été rendus en vers, soit latins, soit français, ou paraphrasés, parfois d'une manière burlesque, par François Du Port, de la Faculté de Paris, qui a donné aussi les prognostics, André Ellinger, Laurent Sturmius, Jean Bomier, Paul Denis, Simon de Provenchères, P. Bullenger, Robert Constantin, Winterton, Fierns, Gérard Denizot, Guillaume Odry, Antoine Hommeius, de Launay, Pierre Berigardo, Louis de Fontette, Charles Spon, J. B. Condé, Closs; enfin, de nos jours, par Ambialet, qui a rimé aussi une pièce sur la fièvre inflammatoire, une autre sur le printemps, et plusieurs élégies. Veut-on savoir comment Ambialet a rendu le premier aphorisme?

La vie est courte, l'art est lent,
L'occasion fuit promptement;
Le jugement est difficile
Et l'expérience fragile.

Bomier, en 1596, et qui enfanta dix-huit cent huit vers alexandrins, disposés en quatrains pour rendre la parole du père de la médecine, avait dit sur ce même aphorisme :

La vie nous est brève, et longue la sience,
L'occasion est pronte, et passe vitement;
Le hazard dangereux en fole expériense;
La difficulté est graude au bon jugement.

O vénérable patriarche de Cos! qu'aurais-tu dit, si de ton temps un rimeur impitoyable se fût permis d'exprimer en vers burlesques, et dignes de la foire Saint-Laurent, tes immortels préceptes...?

A bon chat (commo on dit) bon rat,
A bon assaut meilleur combat :
Ainsi quand un mal est extrême,
Remède doit estre de mesme.

C'est Louis de Fontette, docteur de Poitiers, qui a ainsi rendu le sixième aphorisme dans son livre dédié à Guy Patin.

il est indispensable de bien connaître ses propriétés physiologiques. Il importe donc de les déterminer et de les approfondir avant d'aborder l'étude des applications thérapeutiques de ce médicament. On ne doit point toutefois oublier que ses effets ne sont pas les mêmes à l'état de santé ou de maladie, et il est nécessaire pourtant de tenir compte de ces différences. Les modifications imprimées par l'état pathologique sur les effets des bromures de potassium, d'ammonium, de sodium, de lithium, etc., sont moins marquées que lorsqu'il s'agit d'autres substances telles que l'opium, la digitale, etc. Elles sont cependant assez notables et méritent d'être prises en sérieuse considération.

Absorption. — Il résulte des recherches de Voisin, de Laborde, d'Eulenberg, de Martin-Damourette et Pelvet, de Saison, Zœpffel, Bowditch et de beaucoup d'autres observateurs, aussi bien que des expériences qui seront reproduites à la fin de ce travail, que le bromure de potassium est très-promptement absorbé par les muqueuses, et en particulier par celle de l'estomac.

Quand l'estomac est sain et à l'état de vacuité, le bromure de potassium en solution étendue passe en très-peu de temps dans la circulation, probablement en moins d'une demi-heure après son ingestion.

Si les conditions de la muqueuse gastrique sont modifiées, l'absorption présentera à son tour des différences correspondantes.

La muqueuse stomacale est-elle irritée comme dans certaines dyspepsies par exemple, ou enflammée comme dans les gastrites, ou bien enfin dégénérée comme dans le cas de maladies organiques, l'absorption du bromure sera laborieuse et difficile. Dans certains cas même, le médicament ne pourra être supporté, et sa seule présence dans l'estomac provoquera des efforts de vomissements qui détermineront son expulsion presque immédiate. En pareil cas, l'emploi du bromure sera généralement contre-indiqué; cependant si les vomissements sont de nature sympathique, comme cela a lieu dans certaines maladies cérébrales, dans la grossesse ou bien après des inhalations d'éther, ou enfin dans le mal de mer, le bromure de potassium pourra être absorbé aussi rapidement que dans l'état de santé.

Lorsque l'estomac est à l'état de repos et de vacuité, les physiologistes ont montré que sa muqueuse présente une réaction neutre, tandis qu'elle est acide lorsque l'organe contient des aliments et que le travail de la digestion commence à s'opérer. Quoique le bromure de potassium soit un sel fixe, il peut cependant être attaqué par les acides et décomposé par le suc gastrique. Dans ce cas, le brome est mis en liberté et, en irritant la muqueuse de l'estomac, produit des vomissements. Pour prévenir cet accident, dans le cas où l'estomac contiendrait un acide au moment de l'administration du bromure, quelques médecins, à l'exemple de l'éminent physiologiste Brown-Séquard, ont continué d'associer à cet agent une substance alcaline, le carbonate de soude ou d'ammoniaque par exemple.

Quoi qu'il en soit, il est bon de se rappeler que la présence des aliments dans l'estomac peut non-seulement retarder l'absorption du bromure, mais en décomposer une partie.

Le bromure de potassium donné en poudre ou en solution concentrée est légèrement irritant et difficilement supporté. Ingéré sous cette forme, il peut provoquer des vomissements, et son absorption est empêchée, à moins qu'on ne fasse prendre au malade une assez grande quantité d'eau pour dissoudre le sel ou étendre ainsi la solution primitive.

Il résulte de ces faits trois conséquences pratiques du plus haut intérêt et qui doivent guider le médecin dans l'administration des bromures de potassium, de sodium, de lithium, d'ammonium :

1° Ces médicaments doivent être prescrits en solution très-étendue (5 grammes d'eau pour 5 centigrammes de sel).

2° Ils doivent être pris à jeun. Le moment le plus favorable pour leur administration est un quart d'heure avant le repas ou trois heures après.

3° Il ne faut les donner qu'avec la plus grande réserve dans les cas d'inflammation, d'irritation ou de lésion organique de l'estomac.

Le bromure de potassium est moins facilement absorbé par le rectum que par l'estomac; on peut cependant l'administrer par cette voie dans le cas où l'ingestion stomacale serait impossible.

La muqueuse rectale saine supporte assez bien sa présence, à la condition que l'injection ne soit ni trop chaude ni trop concentrée. Un lavement contenant 50 centigrammes de bromure pour 30 grammes d'eau froide est généralement bien toléré, tandis qu'il pourrait être aussitôt rejeté si la dose était plus forte. L'incorporation de la dose médicamenteuse dans un véhicule froid (de l'eau simple ou mieux de l'eau de gruau) offre deux avantages : en premier lieu une absorption plus rapide, puisque celle-ci est en raison inverse du degré de concentration du liquide; en outre, il y a ainsi plus de chances de faire garder le lavement, car le rectum ne supporte pas plus que l'estomac le contact d'une substance trop irritante.

La peau n'a pas, en pratique, grande valeur comme voie d'introduction du bromure de potassium et des composés similaires; elle n'absorbe pas ces sels, à moins que la température de la solution ne soit inférieure à celle du sang (encore faut-il qu'elle soit à une température très-basse, d'après les expériences du docteur Amory).

On a quelquefois recours à la méthode balnéo-thérapique (bain entier froid), mais ce moyen doit être rejeté quand

---

C'est lui encore qui travestit de la manière suivante le seizième aphorisme : *Victus humidus febricantibus convenit; maxime vero pueris et iis qui sic vivere consueverunt.*

Toute fièvre rend le corps sec;
Donc il convient mouiller le bec.
Et nourrir d'aliment liquide
Sans en présenter de solide,
Surtout aux enfants tendrelets,
Aussi bien qu'aux pères douillets.

L'anatomie a eu aussi ses poëtes.

On comprend Lygée s'extasiant en vers lyriques sur l'harmonie des parties du corps humain (1555); David Kynalochus chantant les mystères de la procréation de l'homme (1596), Laurent Strauss s'enthousiasmant, dans sa *Microscomographia* (1679), sur les merveilles du fonctionnement de nos organes; J. Katsh écrivant des sonnets sur l'organe de la vue (1718); Anderlini embrassant poétiquement l'anatomie générale (1739). Mais comment ne pas être stupéfait lorsqu'on voit Gerberon Quarré, Bimet, Abeille, soumettre la description des os, des muscles, aux exigences de la prosodie, et le même Bimet adopter même exclusivement le quatrain pour exprimer sa pensée :

Le fémur est plus grand de tous les os de l'homme;
Poli, dur et solide extérieurement,
Fistuleux et moelleux intérieurement,
Son bout supérieur est rond comme une pomme.

On aime mieux les vers latins de Quarré sur les muscles :

Corporis humani partes, quo musculus usu,
Aut quo quisque situ positus, quove ordine surgat,
Unde suos petat exortus, ubi denique fines,
Strenuus intentâ lustrat dum mente Galenus
. . . .

On préfère surtout le *Bouquet anatomique* de Bergeron.

Ce médecin vendomois est un vrai poëte, et quelle que soi l'aridité du sujet qu'il traite, on lit avec plaisir ses vers inspirés.

il faut faire pénétrer le médicament dans le sang, deux ou trois fois par jour.

Les propriétés irritantes des solutions bromurées contre-indiquent formellement leur emploi par la voie hypodermique. Une dose médicamenteuse de ces substances, injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, déterminerait presque infailliblement un phlegmon circonscrit ou un abcès plus ou moins étendu.

Il ressort clairement des considérations précédentes que l'estomac et le rectum constituent les meilleures voies d'introduction des bromures. Administrés de la sorte, ces médicaments sont assez promptement absorbés pour qu'il soit inutile de recourir à la méthode balnéaire ou hypodermique. Des deux organes d'élection on doit toujours préférer l'estomac, si faire se peut, sinon il faut alors recourir à la voie rectale.

Élimination. — L'élimination des bromures se fait surtout par les reins; la peau et les autres organes n'y prennent qu'une part très-faible et souvent même nulle. Ce premier fait est d'une grande importance pratique. Mais il faut en outre déterminer la quantité de substance ingérée qui pénètre dans la circulation, le temps qu'elle y séjourne et celui qu'elle met à s'éliminer ainsi que le degré même de cette élimination. Sans cela, il est impossible d'avoir une notion exacte des conditions dans lesquelles se trouve le malade soumis à un tel traitement.

En premier lieu, la quantité de médicament qui pénètre dans le sang dépend évidemment de celle qui a été administrée. On peut, en effet, faire absorber indéfiniment des quantités de bromures plus fortes que toutes les doses médicamenteuses, pourvu toutefois que les conditions précédentes aient été remplies. J'ai connu une personne qui prenait une solution renfermant plusieurs drachmes de ce sel, et chez laquelle l'absorption par l'estomac était rapide et évidente sans être suivie de l'élimination du médicament.

Il est clair qu'une fois dans le sang le bromure est transporté par ce liquide dans tout l'organisme, mais il ne peut en sortir aussi aisément qu'il y est entré, car l'élimination est toujours plus lente que l'absorption. On trouve des traces de cette substance dans l'urine dix minutes après son administration, et la majeure partie est éliminée dans les vingt-quatre heures qui suivent l'ingestion, quoique l'élimination ne soit complète que plusieurs jours après l'absorption de la dernière dose (Rabuteau, *Soc. de Biol.*, juillet 1868); l'élimination est même si prompte dans les huit ou dix premières heures que presque toute la dose ingérée est expulsée pendant cette courte période. Il suit de là que pour conserver dans la masse sanguine une quantité donnée de bromure, il faut l'administrer à doses suffisantes et répétées pour compenser la perte causée par l'élimination. Le médecin doit toujours avoir présente à son esprit cette proportion entre la quantité du médicament absorbée et celle qui s'élimine.

Si l'on a besoin de maintenir le sang constamment chargé de bromure, on doit administrer celui-ci trois fois dans les vingt-quatre heures et à intervalles à peu près égaux. Si les intervalles ne sont pas égaux, on court le risque que le sang ne contienne qu'une quantité trop faible de la substance médicamenteuse pendant une partie de la journée, ce qui, dans le traitement de certaines maladies (comme on le verra plusieurs fois par la suite, et particulièrement dans le traitement de l'épilepsie), empêche l'action thérapeutique du remède d'être continue. L'attaque peut survenir immédiatement après l'élimination d'une partie notable de la dernière dose et avant l'ingestion de la suivante. Parfois il est bon que l'organisme soit soustrait chaque jour, pendant un certain temps, à l'action du bromure et en soit plus imprégné pendant un autre moment; on prescrira alors une seule dose quotidienne. D'autres fois, il faut augmenter l'action du médicament, ce qu'on obtiendra par administrations de doses successives données à de très-courts intervalles.

Le bromure entrera ainsi dans le sang en quantité plus grande que celle qui en sortira. L'absorption l'emportera sur l'élimination, et l'on donnera de la sorte des doses progressivement croissantes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CONGRÈS SCIENTIFIQUES.

Congrès médical de France (4e session à Lyon).

(Correspondance de Lyon.)

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1872 (MATIN).

LA SYPHILIS ET SON TRAITEMENT : MM. DE MÉRIC, DIDAY, PACCHIOTTI, CLERC, DESPRÉS.

M. *de Méric* (de Londres) ouvre la séance par un long et remarquable mémoire dans lequel il suit pas à pas le programme détaillé de la commission d'organisation et donne son avis sur ses différents points avec observations à l'appui. M. de Méric est mercurialiste au premier chef, et croit fermement à l'action du mercure sur la diathèse et à son utilité dans toutes les périodes de la syphilis. Il le donne contre le chancre infectant dont il guérit l'induration, et croit qu'administré à cette période il peut quelquefois faire avorter la maladie; il le donne contre les accidents superficiels de la période secondaire qu'il guérit merveilleusement et tâche de continuer son action contre la diathèse elle-même; il le donne même contre

---

Écoutons-le entrer en matière :

Or, comme au vert printemps la bourdonnante avette
Soigneuse va cherchant l'humidité doucette,
Et volant parmy l'air de ses deux aislerons
Picore çà et là les odorans fleurons,
Afin de remporter dans sa ruchette creuse
Son dos tout esmaillé de liqueur doucereuse;
Tout ainsy je ne veux laisser passer en vain
Le temps sans exercer ou l'esprit ou la main,
Pour empescher tousjours que ma tendre jeunesse
Croupisse dans l'ossce bourbeux de la paresso,
Mais travaille toujours ne voulant casanier,
Laisser couler sans fruict cet aage printannier.
Et d'autant qu'en son sein la belle Chirurgie
Doit joncher de bouquets sacrez l'Anatomie,
Aux parterres cueillis de ce jardin humain,
D'un art industrieux et délicate main,
Non tant pour se parer que par nécessité,
Je luy veux faire honneur d'un bouquet mérité.

Et ce passage consacré aux parties génitales de la femme :

Ja le profond sommeil dans le fleuve Oublieux
Avoit puisé de l'eau pour arroser mes yeux,
Les voilant de la nuit; et mon âme endormie
Jouyssoit du repos, quand dame Anatomie
Courant d'un pas aislé vers moy pour m'esveiller,
Hautement s'écria : Quoi, faut-il sommeiller?
Quoy, faut-il, Gerberon, faut-il dormir encore?
Ja dans le ciel doré paroist la blonde Aurore.
Ne devrois-tu pas rechercher, curieux,
Du sexe feminin les secrets précieux?
. . . .
A peine son discours estoit-il terminé
Qu'en ce lieu je me suis soudain acheminé;
Où estant arrivé je contemple et regarde
Et son rouge pourpris commençant par dehors,
A descouvrir à l'œil ses recelez trésors.
. . . .

Dans la pathologie générale il faut citer :

les accidents profonds envers lesquels il montre souvent une efficacité supérieure à celle de l'iodure de potassium.

En un mot, le mercure est la seule base de tout traitement antisyphilitique sérieux; ses contre-indications sont des plus rares et son emploi sans danger si on l'administre avec prudence; il permet seul d'espérer une guérison radicale de la maladie, et de prévenir ou de guérir la syphilis héréditaire. L'auteur insiste sur le peu d'importance du traitement local dans cette maladie, et regarde les méthodes curatives par frictions ou injections hypodermiques comme incapables d'être généralisées. L'iodure de potassium doit être réservé pour les accidents viscéraux tardifs, et même alors son mélange avec le sublimé peut être plus efficace.

M. *Diday* fait une communication sur le *traitement mercuriel préventif pendant la période primitive de la syphilis*. Après avoir exposé spirituellement les arguments des mercurialistes et des non-mercurialistes, l'auteur pose la question de savoir quelle influence le mercure peut avoir sur la syphilis quand il est administré au début du chancre, avant tout accident secondaire. Pour résoudre la question, M. Diday a établi une statistique avec 74 observations offrant les plus grandes garanties d'exactitude. Sur les 74 malades atteints de syphilis constitutionnelle, de chancres infectants, 25 ont été mis au traitement mercuriel immédiat; 49 n'ont pas fait de traitement général pendant cette première période. Chez les 25 premiers, les accidents secondaires se sont montrés quarante-neuf jours en moyenne après l'apparition du chancre, tandis que la seconde série de malades non mercurialisés ont présenté les accidents secondaires quarante-trois jours après le début du chancre, c'est-à-dire six jours plus tôt que les autres. Le bénéfice du traitement était donc bien minime. Quant à l'intensité des accidents secondaires dans l'une et dans l'autre série, chose difficile à apprécier, M. Diday a constaté que chez les 25 malades mercurialisés, 6 ont eu une vérole faible, 14 une moyenne, 5 une vérole forte, tandis que sur les 49 non hydrargyrisés il y eut 17 syphilis faibles, 27 moyennes et 5 fortes. M. Diday caractérise de véroles faibles celles dans lesquelles les accidents secondaires se bornent à quelques lassitudes, un peu de céphalée, à la roséole et à quelques poussées de plaques muqueuses; aux véroles moyennes correspondent des poussées plus tenaces de plaques muqueuses gutturales et génitales, des éruptions palmaires, de l'onyxis, des éruptions papuleuses généralisées, de la dysphonie, tout cela durant de douze à quinze mois; enfin les véroles fortes offrent des éruptions pustuleuses, squameuses, de l'anémie, des ulcérations aux jambes, de l'alopécie, de l'anaphrodisie, etc.

La statistique de M. Diday ne leur permet pas de conclure autre chose que ceci : l'intensité de la syphilis dépend moins du traitement employé dès le début que de la disposition du sujet et de son hygiène.

M. *Pacchiotti* (de Turin) vient exposer la valeur du *traitement de la syphilis par les frictions mercurielles*.

Comparant le virus syphilitique et le mercure à deux chevaux de course lancés dans le torrent circulatoire et dont le second doit dépasser le premier, il est d'avis d'administrer le remède le plus tôt possible. Cette idée pittoresque explique la préférence de l'auteur, et nous devons ajouter d'un grand nombre de ses confrères italiens, pour le traitement par les frictions qui semblent amener l'absorption la plus prompte. Difficilement applicable à la pratique civile, cette méthode employée avec certaines règles est parfaitement supportée dans les hôpitaux et y donne des succès incontestables; la durée du traitement est longue, mais peut-elle jamais être courte dans la syphilis? 3 ou 4 grammes d'onguent napolitain seront employés dans les frictions longtemps continuées et qu'on aura soin de ne pas faire sur les mêmes points du corps plusieurs fois de suite; la salivation excessive sera évitée. L'iodure de potassium associé aux frictions mercurielles sera particulièrement invoqué dans les cas de syphilis compliquée de lymphatisme ou d'herpétisme.

Au point de vue théorique, M. Pacchiotti croit à la curabilité de la syphilis et à la puissance antidiathésique du mercure. Il termine sa communication par une apologie chaleureuse des travaux de l'école médicale française et en particulier de l'école syphilographique lyonnaise, travaux pour lesquels l'Italie a été et est encore notre tributaire.

M. *Clerc* (de Paris) se déclare également partisan de l'action du mercure sur la diathèse et l'administre au moment du chancre infectant; il ne croit pourtant pas à un avortement possible des manifestations secondaires sous son influence, mais à leur retard et à un trouble dans leur évolution; enfin c'est un remède obligatoire pour la sécurité d'un jeune homme qui va se marier. Mais ces principes posés, M. Clerc nous semble faire une bien large part aux détracteurs de ce remède en rattachant à sa rétention dans l'économie certains accidents cérébraux ou néphrétiques sur lesquels quelques développements cliniques n'auraient peut-être pas été de trop. Enfin son action si héroïque peut être entravée par de nombreuses circonstances : tantôt l'extrême pléthore semble empêcher son absorption qui ne s'effectue qu'après des saignées, tantôt l'état inverse ne permet pas de l'employer sans amener la cachexie. Notons ici une donnée intéressante pour la pratique : M. Clerc croit que le traitement tonique si exagéré de nos jours agit dans le même sens que la pléthore, et croit qu'un régime sévère et modéré est le meilleur adjuvant des préparations hydrargyriques. Enfin il signale la marche déplorable que prend la syphilis chez les alcooliques malgré tous les traitements, et croit à l'influence nuisible de l'abus du tabac dans cette maladie.

M. *A. Després* envoie une *note sur le traitement de la syphilis*.

François Boussuet, qui a écrit dix livres de poésie, *De arte medendi;* Royennius, auquel on doit un chant élégiaque, *De morbis ætatum;* Pierre Lopès, qui, sous le titre de *Poesis philosophica*, a passé en revue une grande partie des maladies qui affligent l'espèce humaine; Hebenstreit, auteur du *Pathologia metrica;* François Du Port, dont la *Décade de médecine*, en vers latins, a été rendue en vers français par Dufour. N'oublions pas non plus l'ouvrage remarquable de l'Écossais Malcolm Flemyng sur les affections nerveuses, mélancoliques et hystériques. Ce beau poëme a mérité d'être traduit en italien par le docteur Moretti.

L'hygiène a été tant de fois chantée, soit séparément, soit comme la traduction ou la paraphrase des Préceptes de Salerne, que la liste des poésies de ce groupe serait trop longue à donner. Rappelons seulement que Martin s'est essayé en vers burlesques sur ce sujet (1657); que Le Vacher de la Feutrie s'y est exercé en vers français et latins; que Geoffroy ne s'est pas contenté d'être le fondateur en France de l'entomologie, mais qu'il a encore donné sur l'hygiène un poëme fort remarquable; que Thomas Élyot a publié le *Château de la santé* (1541); enfin, qu'en 1832, Boucher-Deratte s'est fait connaître par un poëme sur l'hygiène en deux volumes et en six chants.

La matière médicale, la botanique, les objets d'histoire naturelle, n'ont pas échappé non plus à la verve poétique des médecins. C'est en vers, comme nous l'avons déjà dit, que Quintus Serenus Sammonicus composa son traité *De medicina*. La Thériaque d'Andromaque a été rendue en vers latins par J. M. Rota, Euricius Cordus, en vers français par Maginet. Sous le titre de *Pantopolion*, George Pictorius a versifié en latin les animaux, les plantes, les métaux. Rhumelius en a fait autant en 1630. Lucas Tremblay a traduit en français un poëme de Floridus Macer sur les herbes. Thibault Lespleigney, apothicaire à Tours, a publié : *Promptuaire des médecines simples en rithme joyeuse*, ouvrage dans lequel il décrit, par ordre alpha-

Reproduisant des idées théoriques déjà exposées ailleurs, l'auteur considère la syphilis comme une infection purulente à phénomènes très-lents, non spécifique, susceptible de se guérir d'elle-même par l'élimination des produits septiques qu'elle engendre, et contre laquelle ni le mercure ni l'iode n'ont d'action propre; l'iode agit sur les tissus conjonctifs par l'action dénutritive qu'il exerce dans tant d'autres affections, et le mercure n'est qu'un sialagogue guérissant aussi peu les accidents secondaires qu'un purgatif administré au premier jour d'une variole ne peut en modifier l'éruption. M. Després a traité à l'hôpital de Lourcine 1500 malades environ sans iode ni mercure par un régime tonique et des soins hygiéniques; il n'a pas observé de récidives plus fréquentes ni plus graves qu'avec la thérapeutique ordinaire.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1872 (SOIR).

SYPHILIS ET SON TRAITEMENT : MM. DRYSDALE, DRON, GAILLETON, DIDAY, CLERC, RODET, DE MÉRIC, CLÉMENT.

On donne lecture d'un mémoire de M. *Drysdale* (de Londres) dans lequel l'auteur se déclare opposé à l'emploi du mercure dans la syphilis. Depuis quinze ans, il a traité tous ses malades sans ce médicament, et n'a vu que rarement survenir les accidents tertiaires. L'iodure de potassium est, suivant lui, le seul et véritable remède antisyphilitique ; il l'emploie non-seulement contre les affections anciennes et profondes, mais même contre les lésions précoces, même contre l'iritis et jusque dans les cas de syphilis infantile. Il ne regarde comme nullement prouvé l'atténuation de la maladie sous l'influence du mercure, et se prononce catégoriquement contre les doctrines et la pratique de l'École du Midi, tout en reconnaissant que de nouveaux faits sont nécessaires pour juger la question en dernier ressort.

M. *Dron* (de Lyon) lit un travail *sur l'emploi des injections sous-cutanées dans le traitement de la syphilis.*

Il a employé la solution mercurielle de Liégeois (5 milligrammes par jour) sur 38 malades. Pour 9 d'entre eux, le traitement a dû être interrompu avant la dixième injection en raison de la douleur locale. Sur les 29 autres cas, l'auteur a observé 13 guérisons, 8 améliorations et 7 insuccès ayant nécessité un autre traitement. Amenant la salivation aussi bien que les autres modes d'administration, ne modifiant pas plus vite les accidents syphilitiques, M. Dron croit que la méthode de Lewin ne pourra jamais, quoi qu'en aient dit ses admirateurs enthousiastes, passer dans la pratique journalière; elle doit être réservée à certains cas exceptionnels. On devra y recourir, et souvent avec succès, chez les malades dont le tube digestif est trop impressionnable et chez certains autres, beaucoup moins nombreux, qui semblent ne pas absorber le mercure par la voie ordinaire.

M. *Gailleton* (de Lyon) ouvre la discussion. Il croit que les divergences des mercurialistes et des non-mercurialistes tiennent, en grande partie, à ce qu'on n'a point assez étudié l'évolution naturelle de la syphilis. Pour lui, c'est une maladie à évolution déterminée, constante, quel que soit le traitement employé, et le mercure, tout-puissant contre ses manifestations, est complétement impuissant contre la diathèse. Depuis quinze ans, M. Gailleton n'a jamais observé que le mercure donné à la période du chancre induré ait empêché l'éclosion des accidents secondaires ; aussi ne l'administre-t-il jamais au début, craignant que son effet curatif ne soit épuisé avant l'apparition des manifestations contre lesquelles il est d'une efficacité incontestable. Mais, quelle que soit la forme de ces manifestations, il faut donner du mercure, tant pour les combattre que pour empêcher l'éclosion des poussées ultérieures; cette éclosion, le mercure ne l'empêche pas directement, mais il atténue la force de la syphilis en guérissant les symptômes actuels. Les soins hygiéniques sont indispensables pour la guérison de la syphilis; enfin, il est d'une très-grande utilité de prévenir les malades de la marche ultérieure de leur maladie.

M. *Diday* se rattache aux idées théoriques de M. Gailleton, et combat celles de M. Clerc. Il ne peut admettre que les accidents des véroles fortes dépendent de la non-administration du mercure au début; puisqu'il est admis que la syphilis peut guérir seule, pourquoi en traiter tous les cas par le mercure? M. Diday expose ainsi sa pratique dans les cas où un syphilitique veut se marier; prohibition du mariage dans le cas d'accidents actuels ; si le malade n'a rien eu depuis dix-huit mois, traitement d'un mois à 10 centigrammes de protoiodure hydrargyrique par jour.

M. *Clerc* défend ses idées en affirmant que le mercure administré à la période du chancre, en ayant soin d'en augmenter graduellement la dose, a toujours, d'après sa pratique, atténué les accidents secondaires. Il croit à l'action de ce médicament sur la diathèse, et M. Gailleton la reconnaît implicitement en admettant qu'il empêche les récidives ; l'iode présenterait à un moindre degré cette efficacité contre la maladie elle-même. D'un autre côté, on voit des individus qui, atteints au début d'accidents syphilitiques légers, en ont plus tard de très-graves ; dans quelle catégorie les range-t-il, et ne croit-il pas qu'ils sont justiciables du mercure, malgré la bénignité de leurs accidents précoces. En dernier lieu, M. Clerc a vu des syphilitiques, traités par le mercure pendant longtemps, se marier ayant encore quelques accidents et avoir des enfants sains, tandis que d'autres qui n'avaient pas suivi de

---

bétique, les substances minérales, végétales et animales employées comme médicaments :

A vous mes frères, de Tours appoticaires,
Messieurs mes maîtres sans infidélité,
Pharmacopoles et bons aromataires,
Salut et joie soit en prospérité.

Presque aucun sujet médical n'a été dédaigné de nos médecins-poëtes. La goutte, avec toutes ses angoisses, a été chantée par Antonius Galateus, par Christophe Ballista. De nos jours, Félix Andry a mis sa muse au service de la théorie de Bouillaud sur le rhumatisme articulaire aigu (1838). Mazochi a dédié un Éloge de la pierre infernale au célèbre médecin napolitain Serrao. De Bonis, lui, a écrit un *Hydroposia,* c'est-à-dire les louanges de l'eau employée dans les maladies. Jacques Balde a lancé les foudres de son éloquence poétique contre le tabac. Reinhard a été jusqu'à peindre en vers la pléthore, les fièvres intermittentes, les plaies du foie, etc. Contant, apothicaire de Poitiers, a raconté dans le même langage tout ce qu'il possédait de curieux dans son cabinet. Osiander a eu le même talent en 1807. Ramazzini a rédigé en très-beaux vers latins hexamètres et pentamètres une consultation sur un érysipèle de la jambe. James Granger, après avoir traduit Tibulle, a laissé un poëme en quatre chants sur la canne à sucre. La vaccine a eu aussi ses poëtes distingués dans Peysson et de Ponza. *La Luciniade, la Venusalgie* sont signées de Sacombe, misérable charlatan accoucheur, mais ami des Muses.

A. Chéreau.

(La fin à un prochain numéro.)

traitement et qui ne présentaient pas d'accidents lors de leur mariage procréaient des enfants syphilitiques.

M. *Rodet* (de Lyon), partisan convaincu de l'action du mercure, expose des règles de pratique auxquelles l'a conduit une expérience de vingt-cinq ans. Il donne des préparations hydrargyriques dès qu'un chancre infectant est reconnu, et pour que l'effet soit constant et durable, il augmente toujours les doses ou change de préparation. Commençant en général par le bichlorure à dose croissante, il le remplace ensuite par le protoiodure en partant de très-petites doses qu'il augmente graduellement. Si les manifestations ne s'arrêtent pas, il diminue progressivement le protoiodure de mercure tandis qu'il administre l'iodure de potassium à doses de plus en plus élevées. Il n'a observé que rarement des poussées pendant ce traitement, qu'il fait continuer, avec ou sans manifestations actuelles, pendant cinq mois au moins et quelquefois plus. Les récidives seraient alors l'exception, et le malade pourra être regardé comme guéri après un an passé sans manifestations nouvelles. Il croit que le mercure employé au début peut empêcher l'éclosion des accidents secondaires ; enfin, dans les cas de récidives, il pense que le premier traitement n'a pas suffi, et en institue un second plus long (six mois au moins) et plus énergique.

Le bichlorure est, suivant lui, une très-bonne préparation, devant être employé le plus souvent qu'on le peut; chez les vieillards et les alcooliques, il se sert de préférence du cyanure de mercure, à très-petites doses, mais continuées très-longtemps. Enfin, l'iodure de potassium, souverain contre les accidents tertiaires, doit également être employé à doses croissantes.

M. *de Méric* insiste surtout sur l'utilité du traitement mercuriel contre le chancre induré et les accidents secondaires, si éminemment contagieux et funestes à la société. Il faut avant tout restreindre le nombre des relations qui ont pour résultat la propagation de la syphilis ; le mercure, par l'accélération qu'il amène dans la disparition des lésions infectantes, est d'une utilité incontestable à ce point de vue. De même, ne doit-on pas hésiter à faire prendre à une femme enceinte un traitement inoffensif qui doit mener à terme ou guérir un enfant syphilitique. M. de Méric cite l'observation d'un homme marié, syphilitique, ayant des récidives et qui, après un traitement mercuriel, a eu six enfants parfaitement portants. Enfin, dans les cas d'iritis, il importe de conserver au plus vite un organe aussi important que l'œil, et dans ce cas encore on ne doit pas tout attendre de l'instillation de quelques gouttes d'atropine, et il faut prendre des préparations mercurielles appropriées.

M. *Clément* (de Lyon) se rattache aux idées professées par le regretté professeur Küss, de Strasbourg : il n'y a pas de remède spécifique de la syphilis, mais le mercure et l'iode modifient d'une manière différente les éléments anatomiques affectés par la maladie. Le mercure éliminé surtout par les glandes salivaires et la peau va agir sur les éléments épithéliaux et par conséquent sur les lésions superficielles de la peau et des muqueuses (accidents secondaires, épithéliaux de Küss) ; l'iode, au contraire, par son action sur le tissu conjonctif, convient surtout aux accidents qui attaquent ce tissu (accidents tertiaires, connectifs de Küss). M. Clément croit qu'il est en effet difficile d'admettre qu'une seule maladie ait un remède spécifique dans sa première période, et un autre également spécifique dans sa seconde ; ce serait complétement contraire à toutes les lois de la pathologie générale.

MM. *Guillard* (d'Aix), *Gubian* (de la Motte), et *Quioc* (d'Aix), n'ont pas pu lire, faute de temps, des mémoires sur le traitement de la syphilis par les eaux minérales sulfureuses. Ces travaux seront insérés dans le volume du Congrès.

SUPPLÉMENT AUX SÉANCES DU SOIR.

GÉOGRAPHIE MÉDICALE. — INFLUENCE DE LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE SUR LA MORTALITÉ. — ÉTUDES EXPÉRIMENTALES SUR LES CAUSES DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE. — DE L'EUCALYPTUS GLOBULUS. — SUR LA DISTRIBUTION GRATUITE DU SULFATE DE QUININE DANS LES CONTRÉES MARÉCAGEUSES. — ÉTUDE SUR LES EAUX DU MONT-DORE. — SUR LA SENSIBILITÉ SUPPLÉÉE OU ANASTOMOTIQUE QUI PERSISTE APRÈS LA SECTION DES NERFS. — TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LE CHLORAL ET LE BROMURE DE POTASSIUM. — DE LA DYSPEPSIE ET DE SON TRAITEMENT PAR LA MALTINE. — TUMEUR DU PETIT BASSIN CHEZ UNE FEMME ENCEINTE, ENLEVÉE AVEC SUCCÈS. — EXTIRPATION DE L'UTÉRUS RENVERSÉ. — NITRATE DE ZINC. — DE LA RÉSINOTHÉRAPIE.

— M. *Lombard* (de Genève) convie ses collègues à ses études de *Géographie médicale* et fait connaître quelques-uns des résultats auxquels il est parvenu par ses recherches sur ce sujet.

Il montre des cartes qui servent à éclairer la question de la mortalité en Europe en ce qui regarde l'époque de l'année où l'on observe la plus forte et la plus faible mortalité. Il résulte de l'inspection de ces cartes que le froid est meurtrier presque partout en Europe, tandis que la chaleur est favorable à la vie. En effet, l'hiver ou le printemps sont les saisons les plus chargées de mortalité, tandis que l'été et l'automme sont les saisons les moins chargés.

Les exceptions à cette règle générale sont les pays marécageux et ceux dont la température estivale est très-élevée. Là où règne l'impaludisme, l'été sur les bords de la Méditerranée et l'automme sur les bords de l'Océan, sont les saisons les plus meurtrières; tandis que l'hiver et le printemps sont les saisons les plus salubres.

Après cet exposé sommaire de ses recherches sur les effets des influences atmosphériques, le docteur Lombard fait connaître la répartition géographique de quelques maladies en Europe.

Il montre que la maladie la plus répandue et la plus meurtrière est sans contredit la phthisie pulmonaire qui forme entre *un cinquième* et *un dixième* de l'ensemble des décès (190 millièmes en Belgique, 140 millièmes dans l'ensemble des villes de France).

Il y a pourtant des pays qui sont à l'abri des ravages de la phthisie, ce sont : 1° l'Islande; 2° le nord de la Norvége; 3° les steppes des Kirghiz ; 4° les hautes régions situées au-dessus de 12 à 1500 mètres.

Cette immunité phthisique des altitudes se montre, non-seulement en Europe, mais au Mexique, au Pérou, au Chili; et dans l'Inde sur les flancs de l'Himalaya et des Nilghesries.

Le docteur Lombard explique cette immunité par une combustion incomplète du carbone par l'insuffisance de l'oxygène dans l'atmosphère des altitudes.

On a profité de cette immunité des altitudes pour y établir des *sanatoria* destinés aux phthisiques. Celui de Davoz dans les Grisons est situé à 1500 mètres et devient chaque jour plus fréquenté : été et hiver, il y a maintenant cinq cents personnes qui y séjournent dans ce but.

Le docteur Lombard fait connaître la répartition géographique de la fièvre intermittente en Europe. Les pays où l'on n'en rencontre pas ou fort peu sont : l'Islande, les Iles Britanniques et le nord de la Scandinavie; ceux où les fièvres règnent surtout sont : la Hollande, les régions occidentales et méridionales de la France, l'Espagne, l'Italie, les îles méditerranéennes, la Hongrie et les provinces danubiennes, la Russie dans ses régions méridionales.

Passant ensuite à quelques faits spéciaux à la France, M. Lombard montre que la phthisie y croît en nombre du midi au nord, de l'ouest à l'est, des régions montueuses aux plaines, tandis que la fièvre typhoïde suit une marche inverse : elle croît du nord au midi, de l'est à l'ouest, et des plaines aux régions montueuses.

Il termine en signalant la répartition des décès entre les diverses maladies en France. Maladies thoraciques qui for-

ment *un quart* (245 millièmes) de l'ensemble des décès et qui augmentent du midi au nord; la phthisie, *un neuvième* (120-140 millièmes). Les maladies aiguës du tube digestif *un septième* (140 millièmes) qui croissent du nord au midi: les maladies des centres nerveux *un septième* (143 millièmes).

M. Lombard montre une carte sanitaire de l'Autriche où le degré de sanité des diverses régions est indiqué par des teintes différentes. Il serait à désirer que des cartes semblables fussent dressées pour toutes les contrées de l'Europe.

— *M. Bergeret* (de Saint-Étienne) présente un travail intéressant sur l'*influence de la pression atmosphérique sur la mortalité.* Des tracés graphiques résumant une observation de vingt années démontrent que lorsque la pression barométrique augmente la mortalité diminue et *vice versa*.

— Le dimanche 22 septembre le Congrès se transporta à Villars, au centre des étangs des Dombes, avant de se rendre à Bourg. Cette étape scientifique, destinée à mettre en appétit les membres du Congrès pour le délicieux festin servi par le buffet de la gare de Bourg, fut des plus intéressantes grâce aux travaux d'une Commission composée de MM. Colrat, Fochier et Magnin. Ces micrographes et botanistes distingués s'étaient installés la veille sur les bords de ces étangs qui rendent le pays si malsain, et avaient fait une série de préparations microscopiques et d'expériences sur les palmelles décrites par Salisbury et qui seraient la cause des fièvres intermittentes selon cet auteur. Le mauvais temps a mis obstacle à quelques-unes des recherches que se proposaient de faire les membres de la Commission, néanmoins le résultat de leur étude a été fructueux, trop fructueux même, puisque tous trois ont contracté là un accès de fièvre, sans gravité d'ailleurs.

La Commission est parvenue à constater sur le bord d'un de ces étangs l'existence des palmelles rouges, se rapportant au *Gemiasma rubra* décrit par Salisbury. Ces palmelles couvraient le sol dans les endroits fraîchement remués et avaient l'aspect d'une mince couche de brique pilée. Leur présence n'a pas pu être constatée avec certitude dans l'atmosphère. Des plaques de verres placées le soir sur le bord de l'étang dans le but de recueillir de la rosée ont été retrouvées sèches le lendemain matin, et cela à cause du mauvais temps: le vent du nord avait soufflé toute la nuit et aucun brouillard ne s'était élevé le matin.

Les palmelles mises sur les plaques des microscopes ont pu être observées dans tous leurs détails par les membres du Congrès.

Une autre expérience a été la suivante :

Dans un flacon contenant de l'eau de l'étang chargée artificiellement de palmelles, on ajouta du sulfate de quinine; dans un autre flacon on mit du même liquide moins le sulfate de quinine. Les spores de palmelles continuèrent à se développer dans le second, tandis que dans le premier la vie s'arrêta.

Cette expérience était encore trop incomplète et trop primitive pour que les membres de la commission aient jugé possible d'en tirer une conclusion. Ils projettent de donner suite à leurs expériences, qui seront publiées en temps et lieu.

— M. *Gimbert* (de Cannes) lit un travail sur l'*Eucalyptus globulus*. Ce mémoire donne le résumé d'ensemble des observations de l'auteur, observations que nos lecteurs connaissent déjà en partie. Nous n'en donnerons que les principales conclusions :

1° L'*Eucalyptus globulus* est un arbre qu'il y aurait tout avantage à employer dans les reboisements destinés à assainir les pays marécageux, ainsi qu'on l'a fait avec succès au Cap, à Cuba et dans quelques points de l'Algérie. Cependant ce reboisement ne peut prospérer que dans les régions où la température ne s'abaisse pas au-dessous de 7 degrés.

2° L'Eucalyptus, et principalement l'eucalyptol, ont des propriétés antiputrides, ainsi que le démontrent une série d'expériences faites par l'auteur. Les observations de M. Gubler tendent à établir la valeur anthelminthique de cette substance.

3° Les propriétés physiologiques de l'eucalyptol sont les suivantes : appliqué sur une muqueuse, il agit comme irritant et congestionnant; en injections sous-cutanées, il donne une excitation légère, à laquelle succède une période de calme, de ralentissement de la circulation et de la respiration et d'abaissement de la température. Si la dose a été toxique, la mort survient; si elle ne l'est pas, l'animal revient à l'état normal après une hyposthénie passagère. En cas de mort, l'autopsie montre un état anémique des tissus, une persistance plus prolongée que d'ordinaire dans les battements du cœur, ce qui, d'après M. Gimbert, n'indiquerait pas une paralysie du sympathique. Il attribue la mort à une paralysie de la substance grise de la moelle; cela découlerait d'un certain nombre d'expériences d'après lesquelles l'action de l'eucalyptol serait analogue à celle du bromure de potassium, de l'essence de térébenthine, et opposée à l'action du curare.

4° Les expérimentations faites sur l'homme ont donné, dans une certaine mesure, des résultats analogues à ceux obtenus sur les animaux : excitation avec céphalalgie et ivresse presque agréable suivie d'hyposthénie. L'élimination se fait surtout par les poumons et par la vessie. L'urée augmente de proportion sous son influence.

5° En thérapeutique, l'eucalyptol peut être employé à l'extérieur et à l'intérieur. A l'extérieur, il a été employé principalement sous forme d'alcoolature dans le pansement des plaies et contre les douleurs névralgiques. A l'intérieur, l'Eucalyptus, dans ses principales formes pharmaceutiques (poudre de feuilles, teinture, essence ou eucalyptol en capsules, extrait, sirop), a pu être utilisé avec succès dans les névralgies, soit d'origine paludéenne et périodiques, soit de nature réflexe, dans les fièvres intermittentes (en Australie, en Espagne, en Autriche), et enfin dans les affections des voies respiratoires de nature catarrhale chronique et sans lésions cardio-pulmonaires. Tout état inflammatoire et aigu contre-indique l'emploi du médicament : on n'en obtiendra rien dans les névralgies d'origine inflammatoire, ni dans les affections aiguës de la poitrine; c'est particulièrement dans les affections des voies respiratoires (laryngite, bronchite), au moment de leur passage de l'état aigu à l'état chronique, et dans leur état chronique, qu'on peut en espérer de bons résultats. Il est inutile d'ajouter que dans la tuberculose l'eucalyptol ne peut combattre que l'élément catarrhal bronchique.

— M. *Legroux*, après la lecture du travail de M. Gimbert qui démontre le rôle d'assainissement de l'Eucalyptus planté dans les terrains marécageux, propose au Congrès de voter les propositions suivantes, qui seraient, après discussion, renvoyées au ministre de l'agriculture et du commerce :

1° Le sulfate de quinine devrait être mis gratuitement à la disposition des populations agricoles des régions paludéennes.

2° L'État doit s'efforcer d'assainir les régions marécageuses et faire étudier dans ce but sur une vaste échelle les plantations d'Eucalyptus globulus, et en général tous les moyens capables d'empêcher la genèse des fièvres intermittentes.

M. *Fritsch* fait observer que la distribution gratuite du sulfate de quinine que demande M. Legroux se fait dans les parties de l'Algérie qui sont sujettes aux fièvres paludéennes.

M. *Desgranges* combat cette proposition, s'appuyant sur ce fait que l'Assistance publique délivre gratuitement des remèdes aux nécessiteux, mais qu'on ne saurait étendre ces secours à toutes les classes des populations agricoles. Les abus qu'entraînerait une pareille mesure seraient trop nombreux pour qu'on puisse prendre la proposition de M. Legroux en considération. — Il est passé à l'ordre du jour.

— M. *Richelot* (de Paris) lit une *Etude sur les eaux du mont Dore.* Il expose leurs principales indications et les considère comme le type de la médication arsenicale pure.

— M. *Letiévant*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, fait une communication sur la *sensibilité que l'on observe après la section des nerfs sensitifs de la face.*

L'auteur ayant eu, il y a huit mois, l'occasion de sectionner, pour une névralgie faciale rebelle, les nerfs sous-orbitaire, buccal et dentaire inférieur, opération suivie d'un succès immédiat et complet, a observé dans les régions innervées par ces nerfs des phénomènes de sensibilité qu'il croit intéressants et peu connus. De ce fait, rapproché de quelques autres de Wagner, von Burns, etc., il croit pouvoir conclure qu'après la section d'un nerf sensitif de la face, on trouve dans les points innervés une sensibilité spéciale à laquelle M. Letiévant donne le nom de *suppléée*, et qu'il explique par l'action des papilles nerveuses de la peau et des anastomoses plus ou moins nombreuses que le nerf sectionné reçoit dans son trajet extra-crânien.

Cette sensibilité ne peut s'expliquer par une régénération nerveuse, car on l'a vue survenir six heures après la section. Elle est sujette à des oscillations assez singulières, que l'auteur explique par un gonflement inflammatoire des tissus ou par une stupeur locale provenant du passage subit d'une surexcitabilité névralgique à une non-excitabilité absolue; enfin elle n'est jamais aussi parfaite que la sensibilité normale.

Ces cas doivent mettre en garde contre certains faits de régénérations nerveuses, et doivent dissiper les craintes des chirurgiens qui n'osent pas pratiquer des névrotomies dans la crainte d'une paralysie sensitive persistante.

M. *Léon Tripier* constate l'exactitude des faits cliniques relatés par M. Letiévant; toutefois, il ne saurait accepter l'interprétation que vient d'en donner cet orateur. Pour lui, les phénomènes de persistance de la sensibilité à la face après la section de telle ou telle branche du trijumeau, sont du même ordre que ceux constatés à la main après la section du médian, du cubital et du radial.

De concert avec M. Arloing, actuellement professeur d'anatomie à l'École vétérinaire de Toulouse, il a fait des expériences qui ne sont pas encore complètes, mais qui démontrent suffisamment qu'il s'agit encore là de phénomènes de récurrence.

Il rappelle qu'à la main, si l'on sectionne un seul des collatéraux des doigts, il n'y a pas de différence au point de vue de la sensibilité; que, si l'on sectionne deux des collatéraux, la différence n'est pas encore très-considérable; tandis qu'après la section de trois collatéraux il y a trois zones : une première très-sensible au niveau du dernier collatéral intact, une seconde plus éloignée, un peu moins sensible, et une troisième à peine sensible, dans le point le plus éloigné du collatéral intact. Il rappelle encore que lorsque, au lieu de procéder sur les collatéraux des doigts, on agit sur les troncs des nerfs, on observe des phénomènes analogues pour les doigts où se rendent ces nerfs, soit qu'on fasse des sections isolées ou qu'on associe ces dernières. Passant aux nerfs eux-mêmes, il rappelle enfin qu'en pinçant le bout périphérique du nerf sectionné l'animal perçoit de la douleur.

Pour expliquer anatomiquement ce phénomène, MM. Arloing et Léon Tripier ont fait des coupes sur les bouts central et périphérique des nerfs sectionnés après un temps convenable pour la régénération, et ils ont constaté que dans le bout périphérique tous les tubes nerveux n'étaient pas dégénérés, et que dans le bout central tous les tubes nerveux n'étaient pas intacts, comme on le croyait avant eux. Ils en ont conclu que les tubes nerveux intacts dans le bout périphérique étaient encore en relation avec leurs centres trophiques; autrement dit, qu'ils provenaient des nerfs voisins intacts et que les tubes nerveux dégénérés dans le bout central n'étaient autres que le prolongement des tubes nerveux intacts dans le bout périphérique, et que s'ils étaient dégénérés c'est qu'ils étaient séparés de leurs centres trophiques par le fait de la section elle-même.

Appliquant aux nerfs de la face ces résultats nouveaux et assez inattendus, MM. Arloing et Léon Tripier ont déjà trouvé que pour les branches sus-orbitaires et sous-orbitaires on observait cette même disposition des tubes nerveux intacts et dégénérés dans le bout central et périphérique. Toutefois, il n'y a pas là une concordance parfaite entre le nombre des tubes intacts et dégénérés dans le bout périphérique et dans le bout central, ce qui leur a fait supposer qu'indépendamment des anastomoses d'un côté à l'autre de la face, il en existe encore d'autres entre les nerfs du même côté. Au surplus, ces expériences ne sont pas terminées, et il faut attendre avant de rien formuler d'absolu.

M. Léon Tripier rappelle en terminant toute l'importance qu'auront ces recherches au point de vue de la thérapeutique chirurgicale. En effet, dans les névralgies non idiopathiques, dans celles qui sont dues à une lésion périphérique, il sera de la plus haute importance de faire des sections non pas isolées, mais associées d'une certaine façon, sous peine d'assister à de nouvelles récidives.

M. *Daniel Mollière* (de Lyon) dit avoir étudié, il y a un an, les anastomoses du nerf dentaire inférieur, et avoir constaté expérimentalement que ce nerf était récurrent sur lui-même.

— M. *H. Chatin* (de Lyon) lit la *relation d'une épidémie de coqueluche observée à la Charité en 1872, et qui fut traitée par le bromure de potassium et l'hydrate de chloral.*

Après un exposé rapide de l'historique de la coqueluche et des différentes épidémies observées depuis quelques années à l'hôpital de la Charité, l'auteur nous donne un résumé des observations sur lesquelles se base son travail. Sur 30 cas de coqueluche chez les enfants dans lesquels, il a employé le bromure de potassium (de 50 centigrammes à 2 grammes) et l'hydrate de chloral (de 1 à 2 grammes), soit seuls soit combinés entre eux, il a observé 23 guérisons rapides; dans les 7 autres cas, la mort, qui est survenue, doit évidemment être mise sur le compte des complications graves que présentaient les malades (broncho-pneumonie morbilleuse, tubercules cérébraux avec paralysie et contracture). Il ne faudrait pourtant pas croire que ces deux médicaments n'aient réussi que contre les coqueluches purement nerveuses; plusieurs cas où cette affection était compliquée de bronchite ou de broncho-pneumonie ont montré le contraire. M. Chatin a été conduit à employer le bromure de potassium et explique son action dans la coqueluche par ses propriétés sédatives du système nerveux et par l'anesthésie pharyngienne qu'il procure, combattant ainsi le phénomène initial de la quinte de toux. Quant au chloral, il le regarde également comme un but sédatif, hypnotique à une certaine dose et d'une innocuité parfaite chez les enfants.

— M. *Coutaret* (de Roanne) communique des *recherches sur l'étiologie des dyspepsies et le traitement de ces maladies par la maltine.* Les principales conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Les troubles de digestion proviennent surtout de l'altération en quantité ou en qualité du ferment diastasique de la salive.

2° La dyspepsie la plus commune est celle qui provient de cette cause : c'est la dyspepsie salivaire ou amylacée.

3° Contre cette forme de dyspepsie, la diastase végétale à laquelle l'auteur donne le nom de *maltine* est le meilleur médicament curatif à employer.

— M. *Plassard* (de Roanne) communique l'*observation d'une tumeur volumineuse du petit bassin chez une femme enceinte*, tumeur qu'il a opérée avec succès par l'énucléation et la cautérisation combinée.

— M. *Valette* (de Lyon) lit un travail sur l'*extirpation de l'utérus renversé.* Il préfère aux procédés ordinaires (excision, ligature simple, écrasement linéaire) un procédé de ligature caustique dont il est l'inventeur et auquel il reconnaît plusieurs

avantages sérieux, tels que l'absence d'hémorrhagie et la limitation de l'inflammation. Sur 3 observations, M. Valette a eu 2 succès et 1 mort par septicémie, accident qu'il croit désormais pouvoir éviter en empêchant la décomposition des produits mortifiés par l'opération.

— M. *Clément* présente, au nom de M. *Latour*, pharmacien de l'hôpital militaire de Lyon, un nouveau caustique au *nitrate de zinc*, qui aurait sur la pâte de Canquoin les avantages d'une plus grande malléabilité et d'une conservation plus longue; plusieurs chirurgiens des hôpitaux de Lyon se sont servis avec avantage de ce caustique.

— M. *Achard*, homme ardent dans ses convictions et habile à les exposer, quoique n'entraînant guère la conviction, veut rénover la chirurgie et obtenir des *hôpitaux sans pus* (*sic*), grâce à sa méthode de résinothérapie. C'est simple : la résine (poix de Bourgogne, résine) est une substance providentielle, une panacée universelle. En pansant toutes les plaies avec une pommade résineuse dont on varie les proportions, on répond à toutes les indications et l'on guérit merveilleusement, etc. Si vous n'y croyez pas, essayez-en et lisez la petite brochure que le docteur Achard donne libéralement à tous ses confrères.

Ajoutons que M. Achard est inventeur d'un système de *ventilation renversée* destinée à assainir tous les établissements hospitaliers. Le même auteur a dans sa poche une réforme complète de la médecine par l'hygiène, une réforme complète de l'enseignement, une réforme des hôpitaux, etc., toutes excellentes choses, mais dont l'obstination du président à lui refuser la parole nous prive, à notre grand désappointement !

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1872 (MATIN).

DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE. — MM. TRÉLAT, TROLART, GARNIER, BOURGADE, DE VALCOUR, PACCHIOTTI, DESGRANGES, LAHILONNE, VIDAL, MAYET.

L'enseignement de la médecine et de la pharmacie n'est point à modifier, il est à réorganiser, ainsi que l'indique le programme; constatons tout d'abord, à l'honneur du Congrès, que ce sentiment a été général, et que dans les deux longues séances qui ont abouti au vote que nos lecteurs connaissent déjà, aucune voix ne s'est élevée en faveur du *statu quo*. Le principe de la liberté de l'enseignement n'a point trouvé un seul adversaire, quelles qu'aient été les divergences sans nombre touchant ses applications.

A tout seigneur tout honneur : M. *U. Trélat* (de Paris) a eu le mérité d'exposer dans un discours éloquent la question à son point de vue le plus élevé, et de donner à la discussion une base sur laquelle elle a dû s'appuyer jusqu'à la fin. Après une courte esquisse historique de l'époque où la transition s'est faite péniblement entre les anciens congrès médicaux et l'Université aujourd'hui frappée de stérilité, l'orateur divise son sujet en deux parties correspondantes aux deux grandes exigences de l'enseignement médical : 1° Moyens de faire des gens capables d'exercer leur art ; 2° moyens de donner à la profession une reconstitution scientifique incessante, indispensable pour sa prospérité.

Réservant pour un avenir encore lointain la liberté sans contrôle de l'exercice médical, liberté qui perd tous les jours du terrain dans l'Angleterre et dans les États-Unis d'Amérique, où l'on a été à même d'en apprécier les effets, M. Trélat admet que l'État a le droit et le devoir de réglementer l'exercice de notre profession par des examens d'État analogues à ceux de la Suisse, de l'Allemagne, et donnant seuls le droit de pratiquer sur le territoire français. Mais que toute scolarité préparatoire devienne inutile et que n'importe qui veut exercer notre profession et se croit capable de le faire, vienne en fournir la preuve scientifique devant un jury institué par le gouvernement sans être entravé par ces mille règlements ou formalités qui découragent tant de volontés. Après avoir longtemps étudié la composition de ce jury, l'orateur s'arrête à la nomination par le ministre de l'instruction publique ; il le voudrait très-nombreux (deux à trois cents membres), et composé surtout de professeurs qui, transportés loin de leur milieu et soustraits aux influences qui les y assiégent, donneraient comme examinateurs toutes les garanties suffisantes.

Quant au second problème, il est résolu par la liberté la plus complète : que tous les grands centres, et Lyon le premier, établissent suivant leurs ressources des établissements d'instruction supérieure, conférant des diplômes de doctorat indépendants de celui de médecin praticien exigible par l'État.

—Les orateurs qui succèdent à M. Trélat présentent, pour la plupart, des projets différents du sien dans leurs détails, mais qui tous s'en rapprochent par la combinaison de la liberté de l'enseignement avec l'examen d'État. Signalons comme les plus importants ceux de MM. *Trolard* (d'Alger), *Garnier* (de Lyon), *Bourgade* (de Clermont-Ferrand), *de Valcour* (de Cannes). Le concours pour les places de professeur a été énergiquement demandé, surtout par MM. Pacchiotti et Garnier, et son adoption n'a point paru trouver de contradicteur. Mais un bon nombre de membres, parmi lesquels se signalent MM. *Desgranges* (de Lyon) et *Lahilonne* (de Pau), semblent craindre que l'absence complète de toute scolarité pour l'examen d'État n'abaisse le niveau professionnel; les mêmes orateurs voient dans la distinction de M. Trélat entre les diplômes scientifiques et gouvernementaux les germes d'une nouvelle création de deux classes de médecins, bien que tous soient d'accord sur la nécessité de la suppression de nos officiers de santé actuels.

En dehors de ces manifestations, de ces grandes idées doctrinales, signalons parmi les travaux de ce jour un mémoire très-consciencieux de M. *Vidal* (pharmacien à Lyon) *Sur la réorganisation de l'enseignement pharmaceutique en France*, les considérations de M. *Mayet* (de Lyon) *Sur le développement et l'amélioration des cours pratiques de clinique* qu'il voudrait voir multiplier par les administrations hospitalières, enfin l'étude intéressante de M. *de Valcour* (de Cannes) *Sur l'enseignement médical des differents pays de l'Europe*.

— Dans la séance du soir, la discussion s'anime, les objections se pressent. M. *Glenard*, directeur de l'Ecole de Lyon, fait ressortir les difficultés économiques inhérentes à la création des universités libres. M. Trélat écarte les questions d'intérêt local et présente une proposition qui est mise aux voix et acceptée à l'unanimité; en voici le texte :

« Le Congrès émet le vœu que l'enseignement de la médecine soit libre en France et que l'État persiste à avoir seul le droit de conférer les grades. »

SÉANCES DU 26 SEPTEMBRE 1872.

DES MOYENS D'AMÉLIORER ET D'ÉLEVER LA SITUATION DES MÉDECINS ET DES PHARMACIENS. — MM. VIDAL, DUPRÉ, FERRAND, TERVER, GARNIER, GAILLETON, TEXIER, DESGRANGES, BERCHOUX, BRACHET, CARON. — DISCOURS DE CLÔTURE DE M. DIDAY.

Les travaux du dernier jour du Congrès se ressentent un peu de la longueur de la session, et malgré les votes importants par lesquels ils se terminent, font vivement regretter que les questions relatives à l'amélioration de la position du médecin et du pharmacien n'aient point été plus mûrement étudiées dans des commissions spéciales.

Nombreux sont les *desiderata* de notre profession, ainsi que le montrent les orateurs. Nous allons passer en revue les principales questions exposées ou traitées, analyser les travaux qui les ont éclairées et donner, lorsqu'il y aura lieu, les votes émis à propos de chacune d'elles avant la clôture du Congrès. Mais constatons d'abord la part importante prise

dans ces travaux par le corps pharmaceutique qui, jusqu'à ce jour, s'était modestement tenu à l'écart. MM. *Vidal*, *Dupré* et *Ferrand* (de Lyon) ont su montrer aux médecins la route à suivre sur bien des points. — M. Ferrand a particulièrement intéressé dans un exposé complet des travaux professionnels des congrès pharmaceutiques annuels fonctionnant en France depuis 1857 avec une régularité et une activité dignes d'être imitées. Voici les principaux vœux émis par ces congrès : Liberté plus grande mais réglementée dans l'enseignement. — Protection de l'exercice par l'État et répression sévère de l'exercice illégal, patente impossible sans diplôme. — Interdiction formelle des secrets et des spécialités de composition inconnue. — Interdiction de tout moyen de réclame (affiches, prospectus). — Chambres syndicales chargées de l'inspection des officines, investies du droit disciplinaire, etc. — Réforme du stage des élèves rendu plus profitable dans ses rapports avec les travaux universitaires. — Tarif général pour les sociétés de secours mutuels, etc.

Le Congrès a adopté les deux vœux suivants : Liberté et élévation de l'enseignement pharmaceutique, avec un grade unique conféré par l'État seul. — Réglementation sévère de la pharmacie et réformes professionnelles d'après le programme des congrès pharmaceutiques.

— M. *Maury*, pharmacien à Lyon, présente au Congrès un *Projet de création d'une école spéciale pour les gardes-malades*. M. *Lombard* (de Genève) parle d'une institution analogue créée en Suisse à Lausanne et n'a qu'à se louer des élèves qu'elle lui a fournies.

— 1° *De la création des chambres syndicales.* — Cette question a été débattue avec ardeur; longuement exposée par M. *Terver* (d'Ecully), l'idée d'assemblées régionales électives, chargées de la surveillance des droits et des devoirs professionnels et transmettant ses observations à l'autorité administrative, a été appuyée par MM. *Garnier* et *Gailleton* (de Lyon). Repoussée par M. *Texier*, au nom de l'Association des médecins algériens, elle a trouvé dans M. *Desgranges* (de Lyon) un adversaire puissant; énumérant les services rendus par l'Association des médecins du Rhône, qu'il préside actuellement, cet orateur cherche à démontrer que les sociétés analogues sont appelées à rendre les mêmes services que les chambres syndicales; mais elles ont été jusqu'à présent arrêtées dans leur essor par les lois et règlements qui les régissent.

Malgré la réponse de M. Terver et les considérations présentées par M. Gailleton qui fait voir que les associations et les chambres syndicales doivent être des institutions différentes utiles chacune dans leur sphère, l'argumentation de M. Desgranges a ébranlé bien des esprits, et le vote du vœu tendant à la création des chambres syndicales ne donne lieu qu'à deux épreuves douteuses; le bureau croit devoir ajourner la question.

2° *De l'organisation de l'assistance publique dans les campagnes.* — M. *Gailleton* (Lyon) est le seul membre qui ait traité ce sujet avec l'importance qu'il mérite, et nous ne comprenons pas trop pourquoi le bureau s'est dispensé d'ouvrir une discussion et de provoquer un vote sur cette question : voici les conclusions de la remarquable étude de M. Gailleton :

a. Il faut organiser l'assistance médicale et pharmaceutique dans toutes les communes rurales.

b. Dans chaque canton, tous les médecins soigneront à leur gré les malades pauvres inscrits sur la liste des bureaux de bienfaisance nécessaires pour toutes les communes.

c. Un syndicat composé de tous les médecins du canton sera chargé du service des malades pauvres, de l'inspectorat des enfants assistés, de la vaccination, des observations relatives aux épidémies et aux mesures hygiéniques, etc.

d. Les honoraires seront attribués d'après un tarif déterminé et d'après le nombre des visites.

e. Un président du syndicat nommé à l'élection servira d'intermédiaire entre les chambres et l'autorité administrative.

f. Les secours pharmaceutiques seront également donnés par tous les pharmaciens du canton et d'après un tarif déterminé.

g. Dans chaque chef-lieu de canton, il sera institué une commission composée de conseillers généraux et d'arrondissement, de maires ou autres délégués municipaux, de médecins et de pharmaciens, pour recevoir les comptes relatifs aux dépenses de l'assistance des pauvres; ces dépenses seraient à la charge des communes autant que possible, ou, lorsqu'elles manquent de ressources, à celle du département ou de l'État.

3° *Des rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels.* — M. *Berchoux fils* (de Lyon) les dépeint sous les couleurs les plus sombres et ne trouve d'autre solution à la question que l'abandon complet de ces sociétés. La majorité des membres du Congrès semble partager cet avis, mais ce sujet si important n'a pas été mûrement étudié et ne provoque aucune discussion fructueuse.

4° *De l'inspectorat des stations d'eaux minérales.* — Le Congrès vote précipitamment, légèrement et sans discussion, l'abolition de cette fonction, sur la proposition faite par M. *Brachet* (d'Aix-les-Bains) au nom de la Société thermale de cette ville.

5° *De l'insuffisance des honoraires.* — Ce triste sujet est effleuré par la plupart des communications; mais M. *Garnier* l'a présenté avec le plus de verve et de conviction, tandis que M. *Caron* (de Paris) l'étudiait sous toutes les faces et en faisait ressortir tous les détails d'une manière saisissante. Là encore, peu de conclusions pratiques ont été nettement formulées.

6° *De l'exercice illégal de la médecine.* — En face de ce fléau, « la magistrature ne fait pas son devoir », a dit un membre avec une approbation unanime. Ajoutons que la loi est la première coupable, par les peines dérisoires qu'elle inflige; que dis-je? jusqu'à présent on pouvait supposer qu'elle usait d'une trop grande tolérance vis-à-vis de l'exercice illégal; aujourd'hui nous sommes convaincu qu'elle l'autorise, en Algérie du moins; M. *Texier*, président de l'Association des médecin algériens, est venu nous raconter la lutte courageuse entreprise par lui et ses confrères contre un empirique indigène que les tribunaux ont acquitté deux fois en se fondant sur des considérations révoltantes et sur un décret du 12 janvier 1851, qui semble organiser dans notre malheureuse colonie l'exercice illégal de la médecine par les Arabes. M. Texier a également fait ressortir les dangers que présentent les médecins pourvus seulement d'un diplôme étranger auxquels une autorisation ministérielle tient lieu de tout examen d'État.

Après une courte discussion dans laquelle M. *Diday* rappelle la lutte qu'a entreprise l'association des médecins du Rhône contre une médicastre célèbre de Lyon, lutte dans laquelle les plus hautes influences sont arrivées à soustraire la coupable à la peine infamante qu'elle avait encourue, le Congrès vote les deux vœux suivants demandés par M. Texier au nom de l'association dont il est président :

a. Abrogation de l'article 11 du décret du 12 juillet 1851, autorisant en Algérie l'exercice de la médecine par des indigènes non diplômés.

b. Abrogation de la permission ministérielle autorisant les médecins pourvus de diplômes étrangers à exercer, sans examen devant un jury français.

A huit heures et demie du soir, M. le président *Diday* déclare au nom du bureau que la quatrième session du Congrès médical de France est close et prononce une allocution fréquemment interrompue par les applaudissements où il retrace à grands traits la physionomie du Congrès et résume ses travaux :

« Qui nous stimulait, messieurs, dit-il au début, quel a été notre mobile, notre inspirateur? Le patriotisme : tous nous sentions qu'il y avait à cette heure à faire acte non pas seulement de savants, mais de citoyens. Un cri, un gémissement

nous appelait, nous avons voulu y répondre, et le zèle s'est montré d'autant plus efficace qu'il devait suffire à tout. Notre meilleur soutien a été de n'en pas avoir d'officiel. L'autorité ne s'est fait sentir à nous que par son attitude d'auditeur sympathique. Elle ne nous a fait payer ses encouragements par aucune des adulations d'usage. Aussi, absolument exempte d'entraves, de patronage, de réglementation, notre expansion s'est montrée ce qu'elle devait être, large, élevée, puissante, digne en un mot de la liberté qui tout engendre, qui tout féconde. »

Les actes du Congrès, sous la triple forme de mémoires, de discussions et de vœux, resteront comme une œuvre utile malgré ses imperfections, et M. Diday distribue avec une justice parfaite qui ne laisse rien de côté, sinon lui-même, les remercîments dus aux membres les plus actifs. Nous reproduisons ici deux portraits faits de main de maître dans lesquels l'auditoire a reconnu sans peine deux orateurs mis vivement en lumière par les discussions du deuxième et du septième jour :

« Les deux derniers sont deux professeurs de la Faculté de Paris : Cicéron, Démosthènes. L'un, comme toujours, nous a tenus attentifs, subjugués sous la grâce qui découle de ses lèvres. Avec lui pas un instant de langueur, de satiété. Sa parole n'est pas seulement claire, je la dirais clarifiante. Quelque sujet qu'il aborde, ce sujet devient immédiatement le plus attachant de tous, et l'absence complète de prétention est une force de plus pour la cause comme un charme nouveau pour le plaidoyer. Le dernier enfin, oh ! celui qui l'a entendu ne l'oubliera jamais. Qui l'a entendu, dis-je? mais ne l'entendez-vous pas encore, messieurs? Tribun, fils de tribun, il remue, passionne, bouleverse. On a beau être contraire, absolument contraire à ses prémisses, par sa dialectique inflexible, il ruine vos objections, sape vos doutes, rassure vos défiances, vous éblouit par le but radieux dont il montre la perspective, vous amène en somme sinon à partager son opinion, du moins à regretter de n'y pouvoir adhérer sans réserve, tant il excelle à la montrer la plus large, la plus généreuse, la plus humanitaire; et quand il a fini, l'assemblée adopte par acclamation la solution qu'il propose, et c'est lui-même qu'on prie d'en rédiger la formule. » En adoucissant l'amertume de la séparation présente par l'espoir d'une réunion prochaine au Congrès pour l'avancement des sciences qui doit se tenir à Lyon en 1873, l'honorable président remercie l'assemblée de la distinction qu'elle lui a accordée en l'appelant à la direction de ses séances, et croit ne pouvoir mieux lui prouver sa reconnaissance qu'en prenant une part active à la publication des actes du Congrès.

Drs Legroux et H. Coutagne.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 23 septembre 1872. — Présidence de M. Faye.

Phylloxera. — M. *Delhomme* adresse un mémoire intitulé : Observations sur les maladies de la vigne, l'oïdium et le phylloxera. (Renvoi à la Commission du *Phylloxera*.)

M. *Dumas* analyse les documents adressés à la commission du *Phylloxera* par deux de ses collègues, MM. *Duclaux* et *Maxime Cornu*.

Il résulte de la communication de M. Duclaux que, dans l'Hérault, la maladie est quelquefois sporadique. La vue de la carte de l'invasion du département, dressée par M. Duclaux, selon le désir de la commission, montre qu'on y trouve à petite distance les unes des autres des vignes tout à fait perdues et des vignes florissantes.

Quant au document émané de M. Cornu, il est relatif aux galles, au *Phylloxera* ailé et au *Phylloxera* attaquant les arbres fruitiers.

On constate sur les galles l'identité de la forme du *Phylloxera* des racines et de celui des feuilles. Le puceron ailé, d'après des expériences faites dans un flacon, peut aisément quitter les racines sur lesquelles il a subi ses transformations, gagner les parties supérieures et quitter de même l'endroit où il s'est ultérieurement fixé; ces voyages, dans un flacon fermé, ont lieu sans le secours du vent, qui pourtant, il faut le dire, lui est un auxiliaire puissant à l'air libre. Enfin le *Phylloxera* a été trouvé sur les racines du pêcher, du poirier, du prunier et du cerisier.

M. *Thenard* reproduit ses idées sur la présence du *Phylloxera*, qui serait tantôt cause et tantôt effet. Il paraît douteux que le puceron ait pour berceau les feuilles de la vigne, d'où il tomberait sur les racines.

M. *Duchartre* rappelle qu'un jardinier d'Irlande a préservé une vigne par le moyen suivant :

En hiver, pendant le repos de la végétation, après avoir taillé très-court ses pieds de vigne et en avoir nettoyé avec le plus grand soin les parties aériennes, il les a déplantés; il a supprimé toutes les racines qui étaient altérées et déformées ; il a lavé et brossé rigoureusement tout le reste; après quoi, il les a replantés en prenant des précautions minutieuses pour empêcher que la terre dans laquelle il refaisait sa plantation n'amenât une nouvelle infection. Le résultat qu'il a ainsi obtenu a été de tous points satisfaisant, et depuis cette époque ses treilles sont restées en très-bon état sans présenter un seul *Phylloxera*, ni sur les racines, ni sur les organes aériens.

Aspiration des liquides épanchés dans les cavités closes du corps humain. — M. *Bouvier*, au sujet d'une communication précédente de M. J. Guérin, rappelle que M. G. Pelletan, aujourd'hui octogénaire, a proposé et fait exécuter en 1834 un instrument destiné à évacuer les liquides *par aspiration*, à l'abri du contact de l'air. Le mémoire de M. G. Pelletan, présenté à l'Académie de médecine, avec l'instrument, en 1831, n'a pas été publié ; mais cet instrument est longuement décrit dans la Table générale du Journal de chimie médicale (1re série, 1831-1836, p. 105), table qui a paru en 1836. On y voit qu'il s'agit bien d'une pompe aspirante et foulante, destinée à *aspirer* le liquide et à l'évacuer au dehors par un conduit latéral, sans laisser entrer l'air dans le foyer des épanchements pleuraux, des abcès par congestion, etc. Le corps de la pompe est de cristal, afin de laisser voir la couleur et l'aspect du liquide.

Académie de médecine.

Séance du 1er octobre 1872. — Présidence de M. Barth.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport final de M. le docteur *Picard* sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné en 1872 dans la commune de Thoury (Loir-et-Cher). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements des Vosges, de la Meuse, de Meurthe-et-Moselle, du Doubs, de l'Oise, de Saône-et-Loire, et dans l'arrondissement de Belfort. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Jaubert* sur le service médical des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes). (*Commission des eaux minérales*.)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Monot* (de Montsauche), sur l'efficacité des boissons aqueuses à haute dose dans le traitement du choléra. (*Commission du choléra*.) — *b*. Une lettre de M. le docteur *Pillet* sur l'exploration électrique appliquée à la recherche des corps étrangers métalliques dans les plaies d'armes à feu. (Renvoyé à M. Leguest.)

M. *Larrey* dépose sur le bureau une série de brochures adressées par M. le docteur *Grellois*, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, avec l'exposé de ses travaux.

Sulfate de cinchonine. — On connaît les beaux travaux cliniques de M. *Briquet* sur le sulfate de quinine, et sa prédilection bien marquée et bien légitime pour ce précieux médicament, qu'il a défendu naguère encore avec tant de vaillance

contre les prétentions du tannate de quinine. Cependant cette prédilection n'a rien d'aveugle et ne va pas jusqu'à détourner M. Briquet de la recherche d'un autre fébrifuge aussi efficace et moins coûteux que le sel de Pelletier et Caventou. C'est en vue de ce progrès thérapeutique que l'honorable académicien a entrepris de réhabiliter la cinchonine, cet alcaloïde du quinquina gris, qu'un jugement trop sévère a proscrit mal à propos de la matière médicale.

M. Briquet, avec cette persévérance propre au savant qui cherche consciencieusement la vérité, a procédé à une enquête rigoureuse sur tous les travaux et toutes les expériences dont le sulfate de cinchonine a été l'objet, depuis Magendie et Chomel jusqu'à nos jours. Aux travaux et aux expériences d'autrui, il a ajouté le fruit de ses observations personnelles, et fort de ces témoignages aussi nombreux qu'authentiques, il vient devant l'Académie et le monde médical interjeter appel de la condamnation prononcée contre la cinchonine par MM. Michel Lévy, Bouchardat et Moutard-Martin.

Une analyse attentive et minutieuse des faits a permis à M. Briquet d'établir, en quelque sorte mathématiquement, c'est-à-dire par des chiffres, que le sulfate de cinchonine, administré aux doses de 50 à 80 centigrammes, n'a jamais produit d'accidents graves chez les sujets qui ont été soumis à son usage, et qu'il ne possède aucune des propriétés toxiques que MM. Moutard-Martin, Michel Lévy et Bouchardat lui ont imputées. Il donne lieu aux mêmes effets physiologiques que le sulfate de quinine; mais ces effets, à l'exception de la céphalalgie peut-être, sont moins prononcés et de plus courte durée.

L'efficacité thérapeutique du sulfate de cinchonine ne saurait être révoquée en doute. Elle repose sur un relevé numérique de 893 cas de guérison certains, avérés, recueillis soigneusement par M. Briquet, et dont peuvent faire foi les statistiques et les observations qu'il dépose sur le bureau et qu'il met à la disposition de ceux de ses collègues qui auraient encore besoin d'être convaincus.

Le sulfate de cinchonine réussit dans la fièvre intermittente modérée et de moyenne intensité. Il en coupe les accès aussi rapidement et aussi sûrement que le sulfate de quinine. Il diminue le volume de la rate. Il arrête les paroxysmes de la fièvre typhoïde. Il peut être administré avec avantage dans les névralgies à type intermittent. Enfin, dans le rhumatisme articulaire aigu, il ralentit le pouls et il modifie les raptus rhumatismaux.

Ce sel doit donc être considéré comme un bon succédané du sulfate de quinine. Il en possède toutes les propriétés; mais il est moins actif, moins énergique, et convient spécialement dans les cas légers et moyens de fièvre intermittente. M. Briquet attache la plus grande importance au mode d'administration du sulfate de cinchonine, et insiste sur les conditions de son emploi, d'où dépend le plus souvent le succès. Il recommande expressément de l'administrer en solution aqueuse, aux doses variables de 50 centigrammes à 1 gramme, suivant l'intensité de la fièvre, de donner le remède dans l'espace de cinq à six heures, en le fractionnant d'heure en heure, surtout de le faire prendre dans l'intervalle apyrétique et au moins huit ou douze heures avant le retour de l'accès.

Pris de cette manière et avec ces précautions, le sulfate de cinchonine constitue un bon fébrifuge. Il est d'un prix très-inférieur au sulfate de quinine; il mérite de prendre rang parmi les médicaments les plus utiles, et d'entrer notamment dans la médecine des armées, des pauvres et des hôpitaux.

A propos de M. le docteur Mayer (de Rome), dont le nom a été cité parmi les expérimentateurs du sulfate de cinchonine, M. *Larrey* exprime le regret que M. Briquet n'ait pas accordé aux observations de cet éminent médecin militaire toute l'importance que mérite l'autorité scientifique de leur auteur.

M. *Briquet* répond qu'il ne pouvait, dans un travail synthétique, que signaler les expériences de M. Mayer, dont il se plaît d'ailleurs à reconnaître toute la valeur.

DE LA FIÈVRE APHTHEUSE, OU COCOTTE. — Il est quatre heures et demie lorsque M. *Bouley* monte à la tribune. Il ne faut rien moins que le talent, la verve, la parole séduisante de ce savant et habile orateur pour éveiller la curiosité et captiver l'attention de l'auditoire à une heure aussi avancée de la séance. M. Bouley, comme on peut le penser, n'a pas trompé l'attente de ceux qui comptaient sur une intéressante et instructive communication.

Il vient entretenir l'Académie d'une maladie bien connue des vétérinaires, la *fièvre aphtheuse*, vulgairement nommée *cocotte* (on ne sait trop pourquoi), et caractérisée par une éruption vésiculeuse dans différentes régions du corps des animaux, notamment dans la bouche, sur les mamelles et dans les espaces interdigités.

Cette affection s'était présentée jusqu'à ce jour avec une telle apparence de bénignité qu'on n'avait pas cru devoir prendre contre elle des mesures exceptionnelles de salubrité publique. Mais il n'en est plus de même cette année, où la fièvre aphtheuse s'est déclarée avec un caractère inattendu de gravité et de malignité, en Hollande, en Angleterre et dans certains départements français, notamment dans la Nièvre. Les accidents étaient tellement intenses, la mort si rapide, la mortalité si grande, surtout sur les veaux, que beaucoup de vétérinaires crurent à des complications d'infection charbonneuse. Mais une étude plus attentive des symptômes et de la marche de la maladie, les autopsies cadavériques et l'examen microscopique du sang, prouvèrent ultérieurement que le charbon n'était pour rien dans la malignité de l'épizootie.

La fièvre aphtheuse est essentiellement contagieuse; elle se transmet par les liquides buccaux, par la sérosité des ampoules des pieds et des mamelles, et par le lait. Chez les bestiaux de la Nièvre, le lait avait acquis une telle virulence que les jeunes veaux étaient frappés d'une véritable intoxication aiguë, avec des phénomènes terrifiants qui les foudroyaient en quelques heures. Dans cette contrée, la mortalité des «jeunes», comme les appelle M. Bouley, s'est élevée à 700 dans l'espace de cinq semaines! Le fléau a épargné les adultes.

La contagion par le lait est incontestable. Son évidence a été démontrée par les preuves suivantes : une ébullition prolongée dépouille le lait de ses propriétés toxiques et le rend inoffensif en tuant les germes virulents. Les veaux allaités par des vaches indemnes échappent à la contagion. Le sevrage produit le même résultat en soustrayant le nourrisson à une laitière malade.

La cocotte est transmissible à l'homme. Elle l'est par le liquide des vésicules; mais, ce qu'on ignorait jusqu'à présent, et ce qui est beaucoup plus grave, elle l'est aussi par le lait. Les expériences récentes du professeur Erwin, de Berlin, et de ses élèves ont mis ce fait hors de doute. A une autre époque, M. Huzard, et, avec lui, le comité d'hygiène, a pu soutenir une opinion toute différente. Mais cette année, il importe qu'on le sache, le lait provenant de vaches atteintes de fièvre aphtheuse est altéré, dangereux, et doit être interdit de la consommation.

Parmi les différentes causes de mort auxquelles succombent les animaux malades de la cocotte, il en est une restée inconnue jusqu'à présent, et qui a été tout dernièrement découverte par un riche et intelligent éleveur de la Nièvre, M. le comte de Pazis (son nom mérite d'être cité). Cette cause de mort est la paralysie du pharynx, qui se montre dans la convalescence de la fièvre aphtheuse chez les ruminants, comme dans la convalescence de certaines maladies graves, et notamment de la variole et de la fièvre typhoïde chez l'homme.

Un seul animal atteint de cocotte suffit pour communiquer la contagion à tout un troupeau et pour donner naissance à l'épizootie la plus meurtrière. C'est ainsi qu'ont été envahies la Flandre orientale et la Nièvre. Dans ce dernier département, le fléau aurait acquis rapidement des proportions énormes et exercé des ravages considérables, sans l'intervention très-active et très-intelligente de l'autorité, qui a prescrit, sans

hésitation, les mesures les plus énergiques pour arrêter la marche du mal. Malheureusement il n'en a pas été de même en Angleterre, où, d'après les statistiques de M. Williams, la fièvre aphtheuse se serait répandue sur 700 000 bestiaux en 1871, et aurait fait environ 7000 victimes.

Lorsque la fièvre aphtheuse présente une pareille gravité, M. Bouley est d'avis qu'on doit la combattre par de grandes mesures d'hygiène publique, et employer à l'égard de cette redoutable épizootie les moyens radicaux et sommaires adoptés avec tant de succès pour la peste bovine, à savoir la séquestration et l'abatage.

Après quelques renseignements pleins d'intérêt sur l'état présent de la peste bovine, qui a pénétré en Angleterre malgré les rigoureuses prescriptions du bill d'abatage, et au cœur même de Berlin, en dépit de M. de Bismarck et du roi de Prusse, M. Bouley descend de la tribune au milieu des applaudissements de l'assistance.

A. Linas.

REVUE DES JOURNAUX.

Travaux à consulter.

Contagion de la rougeole, par le docteur A. Dumas.— L'auteur, s'appuyant sur douze observations, conclut que la transmission de la rougeole peut se faire dès la première heure de la période d'invasion ; il n'est pas démontré que la contagion puisse se produire pendant les autres périodes ; l'incubation a une durée à peu près régulière. Elle varie de dix à quatorze jours et finit dans la plupart des cas le treizième jour. (*Montpellier médical*, n° 3, 1872.)

Malformation abdominale, jusqu'ici non décrite, observée chez une jeune fille, par W. A. Freund. — Il s'agit d'un fait extraordinaire, mais observé avec le plus grand soin. L'auteur le considère comme un exemple de duplicité du gros intestin. Il y avait en effet en avant de la vessie une sorte de diverticulum du gros intestin qui s'ouvrait à la région ombilicale au centre d'une tumeur, et au-dessous du pubis, entre les grandes lèvres, au-dessus du méat urinaire, le rectum et l'anus existaient également entre leur position normale. (*Archiv f. Gynäkologie*, Bd. 111, Heft 3, 1872.)

Durée de la grossesse, par le docteur Lœwenhardt. — Dans un travail de 80 pages environ, l'auteur groupe de diverses manières les chiffres obtenus par Ahlfeld Hecke; Veit y ajoute vingt-deux observations personnelles et conclut que la grossesse dure de huit à dix mois, et que l'œuf humain, depuis le moment de la conception, demande neuf périodes menstruelles individuelles pour pouvoir vivre par lui-même en dehors de l'utérus. Comme conclusion générale, ce n'est pas tout à fait original et nouveau, mais il y a beaucoup de chiffres qui peuvent intéresser les statisticiens. (*Archiv f. Gynäkologie*, Bd. 111, 3 Heft, 1872.)

Emphysème sous-péritonéal a la suite de l'accouchement, par Dohrn. — Dans cette observation, l'emphysème fut diagnostiqué pendant la vie, et retrouvé à l'autopsie. C'est un fait très-rare étant données les conditions qui en constituent la valeur réelle. (*Archiv f. Gynäkologie*, Bd. 111, Heft 3, 1872.)

Des modifications du col de l'utérus et du vagin dans les derniers mois de la grossesse, par le docteur Binnbaum.— Les observations de l'auteur portent sur 400 cas de grossesse ; les résultats en sont exposés sous forme de tableaux et de conclusions qui appellent l'attention des gynécologistes. (*Arch. f. Gynäkologie*, Bd. III, Heft 3, 1872)

Sur les lésions des organes de l'ouïe et de la cavité naso-pharyngienne dans la variole, par H. Wendt. — Travail très-étendu, très-détaillé, riche en observations, fort intéressant pour les spécialistes, et qui démontre que tout médecin doit surveiller attentivement, et traiter ou faire traiter ces complications de la variole. (*Archiv der Heilkunde*, 11 juin 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx, par le docteur Mandl. — In-8° chez J.-B. Baillière et Fils. 1872.

Il ne faudrait pas prendre à la lettre le titre que M. le docteur Mandl a donné à son ouvrage. La pathologie du larynx et celle du pharynx n'en forment en effet qu'une partie. L'auteur a cru devoir consacrer la moitié du volume à l'anatomie et à la physiologie des organes et à la laryngoscopie. On ne s'en plaindra pas d'ailleurs. Toute cette première partie forme un traité complet de la matière. Les développements qui lui ont été donnés sont justifiés par des recherches inédites sur quelques points d'anatomie et de physiologie, en particulier sur un mouvement non décrit des cartilages aryténoïdes sur les surfaces articulaires du cricoïde ; mouvement à l'aide duquel s'opère l'occlusion complète de la portion cartilagineuse de la glotte. Les organes vocaux et leurs fonctions sont étudiés dans cette même partie avec un soin extrême. On y trouve un exposé complet de toutes les recherches qui ont éclairé, dans ces dernières années, le mécanisme de la voix et ses nombreuses modifications. Toutes les notions d'acoustique applicables au jeu des différents instruments, et particulièrement à l'instrument vocal, sont clairement développées. L'auteur est maître de son sujet et signale, avec l'autorité que donne une grande expérience personnelle, les progrès accomplis et les côtés faibles des théories qu'il examine. Tout ce qui se rapporte à l'histoire de la laryngoscopie : la description des différents appareils, leurs avantages, leurs inconvénients, les procédés d'application, les difficultés nombreuses que rencontre le médecin, tous ces points sont exposés avec clarté. Des planches nombreuses, nettes, bien conçues, aident à chaque instant l'intelligence du lecteur.

La partie pathologique comporte deux grandes divisions. Dans l'une, l'auteur étudie la pathologie et la thérapeutique générales du larynx et du pharynx; dans l'autre, la pathologie et la thérapeutique spéciales. Cette manière d'envisager le sujet a l'avantage de présenter dans une vue d'ensemble certains symptômes et divers modes d'intervention thérapeutique qu'on retrouve dans les cas particuliers; mais, d'un autre côté, elle prête à des développements de pathologie générale qui ne s'adressent que fort indirectement aux maladies du larynx et du pharynx, qui sont, en définitive, seules en cause. C'est ainsi que l'auteur est entraîné à donner sur l'anémie et l'hypérémie, sur les différents exsudats et leur constitution histologique, sur le pus, les hyperplasies, les dégénérescences de diverse nature, etc., des explications qui témoignent d'un fonds d'érudition fort étendue, mais qu'on pourrait, ce semble, supposer connues du lecteur, et qui n'ont d'intérêt pour lui qu'en tant qu'elles s'appliquent aux maladies qu'il étudie ici plus spécialement. Par contre, quand on arrive à la pathologie et à la thérapeutique spéciales, les développements nécessaires font souvent défaut. Notons en particulier la thérapeutique de la diphthérite laryngée à laquelle quelques lignes à peine sont consacrées. L'histoire de cette maladie, si importante en pathologie laryngée, la question des angines dont deux variétés seulement, la scrofuleuse et la granuleuse, sont jugées dignes d'une description particulière.

Quoi qu'il en soit de ces réserves, l'ouvrage que M. Mandl livre au public médical n'est point de ceux qui n'empruntent leur valeur qu'à une compilation plus ou moins intelligente, plus ou moins complète. C'est le résumé d'études personnelles poursuivies depuis longues années, et d'un enseignement justement apprécié. L'auteur est un de ceux qui ont le plus contribué à vulgariser en France les études laryngoscopiques, et

nul n'avait plus d'autorité pour en exposer les résultats. Les soins matériels donnés à l'édition de l'ouvrage ne peuvent qu'ajouter à toutes ses chances de succès.

B.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine de Nancy. — Le *Journal officiel* contient un décret de M. le président de la République, portant transfèrement de la Faculté de médecine de Strasbourg à Nancy. Il renferme aussi la nomination des titulaires. La longueur de ce décret nous oblige à en renvoyer l'insertion au prochain numéro.

Faculté de médecine de Paris. — L'ouverture officielle de la Faculté aura lieu le 15 octobre. Les examens pourront être passés à partir du 22, et les cours commenceront le 4 novembre.

— M. Vulpian, docteur en médecine, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie comparée et expérimentale près la même Faculté.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 20 août 1872, sont institués stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de chirurgie et accouchements) :

1° Pour la chirurgie : MM. Terrier, Nicaise, Delens et Anger ;

2° Pour les accouchements : M. Charpentier.

Ces agrégés stagiaires entreront en activité de service le 1er novembre 1874, pour en sortir le 1er novembre 1880.

Sont institués chefs de clinique médicale près la Faculté de médecine de Paris : MM. Lépine et Landrieux.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bimar (Auguste) est nommé prosecteur.

École de médecine de Besançon. — M. Delacroix, professeur de pharmacie et de toxicologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite. M. Reboul, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, est chargé du cours de pharmacie et de toxicologie.

— Par décision ministérielle du 12 septembre, M. le docteur Jeannel, pharmacien inspecteur, a été nommé membre du Conseil de santé des armées.

École de médecine d'Angers. — La suppléance de la chaire d'accouchements était vacante. L'École a décidé que l'ordre de présentation des candidats sur la liste envoyée à M. le recteur et désignée au choix par M. le ministre *serait déterminé par le concours*.

Les épreuves commenceront le lundi 25 novembre 1872, à Angers.

Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris. — La Société reprendra ses séances le mercredi 9 octobre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° De l'alimentation des enfants pauvres (alimentation naturelle, complémentaire ou artificielle), durant la première année, à Paris, par M. le docteur Baudouin ;

2° Rapport sur la candidature de M. le docteur Watelet ;

3° De la possibilité de suppléer au nouvel Hôtel-Dieu, en annexant à chaque maison de secours un petit asile-hôpital d'arrondissement de dix lits, et en améliorant le service médical à domicile, par M. le docteur Passant.

Congrès de Lyon. — Nous avons reçu au sujet de ce Congrès une lettre que nous insérerons.

La fièvre dengue. — Des avis émanés de Rangoon (Indes) portent que la fièvre *dengue* s'étend rapidement dans le district de Bassein. Cette fièvre sévit dans le Bengale et à Madras. Pondichéry en a été jusqu'à présent préservé.

Patente de santé. — Sur un avis motivé du comité consultatif d'hygiène publique provoqué par des réclamations du cabinet anglais, M. Teisserenc de Bort a décidé que les navires provenant des Iles Britanniques seront dispensés de produire une patente de santé à leur arrivée dans les ports français de la Manche et de l'Océan.

Très-prochainement même cette dispense deviendra aussi applicable aux navires qui, venant d'autres pays, auront fait escale en Angleterre.

Malgré les réclamations analogues de l'Italie, de la Hollande, etc., l'obligation de la patente de santé est maintenue jusqu'à nouvel ordre pour toutes les provenances autres que celles des Iles Britanniques.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 21 au 27 septembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 22. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 24. — Pneumonie, 33. — Dysentérie, 14. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 32 (1). — Choléra nostras, 2. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 7. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 245. — Affections chroniques, 320 (2). — Affections chirurgicales, 48. — Causes accidentelles, 11. — Total, 794.

Londres : Décès du 15 au 21 septembre 1872, 1106. — Variole, 5; rougeole, 10; fièvre scarlatine, 12 ; coqueluche, 31 ; fièvre typhoïde, 21 ; bronchite, 94 ; pneumonie, 56 ; diarrhée, 95 ; choléra nostras, 7.

Rome : Décès du 2 au 8 septembre 1872, 233. — Variole, 7 ; fièvre typhoïde, 16 ; diphthérie ou croup, 7.

Lille : Décès du 1er au 15 septembre 1872, 207. — Variole, 2 ; fièvre typhoïde, 7 ; bronchite, 18 ; diarrhée et entérite, 77.

(1) Dont 22 enfants au-dessous de six mois, 4 au-dessous d'un an, 5 au-dessou de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 320 décès, ont 159été causés par la phthisie pulmonaire.

Erratum. — N° 39, *Premier Paris*, page 626, 1re colonne, 18e ligne, *au lieu de* « M. Davaine, en poursuivant jusqu'à la quatrième génération », *lire* « M. Davaine en poursuivant jusqu'à la vingt-quatrième génération ».

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Étude de physiologie thérapeutique : L'alcool, son action physiologique, son utilité et ses applications en hygiène et thérapeutique, par le docteur Angel Marvaud. In-8 avec 25 planches lithographiées. Paris, Victor Rozier.

De la température dans les maladies, par le docteur C. A. Wunderlich ; traduit de l'allemand, sur la deuxième édition, par F. Labadie-Lagrave ; précédé d'une introduction par le docteur Jaccoud. 1 vol. grand in-8 de 480 pages avec 38 figures dans le texte et 7 planches lithographiées. Paris, 1872, F. Savy. 10 fr.

La suppuration, recherches modernes, par le docteur Émile Leriche. Grand in-8 de 102 pages. Paris, 1872, F. Savy. 2 fr.

De la myélite aiguë, par le docteur Dujardin-Beaumetz. Brochure grand in-8 de 162 pages. Germer Baillière. 2 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 10 octobre 1872.

Royal Society of Edinburg : DE L'ANTAGONISME DE LA FÈVE DE CALABAR ET DE LA BELLADONE, OU DE LA PHYSOSTIGMINE ET DE L'ATROPINE : T. FRASER. — *Académie de médecine :* LA SEPTICÉMIE EXPÉRIMENTALE : M. DAVAINE.

L'antagonisme, ou l'action antidotique de deux substances médicamenteuses ou toxiques, est l'un des problèmes de thérapeutique les plus anciennement posés, et dont la solution est si peu avancée qu'on peut affirmer qu'il n'y a pas actuellement deux médicaments parfaitement antagonistes, c'est-à-dire agissant dans un sens opposable sur les fonctions essentielles à la vie, la respiration, la circulation, portant sur les mêmes organes une action opposée, en somme se neutralisant de tous points dans leur action physiologique. Au contraire, on ne saurait nier l'antagonisme partiel, c'est-à-dire une influence opposée sur certains organes produite par des substances toxiques. Au point de vue toxicologique, il est évident que l'antagonisme partiel présente par lui-même une haute importance. Si l'on démontrait rigoureusement l'existence de deux médicaments pouvant se neutraliser réciproquement dans leur effet toxique capital, c'est-à-dire dans cette partie de leur action qui détermine la mort, comme, par exemple, l'arrêt du cœur ou des mouvements respiratoires, on aurait accompli une œuvre féconde pour la pratique. Malheureusement, autant il serait difficile de nier l'antidotisme chimique, c'est-à-dire la destruction chimique du poison non encore absorbé, autant il serait téméraire d'admettre comme démontré l'antagonisme général des médicaments qui ont souvent été signalés comme pouvant se neutraliser dans leur action physiologique. Il suffit de parcourir rapidement les notions qui paraissent les mieux démontrées sur les médicaments antagoniste, pour se convaincre de la vérité de ces deux propositions que nous croyons difficilement attaquables : l'antagonisme général n'est encore démontré pour aucune substance, et l'antagonisme partiel, réduit à l'annulation par une substance du trouble physiologique cause de la mort produit par une autre substance, n'est pas encore établi directement pour aucun médicament. L'antagonisme de l'opium et de la belladone, indiqué dès 1570 par Petro Pena et Mathia de Lobel, en 1661 par Hostins, a donné lieu depuis à des travaux très-nombreux ; mais les données de la physiologie ne sont pas en accord avec celles de la clinique. Aux observations de Cazin, Bell, Béhier, Constantin Paul, qui semblent démontrer l'antagonisme, Orfila, Bois, Camus, Brown-Séquard opposent les résultats négatifs ou contradictoires de l'expérimentation; de sorte que, pour notre part, nous serions fort embarrassé de délimiter la puissance antidotique réciproque de l'opium et de la belladone.

Preyer, observant que l'acide prussique tue en arrêtant les fonctions cardiaques et pulmonaires, déclarait que l'atropine, stimulant les mouvements respiratoires et cardiaques, était un antagoniste de l'acide prussique. Mais les expériences de Bartholow ont jeté le plus grand doute sur cette opinion.

Des observations analogues montrent que l'antagonisme de l'atropine et de la muscarine (alcaloïde de l'*Agaricus muscarius*), de la strychnine et de la physostigmine ou ésérine, de la physostigmine et du chloral, représente à peine un antagonisme partiel, démontré pour quelques symptômes secondaires, mais ne pouvant servir à une intervention pratique dans le cas d'empoisonnement.

Le professeur Fraser, d'Édimbourg, dans un remarquable mémoire publié dans les TRANSACTIONS OF THE ROYAL SOCIETY OF EDINBURG, vol. XXVI, et qui vient d'être édité avec un grand luxe typographique, a fait un nombre considérable d'expériences qui méritent toute l'attention des savants et des prati-

FEUILLETON.

Médecins, poëtes, littérateurs, architectes, numismates, etc.

(Fin. — Voyez les numéros 39 et 40.)

Mais si de ces hauteurs du Parnasse nous descendons sur la terre, nous constatons que presque aucune des connaissances humaines n'a échappé à l'ardeur, aux talents et au génie des médecins. Il n'est pas de profession qui ait autant que la nôtre quitté le sentier ordinaire de l'art médical proprement dit, pour se lancer dans des études en apparence si peu compatibles avec la science d'Esculape. Nous avons eu en tous temps et en tous lieux de profonds philosophes, de grands mathématiciens, des philologues de première force, des géographes, des astronomes, des voyageurs auxquels on doit de grandes découvertes, des artistes, des peintres, des sculpteurs, des architectes; nous avons eu des théologiens illustres, des moralistes, des économistes, des historiens, des hommes politiques, des avocats accrédités, des épistolaires, parmi lesquels on citera toujours avec honneur notre Guy Patin. Aussi n'est-il pas étonnant, pour ne parler que de la France, que des médecins soient parvenus aux plus hautes fonctions : nous avons de grands dignitaires de l'Église, deux évêques, un pape, un président de la chambre des comptes, des échevins de Paris, des maîtres des requêtes, un chancelier de Bretagne et même un garde des sceaux de France. C'est que l'étude de la médecine tient à celle de la nature entière; que cette science a ses doctrines métaphysiques, ses abstractions, et que, suivant la parole de Scaliger : *Homines qui sine litteris tractant, similes sunt qui in alieno foro litigant.*

Il n'y a qu'une voix parmi les gens de l'art pour regarder la grande façade du Louvre, celle qui est tournée du côté de

ciens, parce qu'il montre la voie à suivre dans les expériences d'antagonisme, et parce qu'il démontre que l'antagonisme existe entre la physostigmine, ou ésérine, et l'atropine, à un degré très-étendu.

Le professeur d'Édimbourg apporte comme preuves 331 expériences, disposées en diverses séries qui se complètent.

La méthode suivie par Fraser mérite d'être exposée avec quelques détails, parce qu'elle peut servir de type pour des expériences analogues. Expérimentant sur des lapins et même des chiens, M. Fraser détermine d'abord la dose mortelle de sulfate d'atropine et de l'extrait de fève de Calabar ou de sulfate de physostigmine (ésérine).

Les doses mortelles sont rapportées à un lapin pesant trois livres. Elles sont pour le sulfate d'atropine de 21 à 24 grains, pour l'extrait de fève de Calabar de 1,2 grains, et pour le sulfate de physostigmine de 0,12 grain.

Dans une première série d'expériences, M. Fraser établit que si l'on injecte sous la peau du lapin des doses non toxiques de sulfate d'atropine, variant de 0,3 grain à 0,5 grain, et que cinq minutes plus tard on injecte sous la peau du lapin une dose toxique d'extrait de physostigma ou de sulfate de physostigmine, le lapin, après avoir présenté des signes d'empoisonnement par la physostigmine, revient à l'état de santé parfaite. De plus, une dose de physostigmine inférieure à celle de la précédente expérience et employée isolément, tue rapidement le même animal, une première fois préservé par l'atropine. Si, au contraire, on injecte l'atropine après la physostigmine, l'animal résiste également à l'influence toxique ; seulement les doses d'atropine doivent être plus élevées que dans le cas précédent.

Ces expériences, à elles seules, démontreraient péremptoirement que le sulfate d'atropine est, dans certaines conditions, l'antidote de l'extrait de physostigma et de la physostigmine.

L'auteur a été plus loin, il a cherché à déterminer quelle peut être l'étendue de cet antagonisme.

Dans ce but, il a établi quelles sont les doses d'atropine qui peuvent contre-balancer l'action toxique de la physostigmine, celle-ci étant injectée sous forme d'extrait ou de sulfate de physostigmine, à des doses une fois, une fois et demie, trois fois, jusqu'à quatre fois égales à la dose mortelle prise comme type.

Les résultats ont varié suivant que l'injection d'atropine était faite avant ou après l'injection toxique de physostigmine.

De ces expériences, il faut conclure que l'atropine peut annuler l'effet d'une dose d'extrait de physostigma égale à trois fois et demie la dose mortelle, lorsque l'injection d'atropine précède l'injection de physostigma ; lorsqu'elle est pratiquée cinq minutes après celle-ci, on ne peut plus annuler que trois fois la dose mortelle de physostigmine.

Il restait à déterminer la durée de l'influence antidotique, suivant que l'une ou l'autre des substances était administrée la première. A cet effet, M. Fraser a toujours injecté une fois et demie la dose mortelle de sulfate de physostigmine, tandis que la dose de sulfate d'atropine variait entre 0,01 grain et 5 grains.

La dose d'atropine antagoniste, lorsque les deux substances sont injectées ensemble, varie entre 0,05 grains et 3 grains et demi. Au delà, l'atropine tue.

Lorsque l'atropine est injectée après la physostigmine, son action antidotique se prolonge pendant environ quinze minutes ; mais au delà de cet intervalle l'antagonisme n'existe plus. La dose d'atropine varie alors entre 0,05 grains et 1,1 grain ; au-dessous, elle est insuffisante ; au-dessus, la mort survient par l'action des deux substances.

Lorsque l'atropine est injectée avant la physostigmine, l'action antidotique est bien plus prononcée ; elle se prolonge malgré un intervalle, variant de vingt-cinq minutes à près de trois heures entre les deux injections : la dose d'atropine nécessaire est de 5 grains.

Un fait domine dans ces expériences, c'est que l'antagonisme est restreint entre certaines doses ; des doses toxiques de physostigmine sont annulées par des doses non toxiques d'atropine ; mais, phénomène remarquable, lorsqu'on a injecté la physostigmine, des doses non habituellement mortelles d'atropine causent la mort. Les poisons s'ajoutent, et nous voyons l'atropine tuer, à la dose de 9 grains, des animaux intoxiqués par la physostigmine, tandis qu'il faut 21 à 24 grains d'atropine pour tuer ces mêmes animaux à l'état de santé.

Ces expériences nous montrent sous un aspect très-nouveau l'antagonisme de deux substances ; on remarquera la différence considérable des doses d'atropine et des doses de physostigmine ; il faut des doses relativement faibles d'atropine pour réussir, et l'étendue de ces doses est très-variable.

L'auteur les a figurées dans des courbes qui rendent très-apparents ces divers résultats ; elles seront étudiées avec fruit. Nous ne pouvons les décrire, mais nous nous permettrons une

---

l'église Saint-Germain-l'Auxerrois, comme un des plus beaux morceaux d'architecture que le génie de l'homme ait créés. Rien n'égale la grandeur, la majesté de cet édifice, avec ses deux péristyles, ses colonnes couplées et corinthiennes, sa magnifique terrasse ornée de balustrades. C'est l'œuvre d'un médecin de Paris ; c'est sur les dessins de Claude Perrault que fut terminée, en 1670, cette *colonnade* unique dans le monde entier. La postérité a, depuis longtemps, vengé ce grand homme des sarcasmes et de la haine de Boileau. On doit encore à Perrault le grand modèle de l'arc de triomphe qui fut élevé au bout du faubourg Saint-Antoine pour le mariage de Louis XIV, la magnifique chapelle du château de Sceaux, la Grotte de Versailles, l'Allée d'eau, plusieurs ornements des jardins, enfin l'Observatoire, dont la construction offrait de grandes difficultés, et dans laquelle on n'a voulu faire entrer ni fer ni bois.

Claude Perrault ne fut pas le seul médecin qui se soit occupé de l'architecture. Louis Savot, également de la Faculté de Paris, a écrit une *Architecture françoise des batiments particuliers* (1614), ouvrage assez favorablement accueilli du public pour que Blondel en ait fait une cinquième édition avec notes et corrections. Jean Riolan, Pierre Le Conte, n'ont, pas hésité à donner les plans d'un amphithéâtre élevé rue de la Bûcherie en 1617. Les rapports de l'architecture avec la médecine ne sont pas, du reste, aussi éloignés qu'on pourrait le croire. Vitruve avait déclaré lui-même qu'il est indispensable à un architecte de posséder quelques connaissances en médecine, et l'on pourra lire à ce sujet le curieux chapitre de Savot : *Qu'il n'y a aucune profession qui nous rende plus capable de l'architecture que celle de la médecine.*

Renauldin, l'auteur de l'introduction au *Dictionnaire de médecine* en 60 volumes, a publié il y a quelques années des *Etudes historiques et critiques sur les medecins numismates.* On est étonné du nombre des disciples d'Esculape qui se sont occupés de cette belle science, et qui s'élève à soixante et un dans le livre que nous venons de citer, les uns ayant embrassé la

comparaison. En se représentant comme une surface carrée l'antagonisme général de l'atropine contre la physostigmine, il n'y aurait, suivant ces expériences, qu'une aire très-restreinte où l'antagonisme existe réellement; cette aire d'antagonisme représenterait dans ce carré une sorte de triangle irrégulier n'offrant pas beaucoup plus qu'un huitième de la surface totale. Ce triangle, plus grand lorsque l'atropine est injectée la première, diminue lorsqu'on débute par l'injection de physostigmine.

M. Fraser n'a pas encore expliqué physiologiquement les raisons de cet antagonisme et des limites qu'il présente, de sorte qu'il n'a fait pour ainsi dire que la moitié d'une œuvre complète. Il serait fort intéressant de savoir pourquoi varie cet antagonisme, et quels sont les symptômes principaux de l'empoisonnement par la physostigmine qui sont annulés par l'atropine. Les tableaux résumant les 361 expériences pourraient servir à élucider cette partie du problème; mais nous n'aurions ni la patience ni le temps d'exécuter ce que l'auteur n'a pas tenté, et il nous suffira d'appeler l'attention sur une méthode d'expérimentation dont l'utilité est affirmée par des résultats très-remarquables et qui nous paraissent pouvoir être résumés dans la conclusion suivante :

L'antagonisme qui existe entre des doses non toxiques d'atropine et des doses toxiques de physostigmine ou ésérine, existe réellement dans une limite assez nettement établie par M. Fraser, expérimentant sur des lapins; dans cette limite, l'antagonisme est, sinon général, au moins suffisant pour que l'atropine annule rapidement les effets de la physostigmine. Enfin la réciproque n'est pas vraie, puisque la physostigmine n'est pas l'antagoniste de l'atropine.

A. Hénocque.

La dernière séance de l'Académie a été remplie par une lecture de M. Davaine, qui apporte de nouveaux documents à l'exposé de ses remarquables expériences. M. Bouley ayant annoncé qu'il poursuit avec M. Davaine des recherches sur la septicémie provoquée chez les chevaux, nous en attendrons les résultats pour nous prononcer dans cette question. La discussion qui a suivi a démontré que la question de la septicémie et de l'infection purulente n'a pas été épuisée, et les opinions contradictoires s'affirmeraient volontiers de nouveau; mais il nous semble qu'il est prudent de faire des réserves, avec M. Chauffard, sur des applications théoriques d'un fait expérimental dont l'étude n'est pas encore complétée, au point de vue anatomique et symptomatologique. M. Davaine l'a fort bien dit : expérimentez et vous trouverez; c'est donc, pour le moment, au laboratoire que la question doit être portée.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edward H. Clarke et Robert Amory (de Boston). 1872. — Traduit de l'anglais par F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris.

(Suite. — Voyez le numéro 40.)

Action sur l'organisme. — L'action thérapeutique du bromure de potassium varie tellement avec la dose, le mode d'administration du médicament et l'état pathologique de l'organisme, qu'il est utile d'examiner chacune de ces conditions en particulier.

Le bromure peut être pris en une seule ou en plusieurs fois; et dans l'un et l'autre cas, en quantités telles, que son action cesse d'être thérapeutique et devient toxique. Parfois telle dose qui, donnée sur un individu sain, produirait des effets toxiques, devient, dans l'état pathologique et à cause même de cet état, seulement thérapeutique. L'inverse peut arriver, et une dose ordinairement inoffensive, c'est-à-dire lorsqu'elle est administrée dans l'état physiologique, devient dangereuse ou toxique dans certains cas pathologiques.

On entend par dose unique ou simple celle qui est donnée une fois dans les vingt-quatre heures, ou deux ou trois fois dans le même temps, à de courts intervalles. On appelle dose continue ou renouvelée, celle qui se donne deux ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, à intervalles égaux, et cela pendant plusieurs jours, des semaines ou des mois. La dose excessive est celle qui serait toxique dans n'importe quel état de l'organisme, ou celle qui, ordinairement thérapeutique, devient toxique dans certains cas pathologiques. Ces modalités s'appliquent à l'action du bromure sur les adultes. Il est inutile de m'étendre sur l'influence que l'âge exerce sur l'action thérapeutique du bromure de potassium. On doit cependant faire remarquer qu'il est mieux toléré dans l'enfance et dans le premier âge, et moins bien dans la vieillesse que ne le sont comparativement la plupart des médicaments employés.

Action thérapeutique de la dose unique (ou hypnotique). — Une dose unique de bromure (celle qu'on n'administre qu'une fois

---

numismatique et les antiquités dans presque toute leur étendue, d'autres n'ayant traité que quelques parties isolées. Rabelais, notre joyeux Rabelais, s'est montré, sans s'en douter et tout en plaisantant, un amateur de monnaies, et en lisant son Pantagruel, on n'hésite pas à le placer parmi les savants qui se sont occupés des monnaies françaises.

Pour ceux de nos confrères qui ne possèdent pas le livre de Renauldin, on croit utile de leur donner, dans l'ordre chronologique, la liste de ces soixante et un médecins numismates. On avertit que la date qui suit chaque nom est celle de leur mort :

Cuspinien (Jean), 19 avril 1529. — Rabelais, 1553. — Agricola (Georges), 21 novembre 1555. — Rœslein (Eucharius), vers 1560. — Camerarius (Joachim), 17 avril 1574. — Sazius (Wolfgang), 19 juin 1565. — Occo (Adolphe), 28 octobre 1606. — Le Pois (Antoine), 1578. — Sambucus (Jean), 13 juin 1584. — Henischius (Georges), 31 mai 1618. — Nunez (Louis), vers 1646. — Faber (Jean), vers 1640. — Liceti (Fortunio), 17 mai 1657. — Savot (Louis), 1640. — Severino (Marc-Aurèle), 15 juillet 1656. — Rhodius (Jean), 24 février 1659. — Chifflet (Jean-Jacques), 1660. — Worm (Olaüs), 1662. — Conring (Hermann), 12 décembre 1681. — Capponi (Jean-Baptiste), 16 novembre 1676. — Volckamer (Jean-Georges), 17 mai 1693. — Bartholin (Thomas), 4 décembre 1680. — Petit (Pierre), 12 décembre 1687. — Dapper (Olivier), 1690. — Foy-Vaillant (Jean), 1706. — Patin (Charles), 8 octobre 1693. — Major (Daniel). — Kirchmaier (Georges), 28 septembre 1700. — Meibomius (Henri), 26 mars 1700. — Henninius (Henri-Christian), 1703. — Guidott (Thomas), vers 1710. — Rainssant (Pierre), 7 juin 1689. — Wedel (Georges-Wolfgang), 6 septembre 1721. — Olearius (Jean-Christophe), fin du XVII[e] siècle. — Spon (Jacob), 25 décembre 1685. — Hartmann (Philippe-Jacques), 28 mars 1707. — Jacobæus (Olger), 18 juin 1701. — Kæmpfer (Engelbert), 2 novembre 1716. — Bartholin (Caspar), vers 1708. — Tournefort (Joseph Piton de), 28 décembre 1708. — Eisenschmid (Jean-Caspar),

dans les vingt-quatre heures) exerce rarement sur l'adulte une action thérapeutique appréciable, à une dose moindre que vingt grains (1 gramme). Seules les personnes qui sont très-sensibles à son influence (et il s'en trouve) subissent les effets d'une dose de quinze et même de dix grains (0,75 à 0,50 centigr.). La dose thérapeutique unique varie dans les limites de vingt à soixante grains (1 à 3 grammes). Parfois, quoique rarement, à cause de l'état de l'estomac, dans la grossesse ou le mal de mer, il est bon d'administrer la dose divisée en trois ou quatre parties et donnée à des intervalles de dix à quinze minutes.

Vingt à trente grains (1gr,50) produisent bientôt après leur ingestion une action sédative marquée et généralisée sur tout le système nerveux. Le malade ressent de la lassitude physique et intellectuelle, il lui est impossible de faire le moindre effort, et il reste indifférent à tout ce qui, d'ordinaire, l'irrite et le tracasse. Les cris des enfants dans la maison, le roulement des voitures sur les pavés, ne produisent sur lui aucune impression fâcheuse; les soucis, les chagrins ou les préoccupations le trouvaient calme et tranquille. La douce nonchalance, le *far niente* des Napolitains, est presque réalisée après l'ingestion d'une telle dose. A cet état succède la somnolence et bientôt après le sommeil.

« L'action hpynotique, dit Voisin (*Bulletin général de thérapeutique*, t. LXXI, p. 102. 1866), en parlant de ses malades de Bicêtre, « était très-marquée chez eux, aussi bien le jour que la nuit, quelques-uns étaient obligés de dormir pendant quelques minutes au milieu de leur travail. Tous éprouvaient une tendance irrésistible au sommeil immédiatement après leurs repas du soir. Pendant la nuit leur sommeil était calme et le matin on ne les faisait lever qu'avec peine. »

En expérimentant sur moi-même, j'ai touvé une différence notable, tant dans la quantité que dans la qualité de mon sommeil après chaque dose de bromure de potassium, différence qui tenait évidemment à l'état de mon organisme au moment de l'ingestion autant qu'à la dose du médicament. J'ai pris plusieurs fois quarante et cinquante grains (2 grammes et 2gr,50) de bromure, le soir, épuisé par les fatigues d'un long travail de tout le jour, et, comme conséquence, j'ai remarqué de l'insomnie douce et non du sommeil. Mais si ces doses étaient impuissantes à me faire dormir, elles me procuraient du moins le calme et le repos.

Parfois, lorsque j'étais simplement excité par mon travail intellectuel de la soirée, la même dose me procurait un sommeil calme et paisible. Une dose de trente grains (1gr,50) suffisait pour m'endormir profondément. Mais que la dose ingérée fût forte ou faible et suivie d'insomnie ou d'un profond sommeil, je n'ai jamais constaté aucun trouble le matin ou le jour suivant, si ce n'est une faible augmentation dans la sécrétion urinaire.

Ces résultats sont les effets naturels de l'action du bromure sur le cerveau.

Le docteur Hammond (*Du sommeil et de ses troubles*, p. 29) a montré que « le sommeil est causé par une diminution relative de la quantité du sang qui traverse le parenchyme cérébral ». On doit ajouter, il est vrai, que la quantité du sang qui circule à travers le cerveau peut diminuer au point d'empêcher le sommeil. L'augmentation de la circulation cérébrale produit la veille, et sa diminution relative entraîne le sommeil. L'ischémie cérébrale, liée aux états anémiques, ou consécutive aux hémorrhagies abondantes, peut à son tour produire l'insomnie, mais le sommeil reparaît avec l'afflux du sang dans l'encéphale.

On peut conclure des recherches de Brown Séquard (*Nouveau dict. de méd. et de chir. prat.*, article Asthme, par G. Sée), relatives aux effets du bromure de potassium sur les nerfs vaso-moteurs, que, sous son influence, « les vaisseaux artériels comme ceux de la périphérie et des centres nerveux subissent une contraction manifeste, d'où résulte une oligémie locale de l'encéphale et de la moelle, et, par suite, une diminution de l'irritabilité de cet organe ». Les expériences de Meuriot (*Etude sur la belladone*, p. 50, 51) sur les grenouilles ont donné les mêmes résultats que celles du docteur Amory, que nous décrirons dans une autre partie de ce travail. Il ressort des considérations précédentes, que le bromure de potassium, en déterminant la contraction des artérioles du cerveau et la déplétion passagère de leur contenu, peut produire la veille ou le sommeil, suivant l'état de congestion ou d'anémie de cet organe. Dans la première expérience que j'ai faite sur moi-même et dont j'ai parlé plus haut, le cerveau, comme le reste de l'organisme, était épuisé par le travail. Ils se trouvaient dans un état d'ischémie relative, produite par la perte d'influx nerveux qu'avait causée le pénible travail du jour. La déperdition avait été proportionnelle à l'intensité du travail. L'ingestion de quarante à cinquante grains (2 grammes à 2gr,50) de bromure avait produit une oligémie plus complète du cerveau. La circulation cérébrale, devenue trop languissante, avait dépassé le degré d'anémie compatible avec le sommeil, et celui-ci ne reparut que lorsque le médicament eut épuisé son effet. Au point de vue de l'intérêt thérapeutique, et non comme expérience physiologique, je dois dire qu'une tasse de bouillon ou un verre de vin eussent, bien mieux que les cinquante grains (2gr,50) de bromure, produit dans le cerveau l'état propre à amener le sommeil.

La seconde expérience que je fis sur moi consista à prendre du bromure de potassium le soir, après m'être livré dans la journée à un travail intellectuel qui, sans abattre mes forces, avait produit chez moi un certain degré d'excitation nerveuse. Pour comprendre la valeur de cette expérience, il faut savoir que deux ou trois heures d'une étude sérieuse ou d'un

---

4 décembre 1712. — Musgrave (Guillaume), 25 décembre 1721. — Arbuthnot (Jean), 27 février 1735. — Sloane (Hans), 1752. — Lochner (Michel-Frédéric), 15 octobre 1720. — Foy-Vaillant (Jean-François), 19 octobre 1708. — Schuchzer (Jean-Jacques), 25 juin 1733. — Mead (Richard), 16 février 1754. — Mahudel (Nicolas), 7 mars 1747. — Burckhard (Jean-Henri), 3 mai 1738. — Genebrier (Claude), vers 1750. — Kundmann (Jean-Chrétien), 11 mai 1751. — Schulze (Jean-Henri), 10 octobre 1744. — Brückmann (François-Ernest), 21 mars 1753. — Madai (David-Samuel de), 2 juillet 1780. — Hunter (William), 20 mars 1783. — Mœhsen (Jean-Charles-Guillaume), 23 septembre 1795. — Fermin (Philippe), vers 1800. — Schæffer (J. C. T.), vers 1815. — Marchant (Nicolas-Damas), 1er juillet 1833. — Rudolphi (Charles), 20 novembre 1832.

A. Chéreau.

— Par ordre de M. Léon Say, le Bulletin quotidien des décès de chaque arrondissement sera désormais affiché à la porte des mairies, à côté des exemplaires du *Journal officiel*.

— Par ordre de M. Léon Renault, de grands tableaux, comprenant des préceptes élémentaires de médecine usuelle, vont être placardés dans tous les postes de Paris, afin qu'on puisse commencer à y donner les premiers secours à un blessé, en attendant le médecin.

— M. Rose, vice-consul anglais à San-Rémo (Alpes-Maritimes), appelle l'attention sur le défaut de gardes-malades pour les invalides qui séjournent sur les bords du Var dans les mois d'hiver. Il est question, à cet effet, d'établir une institution de gardes-malades à Nice, afin d'en pourvoir les différentes stations climatériques du voisinage. L'entreprise serait utile et profitable. (*Med. Times* et *Union médicale*.)

travail intellectuel opiniâtre dans ma soirée m'empêchent toujours ou presque toujours de dormir pendant les premières heures de mes nuits. Ces fâcheux mais constants effets de mon travail du soir m'obligent de m'en abstenir. Si je prends ensuite quarante grains (2 grammes) de bromure en me mettant au lit, je m'endors immédiatement, et la raison en est fort simple : La circulation encéphalique est accrue par l'étude (c'est-à-dire par le fonctionnement cérébral « *intellection or cerebration* » pour me servir d'une expression moderne) en même temps que le travail de la digestion produit un afflux sanguin plus considérable dans l'estomac, le cerveau se trouve ainsi momentanément dans un état compatible avec le sommeil. L'action physiologique, en diminuant la circulation cérébrale, produit dans le cerveau une modification telle que le sommeil devient possible, tandis qu'il eût été beaucoup plus tardif sans l'effet du médicament.

La troisième expérience, qui consiste à prendre trente grains (1gr,50) de bromure le soir, alors que le cerveau et l'organisme, en général, ne sont pas accablés de fatigue, prouve simplement (fait qui a été si souvent observé) qu'une telle dose prise à l'état normal n'empêche pas le sommeil, mais le rend plus profond.

Ces expériences, en apparence peu importantes, éclairent plusieurs points d'une grande valeur relativement à l'administration clinique du bromure de potassium, surtout quand il s'agit de la dose unique que nous considérons en ce moment. Trente à soixante grains, donnés le jour ou la nuit, exercent une action hypnotique manifeste sur un adulte; cette action résulte de la diminution que le médicament entraîne dans la circulation cérébrale. Si le cerveau est déjà anémié, il n'est pas prudent de le priver encore de sang par l'administration du bromure. Ce médicament pourrait bien, en pareil cas, amener le sommeil, mais il produirait habituellement un effet tout opposé. Donc, en règle générale, l'anémie cérébrale contre-indique l'administration de la dose hypnotique. C'est ce que m'a permis de vérifier l'observation clinique. L'insomnie pénible qui suit si souvent une abondante perte de sang est atténuée par l'alcool et l'opium, mais augmentée par le bromure. Pourtant, ce dernier combiné avec un stimulant, tel qu'un verre de vin ou d'eau-de-vie, produit quelquefois un meilleur résultat. Dans la convalescence de la fièvre typhoïde, j'ai vu souvent la dose hypnotique procurer du sommeil et presque aussi souvent produire l'effet contraire. Je crois que ce fait peut trouver son explication dans les conditions différentes de la circulation cérébrale chez les différents malades et chez le même malade aux diverses périodes de la convalescence.

L'action hypnotique du bromure de potassium, plus marquée lorsque le cerveau n'est pas anémié (c'est-à-dire lorsque l'organe est dans l'état physiologique ou dans un état de congestion ou d'hypérémie), me paraît de la plus haute importance.

Le docteur Hammond dit dans l'ouvrage déjà cité (p. 283), en parlant du traitement de l'insomnie : « Parmi les agents purement médicamenteux, le bromure de potassium occupe la première place, et peut toujours être employé avantageusement pour diminuer la quantité de sang contenue dans le cerveau et pour calmer un peu l'excitation nerveuse qui accompagne la forme sthénique de l'insomnie. Je me suis convaincu dernièrement, par des expériences sur les animaux vivants dont les résulats seront donnés plus tard, que l'usage du bromure est suivi du premier des effets dont je viens de parler. Je me contenterai de dire, pour le moment, que je l'ai administré à des chiens dont le cerveau a été, en partie, mis à découvert à l'aide d'une couronne de trépan : j'y ai constamment trouvé une diminution notable de la quantité de sang qui traversait le cerveau, et partant une atrophie relative de cet organe. Nous n'avons ensuite qu'à étudier ses effets sur l'homme pour nous convaincre que c'est là un des plus importants résultats de son emploi. La coloration de la face, les battements de la carotide et des artères temporales, l'injection des yeux, la céphalalgie gravative, disparaissent comme par enchantement sous l'influence du bromure. »

L'observation clinique vient confirmer les données expérimentales. Le bromure, en tant qu'hypnotique, a produit d'excellents résultats dans une foule de maladies, ou plutôt dans un grand nombre de cas dans lesquels existait l'état cérébral que j'ai décrit. Il me semble que pour retirer de bons effets de la dose hypnotique, on doit abandonner cette pratique routinière qui consiste à prescrire le médicament dans telle ou telle maladie, et que l'on doit tenir compte, avant tout, de l'état du cerveau et non de l'espèce nosologique. Ainsi il pourra arriver que sur deux personnes atteintes d'érysipèle le bromure sera utile à l'une, tandis qu'il sera formellement contre-indiqué chez l'autre. On le verra même indiqué ou contre-indiqué chez le même individu aux différentes périodes d'une même maladie, comme on l'a vu pour la fièvre typhoïde.

Dans l'insomnie résultant de l'hypérémie du cerveau, que le docteur Hammond désigne sous le nom de *forme sthénique de l'insomnie*, on trouve l'indication de la dose hypnotique dans presque toutes les maladies, quels que soient l'âge ou le sexe du sujet. Il est inutile de dire qu'on n'obtiendra pas toujours la guérison de l'insomnie congestive dans toutes les maladies, car il n'y a pas de remède infaillible; mais le bromure produira des effets satisfaisants dans un assez grand nombre de cas pour qu'on puisse le regarder comme une des ressources les plus précieuses de notre art. Le condamné à mort, attendant son exécution, ne trouvera dans le bromure qu'un moyen insuffisant pour calmer ses angoisses et le soustraire à l'insomnie qu'aurait si utilement combattu l'opium.

Il résulte de mes observations cliniques (et j'ai employé le bromure de potassium dans un assez grand nombre de cas, durant ces dernières années), que l'état cérébral (ou pour mieux dire encéphalique) qui réclame l'emploi d'une seule dose hypnotique, dont nous nous occupons en ce moment, que cet état, dis-je, se rencontre très-souvent dans l'insomnie qui succède aux inquiétudes morales, au travail intellectuel excessif, et celle qui se montre dans l'hystérie, la grossesse, les maux de dents, les exanthèmes, les fièvres simple et typhoïde, et dans cette sorte d'hyperesthésie que l'on pourrait désigner sous le nom d'*irritabilité nerveuse excessive*. Ces cas ne sont pas les seuls ni les plus importants qui réclament l'usage du bromure de potassium et de ses congénères, mais simplement ceux dans lesquels j'ai eu le plus souvent l'occasion d'apprécier les heureux effets de cet agent. La dose fréquente et renouvelée, dont nous allons nous occuper à présent, est d'une indication thérapeutique bien plus étendue que la dose unique.

Je vais citer quelques exemples à l'appui de ce que je viens de dire, car les faits parlent plus haut que toutes les paroles.

Obs. I. — *Insomnie consécutive à des impressions morales vives.* — Un négociant qui venait d'accomplir sa soixantième année, s'engagea, pendant notre dernière guerre civile, dans d'importantes transactions commerciales, dans lesquelles il plaça et risqua des sommes considérables. Il perdit et gagna successivement beaucoup d'argent. Un moment la majeure partie de sa fortune se trouva compromise, ce qui le plongea dans les plus cruelles angoisses. Il travaillait toujours avec ardeur et sans relâche; il était d'un tempérament nerveux. En quittant son bureau, la pensée de ses affaires le poursuivait encore et lui enlevait peu à peu son repos et son sommeil. D'abord il ne perdit qu'une heure de sommeil environ, mais il arriva à dormir de moins en moins. Il ne pouvait s'arracher la nuit aux inquiétudes que lui causaient les spéculations de la journée. Sa santé d'ailleurs était bonne. Son appétit, ses forces et son état général étaient excellents. Au bout de trois mois de ce sommeil imparfait et insuffisant, il vint me consulter. Il était inutile de lui conseiller de surmonter ses craintes, il avait reconnu et compris l'importance de cet avis et avait tenté, mais sans succès, de les chasser la nuit de son esprit. Je lui prescrivis trente grains (1gr,50) de bromure de potassium (à prendre le soir en se couchant). Cela amena dans son état une amélioration qui ne fut pas complète tout d'abord. Au bout de quelques nuits cependant son sommeil devint normal. Pendant une période de trois ou quatre mois, il prit tantôt trente ((1gr,5), tantôt qua-

rante grains (2 grammes) chaque soir ; quand il négligeait de les prendre, il dormait moins bien. Au bout de ce temps, ses inquiétudes cessèrent, n'ayant plus d'objet, et le sommeil revint sans le secours du bromure. L'usage de ce médicament ne lui avait causé aucun trouble (ni acné, ni accident de bromisme). Il est possible que dans ce cas le bromure ait prévenu des désordres sérieux. Le malade comptait des fous dans sa famille, et l'on sait que l'insomnie prolongée peut provoquer la folie.

OBS. II. — *Insomnie produite par les préoccupations.* — Une dame d'un âge au-dessus de la moyenne, épuisée par les soins qu'elle donnait à son mari, que minait lentement une cirrhose du foie, et par la douleur que lui causait la certitude d'une terminaison fatale, perdit peu à peu le sommeil et arriva à ne presque plus dormir du tout. Sa mine me frappa, à la longue, dans les visites que j'avais l'habitude de faire à son mari. Je finis par apprendre que, quoiqu'elle fût secondée par les domestiques et les gardes qui passaient la nuit auprès de son mari, il lui arrivait souvent de se lever la nuit. Elle dormait au reste très-peu pendant le temps qu'elle passait dans son lit, à quelque moment que ce fût. Sauf une affection du cœur, provenant sans doute de ses longues fatigues, sa santé était bonne. Elle prit tous les soirs du bromure de potassium à doses variant entre quinze et trente grains (0gr,75 à 1gr,50), suivant les circonstances ; elle apprit bien vite à en graduer l'emploi, et en obtint les résultats les plus satisfaisants. Après en avoir pris ainsi chaque soir pendant deux ou trois semaines, elle retrouva le sommeil et n'eut plus recours à son hypnotique que dans des cas exceptionnels.

OBS. III. — *Insomnie causée par des maux de dents.* — Un jeune garçon, d'une constitution irritable et nerveuse, fut sujet pendant tout le temps de la première dentition depuis l'apparition de la première incisive jusqu'à celle de la dernière molaire, à des insomnies extraordinaires. Il dormait peu lui-même et empêchait encore plus de dormir les personnes qui l'entouraient. Une incision pratiquée sur les gencives en temps opportun ne lui procura qu'un soulagement passager. Divers hypnotiques (qui pourtant ne renfermaient pas d'opium) restèrent sans effet, sauf le bromure de potassium et l'hydrate de chloral. Ces deux médicaments furent administrés alternativement tous les huit ou quinze jours, pendant la plus grande partie du temps que dura sa dentition, et toujours avec le plus satisfaisant résultat. L'expérience démontra qu'il ne lui fallait pas moins de dix grains, et quelquefois jusqu'à quinze et vingt grains pour le faire dormir. Le traitement n'eut aucun effet fâcheux sur sa santé générale. Au contraire, quand le médicament n'était pas administré (et on l'oublia quelquefois), non-seulement il ne dormait pas, mais son état général était moins bon le lendemain. Après sa dentition, il dormit sans le secours d'aucun adjuvant thérapeutique.

Quand l'insomnie est causée par une douleur aiguë, le bromure de potassium produit rarement son effet hypnotique. Il faut alors avoir recours à un narcotique, et en particulier à l'opium. Mais lorsqu'à la suite d'une douleur aiguë, la fatigue de l'organisme est un obstacle au sommeil, le bromure est un excellent soporifique. Dans le rhumatisme, lorsque la période aiguë est passée et qu'il reste de la fatigue dans les muscles et les articulations, tant par l'effet de la maladie que par le séjour prolongé au lit, le bromure est préférable, comme hypnotique, à l'opium, à la narcéine, ou à l'hydrate de chloral. Dans la première période de la fièvre typhoïde et de l'érysipèle, la dose unique hypnotique m'a souvent rendu de grands services.

Le bromure de potassium est quelquefois bon comme prélude au traitement opiacé. J'ai remarqué que trente grains (1gr,50) donnés une heure ou deux avant l'administration d'une dose d'opium, augmentaient les propriétés narcotiques de ce dernier. Des gens qui ne supportent pas bien l'opium, qu'il excite au lieu de calmer à dose thérapeutique, et chez qui il produit des démangeaisons et des troubles nerveux, arrivent non-seulement à le supporter, mais encore à en éprouver les meilleurs effets pourvu qu'on leur administre du bromure de potassium avant de leur donner de l'opium. La dose à employer dans ce cas est d'au moins trente grains (1gr,50) et quelquefois de quarante (2 grammes) ou cinquante (2gr,50). Le docteur J. M. Da Costa (de Philadelphie) a remarqué cette action du bromure de potassium comme correctif de l'opium, et a récemment publié quelques observations qui viennent confirmer ce fait. (*American Journal of the Medical sciences*, avril 1871, p. 359, 63). Pour augmenter l'action hypnotique de l'opium, il faut donner le bromure environ une heure avant celui-ci. Pour remédier à l'action fâcheuse de l'opium, il vaut mieux le donner, comme l'a fait le docteur Da Costa, quelques heures (trois ou quatre) avant l'opium. Les nausées, qui si souvent fatiguent le malade quelquefois pendant des heures après le sommeil causé par l'opium, seront dissipées ou tout au moins diminuées par une dose de bromure administrée dès que les premiers troubles gastriques apparaissent. Mais il faut reconnaître que le bromure de potassium ne peut pas infailliblement prévenir ou corriger l'action fâcheuse de l'opium. Il est facile de prévoir que dans certains états de l'organisme le bromure l'aggravera au lieu de l'affaiblir. Dans l'anémie cérébrale, par exemple, ou après une hémorrhagie considérable, il sera rationnel de s'attendre à ce que l'action soporifique de l'opium soit diminuée quoique l'action anesthésique ne soit pas modifiée. L'opium à doses thérapeutiques produit, quelque temps après son ingestion, de l'hypérémie cérébrale qui fait bientôt place à l'oligémie, et cette dernière amène le sommeil. Le docteur Hammond (*op. cit.*, p. 25 et suiv.) a démontré ce fait par une série d'ingénieuses expériences. Le bromure, comme nous l'avons vu plus haut, produit plus ou moins l'ischémie cérébrale. Si l'opium et le bromure de potassium sont administrés simultanément à un malade dont le cerveau est anémié, il arrivera naturellement que, dès que la première action stimulante de l'opium aura été épuisée, l'action sédative du bromure s'ajoutera à la seconde action sédative de l'opium, et il pourra en résulter un effet fâcheux. En somme, quelle que soit la véritable explication physiologique de ce fait, nous savons par l'observation clinique que si le bromure de potassium remédie souvent aux inconvénients qu'amène l'opium, il n'en est cependant pas toujours ainsi, et que parfois, quoique rarement, il ne fait qu'augmenter la dépression qui est le second effet de l'opium.

Il résulte de ces observations que la dose unique ou hypnotique de bromure de potassium, c'est-à-dire celle qui varie entre quinze (75 centigrammes) et quarante grains (2 grammes) trouve son indication dans toutes les maladies, qui présentent des conditions des centres nerveux appropriées à son emploi, pour combattre l'insomnie, l'agitation nocturne, une irritabilité nerveuse générale, ou une excitabilité réflexe anomale. Cette même dose est contre-indiquée, quelle que soit la maladie, alors même qu'elle serait accompagnée de symptômes analogues (insomnie, irritabilité ou hyperesthésie), si les centres nerveux ne se trouvent pas dans les conditions dont j'ai parlé précédemment. Ce n'est là qu'une manière différente de dire pour le bromure de potassium comme pour tous les médicaments, que son emploi doit être approprié à l'état du malade et non à la variété de la maladie.

La dépression, l'épuisement, la faiblesse, l'irritabilité et les autres états morbides liés à l'oligémie des centres nerveux ou qui en dépendent, sont des contre-indications de la dose unique hypnotique ; si on la donnait dans ces conditions on produirait, au lieu du sommeil et du repos, un surcroît de dépression et d'agitation.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Chirurgie expérimentale.

QUELQUES ESSAIS D'ANAPLASTIE HUMAINE A L'AIDE DE GREFFES MUQUEUSES EMPRUNTÉES AUX JOUES ET A LA LANGUE DU LAPIN ET DU BŒUF, par M. le docteur HOUZÉ DE L'AULNOIT, de Lille. (Note lue à l'Académie de médecine le 24 septembre 1872.)

Dans cette note, mon but est d'attirer l'attention de l'Académie sur les résultats que j'ai obtenus en transplantant sur l'homme des lambeaux de muqueuse pris à la cavité buccale du lapin et du bœuf.

Un des principaux inconvénients de la greffe humaine

dermo-épidermique, telle qu'elle a été employée par Reverdin (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1870, et *Arch. gén de med.*, 1872), Ollier (*Gaz. hebd.*, n° 3, 1872), L. Le Fort (*Gaz. hebd.*, n° 9, 1872), Broca (thèse de M. Bercaru), Gosselin (*idem*), Demarquay (*ibid.*), Polok, Nelson, Rouge et Bercaru (thèse, 7 août 1872, Paris), est de déterminer de la douleur aux malades en les soumettant à une petite opération, sans danger il est vrai, mais assez désagréable pour que quelques-uns s'y soient refusés et aient ainsi obligé le chirurgien à emprunter sur sa propre personne le lambeau cutané nécessaire à l'opération.

J'avais donc pensé, dès le mois de novembre 1871, à les prendre à un animal, ainsi que l'ont mis depuis en pratique, sur le conseil de Bert (thèse sur la greffe animale), Coze (communication à l'Institut, le 28 février 1872), qui détacha des lambeaux cutanés sur un lapin, et Dubreuil, sur des cochons d'Inde. Mais pour me rapprocher des conditions physiologiques de la peau humaine, mon intention était de m'adresser au système muqueux d'un animal. J'en fis part, le 30 avril, à M. le professeur Verneuil, et comme je lui citais, parmi les animaux les plus favorables pour ce genre d'expérience, le lapin, il m'engagea à faire ces emprunts plutôt à un lapin élevé à la campagne, devant offrir plus de plasticité que ceux nourris dans nos grandes villes.

Je commençai mes essais le 1er juillet 1872, et je déposai sur plusieurs malades quatorze petites greffes muqueuses provenant, soit de la joue, soit de la langue du lapin.

Deux fois, en outre, je pris des lambeaux sur la muqueuse linguale d'un bœuf, tué à peine depuis une heure. Comme le résultat fut négatif, je passerai sous silence ces deux essais et n'insisterai dans cette note que sur les quatorze expériences précédentes.

Quelques mots sur le petit procédé opératoire que j'ai suivi :

Avant de détacher la muqueuse, je fais périr l'animal en le tenant par les pattes de derrière et en lui portant un coup sur la région cervicale postérieure; puis, à l'aide de deux sections faites avec des ciseaux, je détache la peau de la joue et je dissèque, avec une pince et un bistouri, à sa face interne, le lambeau de muqueuse qui doit être appliqué sur le tissu humain. Le procédé de MM. Ollier et Reverdin exigerait moins de tiraillement et fournirait, je le pense, de semblables résultats. Il suffit de tirer la langue en avant, après avoir écarté les mâchoires, pour enlever la muqueuse linguale, préalablement fixée sur un morceau de liége avec quelques épingles. J'évite autant que possible de laisser à sa face adhérente du tissu musculaire. Ces lambeaux, divisés en d'autres plus petits, de 5 millimètres à 2 et 3 centimètres, ont été immobilisés sur les plaies, tantôt avec des bandelettes de mousseline collodionnées à leur face interne ou simplement à leurs extrémités, tantôt avec de la ouate légèrement comprimée par quelques bandelettes de diachylon. Dans certains cas, j'ai essayé de les recouvrir avec du taffetas gommé ou des plaques de plomb très-minces, tout en ayant toujours recours à une légère et douce compression.

L'immobilité est une condition *sine qua non* de succès. On ne saurait trop insister sur ses avantages ou ses inconvénients suivant qu'on a recours au collodion, à la ouate ou aux bandelettes. Je me propose, dans un prochain mémoire, de discuter ces divers modes de traitement. Peut-être pourrait-on assujettir les lambeaux, s'ils sont étendus, avec quelques points de suture pratiqués avec de la soie et de très-fines aiguilles. Les bandelettes de diachylon, avec ou sans ouate, méritent la préférence quand leur application est possible, mais à la condition qu'on pourra compter sur la docilité des malades et que les tissus resteront immobiles, tout au moins pendant les premiers jours. C'est pour n'avoir pas suffisamment tenu compte de ces préceptes et de l'état des plaies, conditions qui ne m'ont été révélées que par l'expérimentation, que j'attribue de n'avoir réussi que cinq fois, d'avoir eu quatre fois une adhésion douteuse, et d'avoir échoué dans les cinq autres cas.

Cinq cas de succès ont été obtenus :

1° Sur une femme d'un tempérament lymphatique, âgée de vingt-cinq ans, en traitement, dans mes salles à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, depuis trois mois, pour un ulcère calleux placé en avant de la crête du tibia gauche. Contre cet ulcère, après avoir inutilement essayé la cautérisation et l'emploi des bandelettes, j'avais vainement tenté l'autoplastie par glissement, pour remédier à une perte de substance longue de 5 centimètres et large de 2 centimètres. Je le recouvris, le 1er juillet 1872, quelques heures après une légère cautérisation au nitrate d'argent, avec deux lambeaux muqueux. Ils furent immobilisés avec une couche d'ouate et des bandelettes de diachylon. Le 3 juillet, j'enlevai l'appareil; l'adhésion était parfaite. Ayant incisé avec des ciseaux une de ces greffes qui adhérait au pansement, je vis apparaître quelques gouttelettes de sang.

L'épiderme était blanchâtre, en partie soulevé par un peu de liquide.

Deux jours après ce premier pansement, l'épiderme était détaché et les greffes présentaient une coloration rougeâtre. Leur tissu était ramolli; on observait à leur face superficielle un aspect tomenteux, rappelant la consistance de la muqueuse de l'intestin grêle.

La cicatrisation n'apparut sous la forme d'un liséré blanchâtre à la circonférence que le dix-huitième jour; elle était complète le trentième. Les greffes s'étaient affaissées et étaient de niveau avec les tissus ambiants. Leur coloration resta pendant plusieurs jours d'un rouge clair et ne prit celle de la peau que six semaines après l'opération, au moment de la sortie de la malade.

2° Sur une autre femme, âgée de trente ans et atteinte d'ulcères syphilitiques à la partie antérieure de la jambe droite, j'appliquai deux petites greffes muqueuses prises sur la langue d'un lapin le 7 juillet. Ces petites plaies, d'une étendue de 1 centimètre, avaient été cautérisées quelques jours auparavant.

Au troisième jour, il y avait adhérence, et la cicatrisation était terminée le vingt-cinquième jour.

3° J'obtins également une adhérence intime sur une femme âgée de quarante-cinq ans, et qui, à la suite de brûlures profondes à la tête et à la face déterminées par de l'axonge bouillante, était affectée depuis trois ans d'un ectropion à la paupière supérieure gauche et d'un double ectropion à droite. Le 1er juillet, je pratiquai sur l'œil gauche la blépharorrhaphie, en présence de M. Geury, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille, de M. Cuignez, chirurgien-major et de nombreux élèves de l'école de médecine. Dans l'incision libératrice faite à la paupière supérieure, je déposai deux petites greffes de 1 centimètre, empruntées à la joue d'un lapin; elles furent immobilisées avec des bandes de mousseline collodionnées. Le cinquième jour, pour enlever les sutures placées sur les paupières, je fus obligé d'arracher un de ces lambeaux, très-adhérents à l'appareil; il en résulta un petit écoulement sanguin qui était une preuve de leur parfaite adhérence. Au-dessous, les surfaces ressemblaient par leur coloration à une plaie récente.

Le 8 juillet, les tissus étaient en voie de suppuration. J'y plaçai deux nouvelles greffes muqueuses qui se gangrenèrent, comme nous nous y attendions. Elles furent soulevées par le liquide purulent.

Le 15 juillet, la plaie de la paupière supérieure était granuleuse; je la couvris d'un petit lambeau muqueux, au-dessus duquel je plaçai un morceau de taffetas gommé immobilisé avec de la ouate et des bandelettes de diachylon. Le lambeau fut rejeté et quelques jours après tout était cicatrisé.

Ce mode de pansement nous paraît défectueux et ne doit pas être employé à cause du glissement du taffetas.

L'opération que je devais tenter sur l'œil droit était plus délicate que la précédente : j'avais affaire à un double ectropion. La transformation en tissu cicatriciel de la peau du crâne, du front, des paupières et de la joue de ce côté, devait consti-

tuer un obstacle invincible à la blépharorrhaphie, à moins de pratiquer une longue incision curviligne encadrant les deux tiers externes des bords libres des cartilages tarses. C'est ce que je fis, le 13 juillet, après avoir endormi la malade. Je passe sous silence les détails de cette longue et laborieuse opération, qui dura près de deux heures. Les bords libres des paupières furent avivés, puis cousus avec six points de suture. Grâce à cette incision libératrice, les voiles palpébraux devinrent libres, flottants, et recouvrirent le globe oculaire sans être soumis au plus léger tiraillement. Je déposai sur les surfaces saignantes, dans une étendue en haut et en bas de 1 centimètre, quatre petites greffes, dont trois avaient été empruntées à la langue ou aux joues d'un lapin et la quatrième prise directement sur l'avant-bras de la malade. Cette dernière seule adhéra, les autres se gangrénèrent. Cet insuccès fut la conséquence d'un défaut d'immobilisation. J'eus au moins la satisfaction, le quatrième jour, au moment de la levée de l'appareil, et après avoir retiré les sutures, de constater que l'opération de blépharorrhaphie avait parfaitement réussi comme celle du côté opposé.

Ayant quitté le service pour le céder à M. Paquet, je ne fis pas une nouvelle application de greffes à la période granuleuse et laissai cicatriser naturellement la large plaie que j'avais pratiquée dès le début sur les deux tiers externes du releveur des paupières, travail qui fut terminé le 13 septembre.

Plus tard, de nouveaux essais d'anaplastie muqueuse pourront être renouvelés dans de meilleures conditions, n'ayant plus à nous occuper de l'occlusion des paupières, qui est très-intime pour les deux yeux. Nous sommes disposé à la maintenir pendant plusieurs mois, afin d'empêcher la récidive des ectropions et de permettre aux larges cicatrices du front, du cuir chevelu et de la joue d'épuiser leurs efforts rétractiles.

Cette occlusion ne sera pas très-pénible pour notre malade, la perception des objets pouvant se faire par l'espace que nous avons laissé libre, au quart interne des voiles palpébraux.

Les autres expériences, faites également à l'hôpital Saint-Sauveur, eurent pour sujets :

1° Un enfant de cinq ans, qui présentait, depuis plus d'un an, par suite de brûlure, une adhérence du pouce gauche dans la paume de la main. Le petit malade s'agita tellement sitôt l'opération, que son appareil contentif se desserra et empêcha toute adhésion.

2° Une femme de cinquante ans, atteinte d'une gangrène partielle de la peau de la jambe gauche, au tiers inférieur et externe. Après l'élimination de l'eschare, et alors que la cicatrisation était très-avancée, j'appliquai trois greffes muqueuses de lapin, qui se détachèrent en partie le troisième jour et complétement vers le quatrième et le cinquième.

En général, voici quelles sont les modifications imprimées aux lambeaux adhérents :

Dès le troisième jour, l'épiderme se détache, la greffe se gonfle, se vascularise, et sa surface libre devient villeuse, offrant une certaine analogie avec la muqueuse de l'intestin grêle. Cette surface les jours suivants reste rouge, molle et n'arrive que très-lentement à sa cicatrisation. Quelquefois la résorption la détruit ou l'amincit notablement. M. le docteur Folet, qui avait assisté à mes expériences du 1er et du 7 juillet, a également constaté, en les répétant, la disparition d'une greffe qu'il avait placée sur l'avant-bras gauche d'un de ses malades, et qui tout d'abord promettait le plus heureux succès. Je me propose d'étudier d'une manière toute spéciale ce curieux phénomène, mentionné par Bert mais nié par Reverdin

Conclusions. — De ces premières expériences d'anaplastie animale à l'aide des muqueuses linguale et buccale, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les greffes muqueuses prises sur la joue ou sur la langue du lapin, comme les greffes dermo-épidermiques cutanées humaines, peuvent prendre racine sur l'homme.

2° On peut les appliquer aux périodes saignante et granuleuse, mais jamais à la période de suppuration.

3° De nouvelles recherches sont indispensables pour faire connaître le meilleur mode d'immobilisation et l'époque à laquelle on doit lever le premier appareil, que je fixe au deuxième ou troisième jour.

4° Au moment où s'établissent les liens vasculaires, l'épiderme se détache, le derme s'enflamme, se ramollit, se désagrége et perd ses propriétés physiologiques pour devenir un véritable tissu pathologique, ayant quelque similitude avec le produit cicatriciel, moins la rétractilité.

L'examen optique révélera s'il y a, en effet, destruction du système glandulaire.

6° L'adhésion, d'après mes quatorze expériences, n'a eu lieu que cinq fois, et quatre fois le résultat a été douteux.

7° Deux essais avec la langue du bœuf ont été négatifs, à cause de l'état de la plaie ou du pansement.

Ces recherches, quoique très-incomplètes, engageront, je l'espère, les physiologistes et les chirurgiens à recourir à la muqueuse d'un animal; mais je pense que, pour éviter le travail de résorption, il serait convenable d'emprunter, autant que faire se pourrait, le lambeau à un animal se rapprochant par la taille de celle de l'homme.

L'avenir décidera s'il n'y a pas lieu de donner la préférence à la muqueuse buccale ou linguale du bœuf ou du mouton. J'ai simplement voulu prouver qu'on pouvait greffer sur des plaies ou des ulcères des muqueuses prises sur des animaux, tout en engageant les expérimentateurs à ne pas se faire illusion sur la fréquence des insuccès par ce mode d'anaplastie. A tous égards, il sera toujours très-intéressant de suivre, à l'aide de la clinique et du microscope, les modifications qu'imprimera l'absorption moléculaire à ces greffes muqueuses, dont les propriétés physiologiques diffèrent d'une manière si évidente de celles de l'organisme humain. Si j'ai le bonheur de lancer mes confrères dans une nouvelle voie de réparation des tissus, je me croirai suffisamment récompensé de mes efforts.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. CHEVREUL.

Propriétés antifermentescibles et action physiologique du silicate de soude, par MM. *A. Rabuteau* et *F. Papillon*. — M. *Dumas* vient de faire voir l'utilité de rechercher l'influence des corps, non-seulement sur les organismes supérieurs, mais encore sur les êtres microscopiques, et, en général, sur les substances, organisées ou amorphes, auxquelles est départi l'ouvrage complexe des fermentations. MM. Rabuteau et Papillon viennent de reprendre les expériences avec le silicate de soude. Ils montrent par des expériences que ce sel, à certaine dose, met obstacle aux fermentations lactique, amygdalique, alcoolique et à celle de l'urée. « Dès aujourd'hui, ajoutent-ils, on comprend les effets du borax, employé depuis longtemps dans certaines affections, telles que le muguet, et l'on est en droit de signaler aux praticiens les propriétés du silicate de soude, comme probablement efficaces, à des degrés divers, contre les maladies parasitaires, infectieuses, virulentes, putrides, etc. Il serait téméraire d'affirmer que ces sels triompheront d'aussi redoutables états; mais c'est du moins une conjecture plausible et rationnelle, qu'il convient de soumettre, sans tarder, à l'épreuve des faits. »

M. *Dumas* rappelle qu'il est arrivé aux mêmes conclusions. (*Commissaires :* MM. Dumas, Claude Bernard et Bouley.)

Parasitisme végétal dans les altérations du pain. Mémoire de MM. *F. Rochard* et *Ch. Legros*. — Il résulte de ces recherches

que les moisissures variées qui se développent sur le pain ne constituent pas une sorte de maladie épidémique, résultant de la présence de certains germes dans l'atmosphère, mais qu'elles surviennent lorsque le pain est mal fabriqué, avec une farine inférieure, et conservé dans de mauvaises conditions. Les cryptogames observés par les auteurs sont les champignons orangés : *Oidium aurantiacum*, et *thamnidium; l'Aspergillus glaucus*, le *Penicilium glaucum* (ces deux derniers forment les taches vertes du pain), le *Rhisopus nigricans*, formant les taches noires ; enfin, le *Mucor mucedo* et le *Botrytis grisea* formant les taches blanches. Les auteurs ont constaté que du pain contenant des champignons orangés n'avait aucun effet nuisible sur les rats. (Renvoi à la Commission nommée pour l'*Oidium aurantiacum*.)

Fièvre jaune. — M. *le Ministre de l'Instruction publique* transmet à l'Académie de nouvelles Etudes sur la fièvre jaune, par M. *J. Capello*, imprimées à Lima, en espagnol, et un article d'un journal de Lima, publié en français, sur un ouvrage de M. *Ch. Tasset*, traitant du même sujet.

Ces diverses pièces, qui ont d'abord été soumises à l'examen de M. Roulin, seront renvoyées, conformément à l'opinion exprimée par lui, à la Commission des prix de médecine.

Connexion entre le système nerveux et le système musculaire dans les Hélices. Note de M. *H. Sicard*. — Par suite de certaines dispositions, les centres nerveux liés aux muscles subissent des déplacements, en rapport avec les changements de forme que le corps éprouve quand l'animal se rétracte ou se déploie ; et les nerfs eux-mêmes, grâce à l'enveloppe musculaire dont ils sont pourvus, pouvant s'allonger ou se raccourcir, forment des liens actifs qui interviennent dans les modifications qu'entraînent les mouvements de l'animal.

Phylloxera. — L'Académie reçoit sur ce sujet diverses communications de MM. *Lichtenstein*, *A. Rainaud*, *Peyral*, et *Louvet*.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Godefroy* sur une épidémie de variole qui a régné en 1871 dans l'arrondissement de Vienne (Isère). — *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements de la Somme, des Basses-Alpes, de la Creuse, de la Drôme, de l'Aveyron, de l'Ariége, du Finistère et du Nord. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Berchon* (de Pouillac) et *Mahier* (de Château-Gontier), qui se présentent comme candidats au titre de membres correspondants. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Ricque*, médecin-major, sur les vaccinations des soldats du train des équipages de l'armée de Versailles. (*Commission de vaccine.*)

M. *Amédée Latour* présente, au nom de M. le docteur *Bourdin*, une brochure intitulée : Cerise ; sa vie et ses œuvres.

M. *Verneuil* présente un volume intitulé : Leçons sur les nerfs vaso-moteurs, sur l'épilepsie et sur les actions réflexes, par M. le docteur *Brown-Séquard*, traduit de l'anglais par M. le docteur *Béni-Barde.*

M. *Briquet* dépose sur le bureau un exemplaire du discours prononcé par M. le docteur *Delasiauve* à la distribution des prix des enfants de la 5e division de la Salpêtrière.

M. *Depaul* présente une note de M. *Michel de Messing* (de Florence) sur une nouvelle manière de tamponner la cavité de l'utérus pendant les hémorrhagies puerpérales, avec l'appareil destiné à pratiquer le tamponnement. (*Comm.* : MM. Blot, Jacquemier et Turnier.)

M. *Amédée Latour*, en offrant en hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur *Bourdin* (de Choisy-le-Roi), une notice biographique sur *Cerise*, a trouvé l'occasion de consacrer quelques nobles paroles à la mémoire de ce médecin éminent et regretté, qui, voulant sortir modestement de la vie, avait recommandé le silence autour de sa tombe.

« M. Bourdin a été l'un des nombreux, mais des plus particuliers amis de Cerise ; aussi a-t-il écrit sa vie, si remplie de belles et de bonnes œuvres, avec la mémoire du cœur et l'attendrissement de l'affection. Cependant, la vérité historique n'aura rien à retrancher dans cette biographie, où Cerise est peint ce qu'il était, homme aimable et bon, médecin compâtissant et charitable, faisant servir toutes les ressources de la science et de l'art, toutes les richesses de l'esprit et du cœur, au soulagement de ses malades. »

Recherches sur quelques questions relatives a la septicémie. — Tous ceux qui s'intéressent au progrès des sciences médicales seront heureux de constater, avec nous, que la pathologie expérimentale est entrée définitivement à l'Académie de médecine, d'où l'avaient écartée jusqu'à présent les traditions et les tendances dogmatiques de la savante compagnie. Le mérite de cette conversion revient surtout à M. Davaine, bien qu'il soit juste de reconnaître qu'elle avait été préparée déjà par les tentatives de MM. Colin, Chauveau, Vulpian et Verneuil. La pathologie expérimentale, comme toute création récente, est encore indécise et confuse; elle manque de précision et de formes arrêtées ; et l'on comprend les réserves très-sages que M. Chauffard a opposées, dans le cours de la discussion, à l'introduction prématurée de cette nouvelle venue dans le domaine de la clinique. Mais de ce que les premiers résultats obtenus soulèvent des doutes et paraissent difficiles à accorder avec les données de l'observation pure, est-ce une raison pour s'arrêter dans la voie féconde et pleine de promesses où s'est engagée l'école physiologique contemporaine ? Non; car la contradiction dans les faits n'est qu'apparente, et peu à peu la vérité se dégagera d'elle-même de cette obscurité éphémère.

Déjà les nouvelles expériences communiquées aujourd'hui par M. *Davaine* à l'Académie, élucident deux questions importantes, que sa première note sur la septicémie avait laissées irrésolues. Faites sur des rats, des souris et des poulets, elles tendent à démontrer que les diverses espèces d'animaux sont diversement impressionnées par le virus septicémique ; que ce virus respecte les oiseaux, comme le virus charbonneux, et qu'il agit sur les mammifères avec un degré d'énergie qui n'est pas en rapport avec la masse ou le volume de l'animal, mais avec son aptitude propre ou la nature de son milieu intérieur.

Ces expériences prouvent encore que, contrairement à ce qu'on eût pu supposer, le sang le moins ancien est le plus virulent; que le degré de septicité du sang putréfié à l'air libre et dans les conditions ordinaires n'est point en rapport avec l'intensité de sa fétidité; et que, loin de devenir de plus en plus toxique en vieillissant, il perd, après quelques jours, une partie de la virulence qu'il avait d'abord acquise.

De l'ensemble des faits exposés dans ce travail, M. Davaine croit pouvoir conclure à l'identité du virus de la septicémie avec le ferment de la putréfaction. De sorte que la septicémie, en dernière analyse, ne serait, suivant lui, qu'une putréfaction qui s'accomplirait dans le sang d'un animal vivant.

Il est permis de trouver cette généralisation un peu prématurée. Jusqu'à présent, en effet, M. Davaine n'a opéré que sur certaines espèces d'animaux et sur des animaux de petite espèce. Sa conclusion ne peut donc s'appliquer d'une manière légitime et rigoureuse qu'aux rongeurs qu'il a pris pour sujets de ses recherches.

Les expériences, si curieuses et si intéressantes de M. Davaine, sont donc incomplètes et insuffisantes en ce qu'elles ne portent que sur de petites espèces animales. M. *Bouley*, qui déjà avait signalé ce desideratum dans la dernière séance, a voulu le combler en instituant une série d'expériences comparatives sur les chevaux, les lapins et les cobayes. Un cheval, un cobaye et quatre lapins ayant été inoculés en même temps avec une dilution presque infinitésimale de sang putréfié, le cheval est tombé malade, le cobaye n'a éprouvé aucun accident, et les quatre lapins sont morts quelques heures après l'inoculation, en poussant des cris analogues aux cris des animaux qui succombent au charbon. Un cinquième lapin, inoculé avec le liquide de la maladie qu'on appelle le *choléra des poules*, a subi le sort des autres lapins. D'où il résulterait que les lapins jouissent d'une réceptivité toute particulière pour les virus.

M. Bouley vient d'inoculer sur quatre chevaux dix gouttes de sang septicémique; il fera connaître, dans la prochaine séance, le résultat de ces expériences.

Ce qui ressort le plus clairement des recherches de M. Davaine et de M. Bouley, c'est que le sang septicémique agit à la manière d'un virus, qu'il empoisonne et tue, dans un temps plus ou moins rapide, les lapins, les cobayes, les rats et les souris. Mais quels sont les symptômes de cette intoxication? et quelles lésions laisse-t-elle après elle? Les troubles fonctionnels et les altérations anatomiques de l'empoisonnement par le sang septicémique offrent-ils quelque ressemblance ou quelque analogie avec les symptômes et les lésions de la septicémie traumatique des opérés ou des blessés? Observe-t-on notamment quelque phénomène analogue à la fièvre traumatique: frissons, fréquence du pouls, élévation de la température? Et lorsque l'intoxication suit une marche lente, chronique, trouve-t-on des abcès métastatiques dans les viscères, dans les muscles ou dans les articulations des animaux ?

Telles sont les importantes questions que M. *Verneuil* et M. *Gosselin* posent à M. Davaine, et dont la solution pourrait jeter un si grand jour sur la nature et le mécanisme de la septicémie chirurgicale.

M. Davaine répond qu'il n'a rien à ajouter à la description si exacte que MM. Coze et Feltz ont donnée des symptômes de la septicémie expérimentale. Le fait le plus remarquable et le plus constant est une très-notable élévation de la température chez les animaux inoculés. Quant aux lésions anatomiques, il n'en existe point d'apparentes. Les tissus sont intacts. Seul, le sang est altéré; encore cette altération ne s'est-elle manifestée jusqu'à présent, sous le champ du microscope, que par l'extrême facilité avec laquelle les corpuscules sanguins abandonnent la matière colorante. Mais ce qui prouve bien que le sang est malade, qu'il est la cause unique de la mort des animaux, c'est que, pris sur un sujet inoculé, quinze ou vingt jours après l'inoculation, il conserve encore toute sa puissance toxique, et la faculté de tuer d'autres animaux.

Suivant M. *Chauffard*, qui intervient dans le débat, l'observation clinique proteste contre ces rapprochements et ces analogies que l'on cherche à établir entre la septicémie expérimentale et la septicémie chirurgicale. Les faits rapportés par M. Davaine n'ont aucune ressemblance ni de symptômes ni de lésions avec la fièvre traumatique, l'infection purulente et l'infection putride. Ces deux maladies elles-mêmes diffèrent profondément l'une de l'autre, et M. Chauffard regrette vivement la confusion que tend à introduire dans les idées et dans le langage ce mot obscur et vague de septicémie. C'est un tort aussi, à ses yeux, d'assimiler ensemble, comme l'a fait M. Davaine, les poisons, les ferments et les virus. Les virus ont des caractères spécifiques qui ne permettent pas de les confondre avec d'autres agents morbigènes.

Quant à la théorie qui prétendrait trouver dans la septicémie expérimentale de M. Davaine une explication de l'infection purulente, elle est contredite et condamnée d'avance par cette expérience bien connue de M. Chauveau, qui vit mourir en trente-six heures un cheval auquel il avait injecté dans le tissu cellulaire quelques gouttes de pus fétide délayées dans trois parties d'eau et prises sur un séton que ce même cheval portait au cou depuis longtemps. Ainsi, voilà un pus fétide qui séjourne, pendant des mois entiers, sur la surface vive et absorbante d'une plaie sans produire le moindre accident, sans altérer en rien la santé de l'animal; et le même pus, dilué dans une grande quantité d'eau et injecté sous la peau du même animal, l'empoisonne et le tue en quelques heures. Il y a dans cette expérience de quoi donner à réfléchir à ceux qui seraient tentés d'appliquer hâtivement les expériences de M. Davaine à l'interprétation des faits cliniques.

En tout cas, dans l'état de la question, M. Chauffard refuse les propriétés et le nom de virus au pus putride et au sang dit septicémique.

M. *Davaine* réplique que le mot septicémie convient fort bien à l'ensemble des faits qu'il a exposés devant l'Académie; mais il ajoute que ce mot n'a pas la même clarté dans le langage chirurgical.

Tolle général dans le camp des chirurgiens! MM. Chassaignac, Verneuil et Giraldès se lèvent et demandent à la fois la parole.

M. *Chassaignac* définit l'infection purulente et l'infection putride, et prouve que rien n'est plus net, mieux déterminé et plus distinct que ces deux états pathologiques.

M. *Giraldès* soutient que les expériences de M. Davaine confirment pleinement celles de Panum et de Otto Weber, et qu'elles donnent une consécration définitive à la nouvelle doctrine de la septicémie chirurgicale et du virus traumatique.

M. *Verneuil*, renchérissant sur M. Giraldès, se flatte d'avoir un des premiers remis en honneur et employé, en chirurgie, le mot *septicémie*, ce mot trop longtemps dédaigné, mot excellent, un des meilleurs, sans contredit, qu'ait imaginés M. Piorry.

M. Verneuil rappelle succinctement les caractères de la septicémie chirurgicale, et montre que ces caractères reproduisent fidèlement, exactement, les symptômes d'une affection accidentelle, expérimentale, qu'on provoque chez les animaux en introduisant dans leur sang une matière putride, septique, soit directement par les veines, soit indirectement par le tissu cellulaire sous cutané, comme l'a fait M. Davaine.

Ces expériences ont donc une portée considérable; elles confirment, en les complétant, celles de Raimbert, celles de Coze et Feltz. Elles mettent en évidence le fait énorme de la culture des poisons et des virus; elles jettent ainsi un jour nouveau sur le développement et la marche des épidémies.

Telle n'est pas cependant l'opinion de M. *Chauffard*, qui demande par quel effort de raisonnement, par quel artifice d'exégèse, on pourra faire servir le phénomène de la septicémie expérimentale et de la culture du virus septicémique à l'explication de la marche et de l'évolution des épidémies de variole et de choléra.

M. *Davaine* maintient qu'il y a une grande analogie entre la multiplication du sang septicémique et la propagation du choléra et de la fièvre jaune. Ces maladies tirent leur origine de matières putréfiées, et un seul homme suffit pour répandre la contagion dans une contrée et pour engendrer une épidémie, comme un seul animal inoculé suffit pour communiquer à des milliers d'animaux l'infection septicémique.

M. *Bouley*, rappelant les expériences de M. Gohier (de Lyon), qui établissent que le sang peut être rendu imputrescible par le tannin, et les observations de Delafond, qui démontrent que la gale ne se développe pas sur des moutons sains, gras et bien nourris, tandis qu'elle pullule sur les mêmes animaux amaigris et cachectiques, M. Bouley demande s'il ne serait pas possible, grâce à un traitement préalable, de rendre un organisme réfractaire à la septicémie et de prévenir ainsi ou d'arrêter sa propagation.

M. *Blot* rappelle que le borate et le silicate de soude possèdent la propriété de retarder la putréfaction du sang et des urines.

M. *Giraldès* cite les expériences du docteur Poli en faveur de l'hyposulfite de soude.

M. *Davaine* a constaté expérimentalement que le borate de soude est un mauvais antiseptique.

La discussion est remise à une prochaine séance, et la parole sera donnée à M. Colin.

A. Linas.

REVUE DES JOURNAUX.

L'essence de térébenthine comme antidote dans l'empoisonnement par le phosphore, par le docteur Kohler.

L'efficacité de l'essence de térébenthine pour combattre l'empoisonnement par le phosphore est démontrée par des observations cliniques fort concluantes, bien qu'elles ne soient pas encore très-nombreuses, mais l'expérimentation prouve surabondamment la puissance de l'essence de térébenthine. M. Personne (voy. *Gaz. heb.*, 1869, p. 158) avait conclu de ses expériences que l'essence de térébenthine agit en empêchant le phosphore de brûler aux dépens de l'oxygène, soit à l'air libre, soit dans l'économie animale. M. Kohler, de Halle, dès l'année 1870, a montré que l'essence de térébenthine se combine avec le phosphore sous forme d'un composé cristallisé (voy. *Gaz. hebdomad.*, p. 778, 1870). L'intérêt que présentent ces études nous engage à reproduire les conclusions principales des travaux de Kohler qu'il a présentées sous une nouvelle forme.

L'auteur s'est proposé d'étudier le mode d'action de diverses sortes d'essence de térébenthine qui peuvent être employées; il a directement mis du phosphore dans les diverses essences de térébenthine, et dosé la quantité de substance cristallisable qu'il nomme l'acide térébenthino-phosphoreux, et qui se produit en maintenant le mélange à une température de 30 à 40 degrés centigrades.

Lorsque l'essence de térébenthine contient de l'oxygène en grande quantité, l'acide térébenthino-phosphoreux n'est formé qu'en très-petite quantité, et par conséquent il faut employer une bien plus grande dose d'essence.

La combinaison entre l'essence et le phosphore ne s'effectue que dans le tube digestif. Des expériences nombreuses dans lesquelles l'auteur injectait l'une des substances dans l'estomac, l'autre sous la peau, ou encore dans le rectum, se sont toutes terminées par la mort, parce que l'essence ne peut agir que mise en contact avec le phosphore.

La partie la plus utile en pratique de ce travail concerne le mode d'ingestion de l'essence. Les faits cliniques ne permettent pas de déterminer avec précision la limite de temps qui, séparant l'ingestion du phosphore et celle de l'antidote, permet l'action de ce dernier. Dans une observation l'antidote a pu encore agir onze heures après l'ingestion du phosphore. Cependant on sait que si le phosphore rencontre dans l'estomac des matières grasses, quelques heures suffisent pour son absorption. Il est plus facile de fixer les doses de l'antidote.

En effet, l'expérimentation démontre que pour transformer un centigramme de phosphore, il faut un gramme d'essence de térébenthine rectifiée du commerce, en d'autres termes il faut cent fois plus d'essence que de phosphore. Mais si l'on emploie l'essence non rectifiée ou rectifiée depuis longtemps, il suffit de cinquante fois autant d'essence que de phosphore. Dans les cas d'empoisonnement par la pâte phosphorée qui est très-riche en phosphore, il serait utile de dépasser la dose de 10 grammes d'essence. Le meilleur mode d'ingestion est l'emploi de capsules gélatineuses qui peuvent contenir jusqu'à 5 grammes. Il faut rejeter toute émulsion parce que de la graisse ou l'huile favorise l'absorption du phosphore.

M. Kohler termine par une étude complète des transformations chimiques qui s'opèrent entre l'essence et le phosphore, celles-ci s'effectuent dans l'économie et dans les expériences chimiques d'une manière exactement semblable. L'essence et le phosphore se transforment en acide térébenthino-phosphoreux qui doit chimiquement être rapproché des diverses espèces de camphres. Ce composé n'est probablement pas entièrement innocent, et par lui-même peut posséder des propriétés toxiques à haute dose; cependant plusieurs grammes du composé injectés dans l'estomac des chiens sont à peu près inoffensifs.

L'acide térébenthino-phosphoreux est éliminé par les urines, dans lesquelles on retrouve cette substance dont l'odeur est analogue à celle du baume opodeldoch. L'explication donnée par M. Personne, à savoir que l'essence agit en empêchant l'oxydation du phosphore, n'est donc pas exacte, puisqu'au contraire le phosphore, sous l'influence de l'essence de térébenthine, s'oxyde, passe à l'état d'acide phosphoreux, et l'oxygène lui est fourni par l'essence et non par les gaz du sang. (*The British and for. medico-chirurg. Review*, juillet 1872.)

Travaux à consulter.

Observations de tumeur ostéoïde de la région inguinale, par le docteur Pennetier. — Il s'agit d'une tumeur de la région inguinale droite présentant 20 centimètres de long sur 15 de large, dure, immobile, occupant une partie de la fosse iliaque la région inguinale et descendant vers la moitié antérieure de la cuisse. La peau s'ulcéra et laissa à découvert une tumeur dure de consistance osseuse rappelant l'aspect d'un os nécrosé. La tumeur se détacha spontanément; elle présentait le volume d'un crâne d'adulte. Il est bien regrettable qu'on n'ait pas fait une étude anatomo-pathologique complète de cette tumeur. (*Union médicale de la Seine-Inférieure*, n° 27, 1870.)

Mémoire sur la chondrine, par les docteurs Moleschott e Fubini. — Les conclusions de ce travail ont été lues à l'Académie de Turin, et renferment des données cliniques importantes sur les réactions de la chondrine, et en particulier sur l'action de l'acide acétique. (*Giornal della R. Academia di medic. di Torino*, n° 8, 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Étude sur le coup de chaleur (maladie des pays chauds), par le docteur P. Hestrès. In-8 de 133 pages, chez A. Delahaye. Paris, 1872.

Ce n'est que dans ces dernières années, pendant la campagne des Anglais dans l'Inde, que des médecins instruits et bons observateurs, frappés de la fréquence des morts presque subites qui dépeuplaient l'armée pendant la saison des grandes chaleurs, étudièrent avec soin les phénomènes morbides contre lesquels ils avaient si fréquemment à lutter, et comprirent qu'ils avaient affaire à une maladie inconnue ou plutôt méconnue jusque-là. Chacun, interprétant à son point de vue la pathogénie de cette affection, lui appliqua un nom suivant l'idée physiologique qu'il s'en faisait, ou suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, de là une synonymie assez étendue et assez variée, qui ne contribue pas peu à jeter la confusion dans les esprits. *Ictus solis, sun stroke, heat stroke, heat apoplexy, apoplexy of the hot winds* (Lindsay), *sun fever, heat affection* (Handfield James), *erethismus tropicus* (Taylor), *Siriasis, Sonnenchlag, Insolation, Sideration* (Delacoux), *coup de soleil, coup de chaleur, mort subite par la chaleur.* — A toutes ces désignations l'auteur préfère celle de *coup de chaleur*, qui offre l'avantage de ne rien faire préjuger de la nature intime de l'affection, et il décrit sous ce nom les phénomènes morbides produits par l'influence pernicieuse d'une chaleur intense, soit naturelle, soit artificielle.

Cette affection frappe l'homme au milieu de la santé la plus florissante, souvent d'une façon soudaine, à la manière de l'apoplexie cérébrale, et quelquefois aussi après le développement de quelques phénomènes prémonitoires très-caractéristiques.

Elle se manifeste symptomatologiquement par la perte de connaissance, une dyspnée intense, la sécheresse et la chaleur excessives du corps, les convulsions toniques et cloniques, le stertor et le coma. Anatomiquement, elle est caractérisée par une rigidité, une dureté considérable du cœur et du dia-

phragme qui sont véritablement coagulés, et par la congestion le plus souvent très-intense des deux poumons. Un caractère constant et essentiel la différencie nettement des simples congestions et apoplexies pulmonaires ou cérébrales, c'est la chaleur excessive du corps qui se montre déjà comme phénomène prémonitoire, atteignant 44 degrés et même 45 degrés centigrades, et persiste longtemps encore après la cessation de la vie.

Le coup de chaleur reconnaît pour cause essentielle la hauteur thermométrique, en d'autres termes l'élévation extrême de la température extérieure combinée avec une forte tension hygrométrique; aussi la vraie patrie de cette affection est-elle la portion du globe située sur la zone torride.

Les races colorées sont moins sujettes à cette maladie que la race blanche; elles doivent ce privilége à la couche pigmentaire du *rete mucosum*, qui les protége efficacement, comme l'a démontré John Davy, contre l'infiltration du calorique dans le corps.

L'action directe des rayons solaires n'est nullement indispensable pour engendrer la maladie; il n'est pas rare, en effet, d'en observer des cas pendant la nuit et dans les premières heures de la matinée (Dempster).

Tout ce qui peut affaiblir la constitution : les marches forcées, les labeurs rudes et prolongés, l'encombrement, les vêtements trop lourds et trop chauds, les fatigues, les privations et surtout les habitudes alcooliques sont des causes prédisposantes qui enlèvent à l'économie toute sa force de résistance et qui mettent l'organisme à découvert en présence de la maladie.

L'auteur réduit à une forme unique la plupart des divisions artificielles admises par Morhead, Hunter, Aïtken et W. J. Moore; mais il lui reconnaît deux degrés : Dans l'un, le mal frappe subitement, brusquement; les symptômes se montrent d'emblée avec une intensité maxima; la mort est presque inévitable et rapide. Dans le second degré, l'affection arrive graduellement et se fait annoncer par une série de phénomènes prémonitoires. Chacun de ces degrés offre deux périodes (à moins que la mort ne soit soudaine) : une première, ou période d'excitation, et une seconde, ou période de dépression, de coma.

Après avoir déduit des nombreux phénomènes précurseurs ceux qui sont généralement communs à une foule d'autres affections, tels que la céphalalgie, les nausées, les vomissements, les vertiges, la faiblesse, l'anorexie, etc., il reste un groupe de symptômes vraiment caractéristiques : *chaleur excessive de la peau, constriction épigastrique, besoins pressants et incessants d'uriner* ; telle est la trilogie pathologique qui indique nettement qu'un individu a la vie menacée par le coup de chaleur.

L'affection peut se terminer de différentes manières, selon les cas, la force de résistance du sujet et l'intensité du mal.

1° Dans les cas les plus graves, le sujet meurt subitement au bout de quelques minutes, d'une demi-heure, d'une heure au plus. Le mal est foudroyant.

2° Le patient peut résister un temps plus ou moins long, vingt-quatre heures, deux jours au plus; puis quelques mouvements convulsifs se produisent, et la mort a lieu comme dans le cas précédent.

3° Après quelques jours de durée, une fièvre intermittente pernicieuse vient se greffer sur l'affection primitive, et le patient est rapidement emporté par ce nouvel état morbide (Bonnyman, Pirrie, Mac Clean).

4° Le malade guérit plus ou moins rapidement d'une manière complète, conservant seulement une grande faiblesse; ou bien il est tourmenté, pendant un laps de temps indéterminé, par différentes manifestations morbides qui persistent souvent avec une grande ténacité (céphalalgie fixe ou mobile, rachialgie, amblyopie, photophobie ou mieux héliophobie, paracausie, cophose, Thinn de Sanghaï).

5° Chez les naturels, cette affection est beaucoup moins souvent mortelle que chez les individus non acclimatés; elle dégénère le plus souvent en *causus* (fièvre rémittente bilieuse ou fièvre ardente, Gibson, de Bombay).

Après avoir étudié les suites du coup de soleil, son diagnostic et son pronostic, et présenté un court aperçu de la statistique mortuaire de cette affection, M. Hestrès consacre un long et intéressant chapitre à l'examen des diverses opinions émises sur le mode de sa production. Dans cette revue pathogénique, il divise en trois groupes les principales théories qui ont été proposées par les auteurs, et il s'appuie pour les juger sur les travaux des physiologistes modernes, surtout sur le récent et remarquable mémoire de M. Vallin, professeur agrégé au Val-de-Grâce (*Arch. gén. de méd.*, 1870-1872). Ne pouvant suivre l'auteur dans tous les détails de cet exposé analytique, nous nous bornerons à résumer ici les hypothèses les plus accréditées, que nous ferons suivre de l'explication pathogénétique donnée par l'auteur.

1° *L'affection est le résultat d'une altération du sang.* — Cette altération varie suivant les observateurs : défaut d'oxygénation du sang et, par suite, accumulation d'acide carbonique dans ce fluide (Bonnyman); intoxication par rétention des matériaux de déchet (Perrie, Mac Clean, Riecke, Ranald Martin); état acide du sang (Wood); intoxication urémique (Obernier); dilatation des gaz du sang (Eulenberg et Vöhl); dilatation de la masse sanguine totale (Édouard Smith); augmentation de la coagulabilité et formation de caillot (Herm. Weikard); déshydratation des tissus, épaississement des humeurs et en particulier du sang (Chossat fils).

2° *Le coup de chaleur a son point de départ dans des lésions des centres nerveux.* — Pour Baxter, l'affection est le résultat d'une absorption énergique de la chaleur par le sang, d'une accumulation du calorique qui, circulant avec le fluide sanguin, va paralyser le cerveau et la moelle.

Handfield Jones localise cette paralysie dans certains départements du système nerveux, le plus souvent dans le plexus pulmonaire, et quelquefois dans le plexus cardiaque. «Et comme on sait, dit-il, que l'effet de la paralysie des nerfs vaso-moteurs est la dilatation des artères et l'extinction de la tonicité des capillaires, on voit apparaître l'hypérémie des poumons et une effusion séreuse. La plupart des médecins anglais de l'Inde expliquent tous les accidents de l'insolation par une sorte d'épuisement nerveux; d'autres enfin considèrent la maladie comme le résultat d'une compression de la masse encéphalique, y compris le bulbe, par l'action combinée de l'afflux sanguin d'une part, déterminée par les mouvements violents du cœur, et en second lieu par l'augmentation de volume, l'expansion du liquide céphalo-rachidien (R. Little).

3° *Les accidents dépendent des lésions du système musculaire.* — L'opinion de M. Cotton, qui considère la maladie comme une variété de tétanos spontané, paraît justifiée par les récentes recherches d'Afanasieff, qui a démontré expérimentalement l'influence des modifications thermiques sur l'excitabilité des nerfs moteurs (*Archiv von Reicheirt und Dubois-Reymond*, 1865, p. 691), mais elle a perdu du terrain depuis que la théorie de la coagulation des muscles a été émise et savamment défendue par M. Vallin. D'après les recherches de Kühne, confirmées par les travaux plus récents de MM. Schultze, Hermann et Claude Bernard, on sait, en effet, que sous l'influence d'une température de 45 à 48 degrés centigrades, un fragment de muscle frais d'un animal se coagule presque immédiatement, devient rigide et d'une dureté ligneuse : c'est la substance liquide contenue dans la gaîne de la fibre musculaire qui subit cette coagulation sous l'influence de la chaleur. Toutes les lésions et tous les symptômes observés par M. Vallin et provoqués par l'irradiation solaire sont la reproduction fidèle de ce que l'on observe dans les faits pathologiques étudiés sur l'homme. Or, c'est précisément sur les expériences précédentes que M. Hestrès s'appuie pour édifier sa théorie pathogénétique que l'on peut résumer de la façon suivante : anesthésie des filets sensitifs et des papilles nerveuses

de la peau, d'où suppression de la transpiration par défaut d'excitation des centres nerveux, puis infiltration du calorique allant paralyser les nerfs sensitifs des glandes principales qui, par leur fonctionnement actif, peuvent équilibrer la suppression de la sueur; leur action cesse, par conséquent, sous l'influence de la même cause. Le poumon remplit dès lors à lui seul tout le travail de réfrigération, mais il n'y peut suffire; l'infiltration de calorique prend des proportions plus considérables et, agissant comme excitant des centres nerveux, détermine des convulsions variées, puis produit une dilatation de l'encéphale et de la moelle et par suite la dépression et le coma. Alors commence la rigidité du cœur et du diaphragme, qui amène le ralentissement du pouls et l'asphyxie. Quand la coagulation a atteint une portion assez considérable du muscle cardiaque, l'organe s'arrête et la mort a lieu.

Telle est la théorie proposée par M. Hestrès; elle nous paraît d'autant plus acceptable qu'elle est appuyée par les données expérimentales fournies par les plus habiles physiologistes modernes, et qu'elle a été de nouveau sanctionnée par les recherches savantes de M. Vallin, auquel doit revenir le mérite de la priorité. En revanche, nous serions moins disposé à admettre sans réserve l'interprétation des accidents consécutifs que l'auteur a présentée à la fin de cet intéressant chapitre. Il semble très-porté à admettre qu'il existe dans ces cas une lésion mécanique, un *tassement* (c'est ainsi qu'il s'exprime) des fibres nerveuses du cerveau et du bulbe, et cette lésion expliquerait facilement, selon lui, tous les accidents qui font suite à la maladie et lui survivent parfois très-longtemps. Ne pourrait-on pas plutôt les attribuer simplement à une ischémie cérébrale consécutive à la coagulation des capillaires qui n'ont pu reprendre intégralement leur fonction? Nous nous garderions bien de vouloir substituer cette hypothèse à la précédente, et nous devons laisser à l'avenir le soin d'élucider ce point important de physiologie pathologique qui n'a pas encore suffisamment attiré l'attention des observateurs. Nous en dirons autant des modifications constatées par le professeur Gubler dans les urines de deux malades atteints de coup de chaleur (dans l'un, trois jours après l'attaque, le savant professeur a trouvé une énorme proportion de sucre et d'albumine, et dans l'autre, beaucoup d'albumine, mais aucune trace de sucre).

Quant au traitement, deux indications bien nettes se présentent naturellement à l'esprit : 1° déployer toutes les ressources possibles pour arrêter le mal à son début, dans la période prodromique; 2° lutter énergiquement contre la période comateuse lorsqu'elle s'est déjà manifestée.

Voici comment l'auteur répond à la première indication : « Il faut, dit-il, quand l'affection est à son début, placer immédiatement le malade dans un lieu frais, renouveler par l'agitation l'air qui l'entoure, enlever les vêtements, mettre en usage les affusions froides sur la figure et la poitrine, et pratiquer des frictions étendues et vigoureuses sur les membres, afin d'exciter la peau et de la faire fonctionner. En même temps on administrera à l'intérieur quelques stimulants diffusibles dans le but d'exalter un peu l'action des centres nerveux; on emploiera avec avantage dans ce but le thé, le café, l'acétate d'ammoniaque, etc.

Dans la période d'état de la maladie, M. Hestrès recommande les moyens précédents, auxquels il ajoute l'emploi des irrigations continues sur le crâne, les frictions de toute la surface du corps avec de la glace pilée, qui entre les mains du docteur Lewick ont donné d'excellents résultats (6 guérisons sur 7), l'ingestion d'eau glacée ou de fragments de glace, les lavements d'eau très-froide ou glacée, en ayant soin, ainsi que le fait remarquer Mac Clean, de suspendre le traitement à l'eau froide dès que la température commence à baisser, afin d'éviter une réaction trop énergique et souvent funeste.

Quand toutes les médications ont échoué et que la chaleur se maintient dans toute son intensité, on pourrait, selon M. Hestrès, peut-être employer avec avantage les principaux médicaments de la famille des Solanées, les opiacés et le cyanure de potassium, qui déterminent à doses excessives un abaissement graduel de la température. Il est regrettable qu'aucune tentative de ce genre n'ait encore été faite, mais nous ne doutons pas que la médication antithermique ne produise en pareil cas d'excellents effets.

M. Hestrès termine son travail par seize observations empruntées aux auteurs anglais les plus compétents : Baxter, Baümler, Humphrey Jones, Casey, Holmes Coote, Mac Donald, Langhurst, Gordon, etc. Il a eu soin d'intercaler dans le cours de sa thèse l'excellente observation recueillie par notre collègue et ami Landrieux, pour ménager sans doute l'amour-propre britannique qui aurait pu être blessé de la comparaison, car l'observation française, malheureusement unique, fait ressortir les imperfections d'un grand nombre de ces documents cliniques de provenance anglaise.

Telle est en substance l'intéressante thèse inaugurale du docteur Hestrès. Les détails dans lesquels nous sommes entré témoignent assez de sa valeur et de son importance. La tâche que s'était proposée ce jeune et savant observateur était rendue doublement difficile, d'abord par l'obscurité et la complexité même du sujet, en second lieu par l'excellent travail de M. Vallin, qui avait, quelques mois auparavant, traité cette question de main de maître et semblait n'avoir rien laissé à glaner à celui qui devait bientôt le suivre sur ce terrain ardu. Aussi doit-on lui savoir gré de l'avoir entreprise et surtout de l'avoir aussi habilement menée à bonne fin.

In cauda venenum, dit le proverbe. Nous ne pouvons, en effet, nous empêcher de mêler à ces éloges justement mérités quelques reproches qui ne nous paraissent pas moins fondés, et par lesquels nous terminerons cette analyse déjà longue. Nous avons regretté de voir laissé dans l'ombre un des côtés les plus intéressants de cette question, et qui méritait, selon nous, une plus large place que les quelques lignes qui lui sont consacrées : nous voulons parler de l'état de la température des sujets atteints d'insolation, et de l'hyperthermie excessive que l'on observe constamment chez eux après la mort. Le premier de ces points, qui domine pour ainsi dire toute la pathogénie de cette affection, méritait un plus ample examen; car il constitue, selon nous, non-seulement un élément de diagnostic des plus utiles, mais encore une source précieuse d'indications thérapeutiques; le second présente trop d'intérêt au point de vue de la physiologie pathologique, pour être ainsi laissé dans l'ombre. Si M. Hestrès avait plus attentivement lu l'important mémoire d'Obernier, il n'aurait assurément pas commis cette omission regrettable, qui dépare son œuvre et la rend imparfaite. L'index bibliographique qui la termine, quoique assez complet en apparence, présente cependant de nombreuses lacunes. C'est ainsi, par exemple, que la plupart des travaux allemands ne s'y trouvent même pas indiqués. Les recherches de Walther, de Schneider, de Ferber et d'Helbig, entre autres, auraient dû être au moins mentionnées, et ce n'est pas sans étonnement que nous nous sommes aperçu de leur absence.

Enfin, au moment même où M. Hestrès réunissait les matériaux de sa thèse, l'insolation faisait à New-York de nombreuses victimes, et déjà les journaux américains rapportaient des observations instructives dans lesquelles il eût pu puiser de très-utiles renseignements.

Quoi qu'il en soit, et malgré ces *desiderata*, ce mémoire n'en restera pas moins un bon travail, intéressant à lire et toujours utile à consulter.

F. Labadie-Lagrave.

VARIÉTÉS.

TRANSFÈREMENT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG A NANCY.
LA DERNIÈRE THÈSE DE LA FACULTÉ FRANÇAISE DE STRASBOURG.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux arts,

Vu les dispositions de la loi de finances du 21 mars 1872, relatives au transfèrement à Nancy de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg;

Vu la délibération du conseil municipal de Nancy, en date du 13 juillet 1872, qui affecte à l'usage de la Faculté :

1° Pour la construction de nouveaux bâtiments, une subvention de 300 000 francs et une partie des terrains du jardin de l'Académie; 2° la maison précédemment occupée par l'École supérieure de garçons;

Vu la délibération du conseil général du département de Meurthe-et-Moselle, qui met à la disposition de l'État, pour le même objet, une allocation contributive de 50 000 francs;

Considérant que les édifices existant ne permettent pas, quant à présent, d'attribuer aux services de la Faculté et de l'École supérieure des locaux distincts;

Considérant, d'autre part, qu'en maintenant aux anciens professeurs et agrégés de la Faculté et de l'École supérieure de Strasbourg les titres dont ils étaient en possession, il importe également de tenir compte aux professeurs de l'École de Nancy de leurs droits acquis;

Considérant les motifs urgents d'intérêt public qui rendent nécessaire l'ouverture des cours et exercices dans le plus bref délai,

Décrète :

TITRE PREMIER.

Art. 1er. — La Faculté de médecine et l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg sont transférées à Nancy.

Le doyen de la Faculté est provisoirement chargé de l'administration de ces deux établissements.

L'École de médecine et de pharmacie de Nancy est supprimée.

Art. 2. — Sont maintenus dans leur chaire : MM. Stoltz (doyen), Rameaux, Tourdes, Rigaud, Hirtz, Michel, Coze, Bach et Morel, anciens professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg

Sont nommés professeurs titulaires : M. Simonin, directeur honoraire de l'École de médecine et de pharmacie de Nancy; MM. Victor Parisot et Blondlot, anciens professeurs à la même école; MM. Hergott, Hecht, Engel, Beaunis et Feltz, anciens agrégés en exercice à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Sont nommés professeurs adjoints : MM. Roussel, Demange, Béchet, Grandjean, Xardel, Poincaré, Émile Parisot et Lallement, anciens professeurs à l'École de Nancy; Ritter, ancien agrégé en exercice de la Faculté de Strasbourg.

Sont maintenus dans leurs fonctions les agrégés en exercice de la Faculté de Strasbourg dont les noms suivent : MM. Aronsohn, Sarazin, Monoyer, Schlagdenhauffen, Bouchard, Gross, Bernheim et Fée.

Sont maintenus dans leurs fonctions de suppléants près la Faculté : MM. Delcominète, Berlin et Valentin, anciens suppléants à l'École de Nancy.

Art. 3. — Le personnel de la Faculté de médecine de Nancy et l'enseignement attribué à chacun de ses membres sont, en conséquence de l'article qui précède, constitués comme il suit :

Doyen, M. Stoltz, ancien doyen de la Faculté de Strasbourg.

Anatomie générale descriptive et topographique (ancienne chaire d'anatomie). — Professeur titulaire, M. Morel; professeur adjoint, M. Lallement.

Physiologie. — Professeur titulaire, M. Beaunis; professeur adjoint, M. Poincaré.

Anatomie et physiologie pathologiques (ancienne chaire de pathologie et de thérapeutique générales). — Professeur titulaire, M. Feltz.

Pathologie générale interne (ancienne chaire de pathologie interne). — Professeur titulaire, M. Hecht; professeur adjoint, M. Demange.

Pathologie externe. — Professeur titulaire, M. Bach; professeur adjoint, M. Béchet.

Accouchements et maladies des enfants (chaire créée). — Professeur titulaire, M. Hergott; professeur adjoint, M. E. Parisot.

Médecine opératoire. — Professeur titulaire, M. Michel.

Matière médicale et thérapeutique. — Professeur titulaire, M. Coze; professeur adjoint, M. Grandjean.

Botanique et histoire naturelle médicale. — Professeur titulaire, M. Engel.

Chimie médicale et toxicologie. — Professeur titulaire, M. Blondlot; professeur adjoint, M. Ritter.

Physique et hygiène. — Professeur titulaire, M. Rameaux.

Médecine légale. — Professeur titulaire, M. Tourdes.

Cliniques externes (2 chaires). — Professeurs titulaires, MM. Rigaud et Simonin.

Cliniques internes (2 chaires). — Professeurs titulaires, MM. Hirtz et Victor Parisot; professeur adjoint, M. Xardel.

Clinique obstétricale et gynécologique (ancienne chaire d'accouchements et clinique d'accouchement). — Professeur titulaire, M. Stoltz (doyen); professeur adjoint, M. Roussel.

Art. 4. — Les assemblées de la Faculté sont composées des professeurs titulaires.

Les professeurs adjoints sont appelés de droit à y siéger individuellement, toutes les fois qu'il s'agit de modifier dans quelqu'une de ses parties l'enseignement qui leur est confié.

Art. 5. — Les agrégés de la Faculté de médecine de Nancy sont classés en six sections différentes, suivant les spécialités pour lesquelles ils auront concouru.

1re section. — Sciences physiques et chimiques et histoire naturelle.
2e section. — Sciences biologiques, comprenant l'anatomie normale, l'histologie et la physiologie normale.
3e section — Sciences médicales : pathologie et thérapeutique générales, pathologie interne, clinique interne.
4e section. — Sciences chirurgicales : pathologie externe, clinique externe, médecine opératoire.
5e section. — Sciences gynécologiques : accouchements, maladies des femmes et des enfants nouveau-nés.
6e section. — Sciences médicales appliquées : médecine légale, épidémies, hygiène publique et privée.

Il peut être établi des concours pour *plusieurs sections à la fois.*

Art. 6 — Les agrégés et suppléants en exercice peuvent ouvrir des cours, soit dans des locaux particuliers, soit, après avis de l'assemblée des professeurs, dans le local même de la Faculté.

Ces cours peuvent figurer dans les programmes officiels de la Faculté, après avis de l'assemblée. Ils peuvent être rétribués par les étudiants qui les suivent, sans que le secrétaire agent comptable de la Faculté puisse toutefois intervenir dans la perception des droits fixés par les suppléants et agrégés.

Les agrégés et suppléants sont appelés par le doyen à remplacer les professeurs temporairement empêchés. Dans tous les cas où le remplacement doit se prolonger au delà d'une quinzaine de jours, le ministre est averti par le recteur et décide, sur son avis, des conditions de la suppléance.

Le ministre conserve, à l'égard des suppléants et agrégés, maintenus en exercice par le présent décret, l'autorité qui lui est attribuée par les lois et règlements en vigueur.

Art. 7. — Il n'est rien changé aux traitements fixes et éventuels des professeurs titulaires.

Le traitement fixe des professeurs adjoints sera de 1500 francs; celui des agrégés est maintenu à 1000 francs.

Le traitement éventuel des professeurs adjoints et des agrégés sera de 1000 francs par abonnement.

Cette dernière disposition financière s'applique exclusivement aux anciens agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Art. 8. — Les emplois de professeurs adjoints et des suppléants, mentionnés au présent décret, seront supprimés au fur et à mesure des extinctions.

Art. 9. — Les cours complémentaires et conférences précédemment institués à la Faculté de Strasbourg, seront réorganisés par le ministre sur la proposition de l'assemblée des professeurs et après avis du recteur.

Il pourra être pourvu, pour la première fois, aux emplois auxiliaires vacants à la Faculté, par voie de présentation directe.

TITRE II.

Art. 10. — Sont maintenus dans leur chaire les anciens professeurs de l'École supérieure de pharmacie dont les noms suivent : MM. Oberlin, Jacquemin et Schlagdenhauffen.

Ces professeurs font partie de droit de l'assemblée mentionnée à l'article 4.

Est maintenu dans ses fonctions, M. Fleury, ancien agrégé à l'École supérieure de Strasbourg.

Art. 11. — Il sera ultérieurement pourvu aux chaires vacantes de l'École supérieure ou à leur transformation par des décrets spéciaux.

Art. 12. — Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er octobre 1872.

A. Thiers.

Par le Président de la République,

Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Jules Simon.

La dernière thèse de la Faculté française de Strasbourg.

Au jour même où la succession s'est ouverte, nous avons reçu l'oraison funèbre. Nancy hérite de la Faculté de médecine de Strasbourg; c'est une pure question de voisinage, et l'on invite gracieusement les anciens locataires à opérer ce proche déménagement. Sur la tombe de la défunte, dans une thèse patriotique intitulée : Aperçu historique sur l'ancienne faculté de médecine, M. Hœffel invoque les vieux souvenirs. Il s'adresse aux professeurs libres, à Schutzenberger, et aussi aux autres maîtres, Hirtz, Hergott, Bœckel, et il leur remet en mémoire la vie féconde et productrice de cette bonne mère, *alma mater*. Cette thèse, la dernière qui ait été soutenue en français sous ces vénérables voûtes, acquiert de cette circonstance un intérêt particulier. C'est une revue qui, pour le moment, hélas! en dehors de son mérite réel, est complète, mais qui servira aux âges futurs.

L'École de santé de Strasbourg s'ouvrit en frimaire an III, ainsi que celles de Paris et de Montpellier. Il fallait fournir des médecins aux armées de la république. Lorentz, Hermann, Lauth, Coze, Noël, Flamant, Tourtelle, tels ont été les réintégrés et les nouveaux arrivants. L'École devint Faculté en 1808, et en 1856 on y adjoignit l'École du service de santé militaire, dont les élèves suivirent près d'elle le cours de leurs études et de leurs examens.

Après cette biographie, si je puis ainsi parler, M. Hœffel prend les diverses branches de la science enseignées par des noms illustres, et il fait, d'un beau style, la part de chacun dans l'énumération des ouvrages publiés et des services rendus. Les travaux anatomiques de Lauth et l'anatomie pathologique de Lobstein sont décrits avec soin et détail. Le musée anatomique de l'École avait été fondé par ce dernier; il s'est enrichi des préparations de ses successeurs, Ehrmann, Stoltz, Bach, Michel, Wieger, Kœberlé, et il contient aujourd'hui plus de 6000 pièces. L'histologie fut enseignée par M Morel, le premier, dès 1856. MM. Villemin, Beaunis et Bouchard ont fourni des atlas et des planches de la plus belle exécution.

Dans la physiologie, cet autre œil de la médecine, dit F. Hoffmann, il y eut les cours de Berot, de Goupil et d'Alexandre Lauth, ce dernier si connu par son Manuel de l'anatomiste, compagnon obligé des travaux de l'amphithéâtre. Puis vint Bouisson, le député d'aujourd'hui, doyen plus tard de la Faculté de Montpellier, et Küss, cet homme dévoné, mort récemment sous le poids de la douleur, dans les hautes fonctions municipales de cette ville qu'il lui fallait remettre à l'ennemi. Cet homme de science et de conscience est certainement une des plus nobles figures de la profession, et M. Hœffel lui rend un double hommage à ce double point de vue.

Coze fut le fondateur de l'enseignement clinique à Strasbourg. Encore un nom bien connu et qui s'est perpétué avec honneur. Lobstein, bien qu'anatomiste, lui succéda, portant dans son diagnostic et dans sa doctrine le reflet de ses études histologiques. Forget, de l'École de Paris, importa l'organicisme pour arriver en dernier lieu à la doctrine des éléments, qui est, selon une définition très-heureuse de M. Hœffel, la science des indications thérapeutiques. Après Forget, un autre grand nom se révèle, c'est celui de M. Schützenberger. M. Schützenberger est évidemment le professeur préféré de M. Hœffel; tous ses travaux, ses cours, ses cliniques sont décrits et rapportés dans cette thèse avec un soin et une sollicitude également flatteuse pour le maître et pour l'élève.

L'honorable professeur Hirtz n'est pas moins bien traité cependant. « Esprit sagace, dit l'auteur, sans cesse frayant de nouvelles voies dans le progrès des sciences pathologiques, animé d'une grande promptitude de jugement, du talent de découvrir des faits nouveaux, il sut communiquer par son amour ardent et éclairé de la science à son enseignement un caractère élevé. Doué d'une élocution simple et facile, d'une grande précision dans l'exposition des idées, d'une expérience étendue, il possédait au plus haut degré les qualités qui doivent être l'apanage du clinicien. » L'étude de la fièvre dans sa nature physiologique et dans ses indications thérapeutiques a été la grande occupation de la clinique de M. Hirtz et lui a imprimé sa physionomie spéciale. » Cette justice ainsi rendue devra augmenter les regrets de la Faculté nouvelle, qui ne peut espérer attirer dans sa chaire le clinicien célèbre, désormais fixé à Paris. Son disciple, M. Aronssohn, agrégé de Strasbourg, suivra cet exemple et restera aussi dans nos murs. Que feront les autres savants de la Faculté ancienne? Nous le saurons sans doute; la mesure est trop récente encore pour que les décisions soient déjà bien connues. En tout état de choses, il y a là une dispersion bien regrettable, car il existait une force réelle autour d'une doctrine spéciale parmi les maîtres de Strasbourg.

M. Feltz est aussi honorablement cité pour ses travaux sur la phthisie et d'autres affections pulmonaires.

En ce qui concerne la chirurgie, l'étude de M. Hœffel débute à peu près par l'enseignement de Bégin, enseignement de clinique et de médecine opératoire. L'auteur cite l opinion de M. Hergott : « Ce qu'on admirait à sa clinique, c'était la sûreté et l'exactitude de son diagnostic, le tact avec lequel il trouvait et choisissait les indications, et l'habileté avec laquelle il savait les remplir: ici il étonnait par la précision de ses connaissances anatomiques, l'étendue de son érudition, la clarté avec laquelle il esquissait les grandes méthodes opératoires, la sûreté de jugement avec laquelle il établissait la supériorité de tel ou tel procédé, et enfin la dextérité avec laquelle il les exécutait. On sortait de son cours charmé, instruit et convaincu. » Ses nombreux ouvrages sont ensuite relatés, ainsi que ses titres et ses fonctions élevées dans le corps de santé militaire, où il a laissé le souvenir le plus vivant.

Son successeur à la chaire de clinique chirurgicale fut M. Sédillot. L'éloge de cet homme de science et de ce philosophe est important et tient place honorable; l'énumération des œuvres les plus connues, le Traité de médecine opératoire, les études sur le chloroforme et sur la pyohémie, la régénération des os par le périoste, sont autant de titres à la gloire de l'homme et du corps savant dont il a été la tête et le bras. Mais la place va nous manquer; nous ne pourrions nous arrêter, fût-ce un instant, sur les autres maîtres M. Rigaud, M. Hergott, M. Bœckel, M. Bach, les plus récents, enfin, les plus jeunes, si nous osons dire, les derniers, par ordre chronologique seulement. Nous n'avons pu parler ni de l'obstétrique, où ont brillé Flamant et Stoltz, ni de Goupil pour la médecine légale, ni de Tourdes, une des grandes forces de cette partie de la science, et qu'il suffit de nommer. M. Stœber personnifie l'ophthalmologie; la matière médicale est professée par M. Léon Coze et M. Strohl; pour la botanique, le nom du maître suffit encore et n'appelle aucune autre mention laudative, c'est M. Fée, avec le cortége et la nomenclature de ses productions nombreuses, qui ont jeté la lumière sur tant de sujets divers, traitant aussi de la médecine, de l'hygiène et de la pharmacie. La chimie et la physique ont eu également deux représentants savants et honorables dans ces chaires qu'il a fallu abandonner.

L'auteur de la thèse que nous analysons conclut en citant et en adoptant l'opinion émise par M. Schützenberger : « Strasbourg a été une école de science positive. » La Faculté n'a été

ni vitaliste comme à Montpellier, ni organicienne comme à Paris; éclectique peut-être. A travers les difficultés d'une installation longtemps pauvre, on était arrivé à réaliser les principaux *desiderata* nécessaires à l'étude, à la dissection, aux laboratoires; on avait eu les noms célèbres, et la place élevée dans l'enseignement, vis-à-vis même des gloires de l'étranger, et l'on était arrivé à l'influence dans ces pays voisins, si fiers d'eux-mêmes.

« Son nom, dit M. Hœffel, sera inscrit en lettres d'or et dans l'histoire scientifique de la France et dans celle de toutes les les nations. *Semper honos, nomenque tuum, laudesque manebunt.* »

Il faut s'associer de cœur à cette appréciation émue, à cette parole si pleine de reconnaissance, à cet adieu si patriotique; il n'y faut rien ajouter, — et attendre!

C. Ély.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Congrès médical de Lyon.

Le Congrès médical de Lyon auquel le corps pharmaceutique avait été convié, a été tenu dernièrement avec toute la solennité d'usage en pareille circonstance. Sur l'invitation qui lui avait été adressée, la pharmacie lyonnaise a cru devoir y prendre part, dans le but de montrer que le corps pharmaceutique peut occuper une place honorable à côté et à l'égal de la médecine, et dans l'espoir que le Congrès lui prêterait son concours pour la réalisation des réformes que nous réclamons depuis longtemps.

La part qui nous a été faite est bien petite, il faut en convenir, mais en bonne conscience, c'était un Congrès médical, et nous ne pouvions demander que la médecine, qui croit avoir le pas sur la pharmacie, se départît en faveur de cette dernière de mettre en pratique la maxime : *Prima sibi caritas.*

Nous avons été témoins de joutes brillantes sur les questions scientifiques. Quant aux questions professionnelles, elles ont été, nous pourrions dire, légèrement effleurées, sauf celles de l'enseignement de la médecine, qui a passionné quelque peu les débats.

Les travaux pharmaceutiques professionnels lus au Congrès n'ont pas eu l'honneur de la discussion, *faute de temps*, nous devons le regretter, car parmi les conclusions formulées par leurs auteurs, il en est quelques-unes qu'il eût été opportun d'aborder. Parmi ces questions, celle de la transformation de nos Écoles en Facultés de pharmacie, si elle avait été, je n'ose pas dire adoptée, mais simplement discutée, aurait fait faire un grand pas vers l'égalité sociale des deux professions.

Néanmoins, nous devons constater que le résultat de l'intervention de la pharmacie lyonnaise au sein du Congrès a été heureux, car les vœux ci-après ont été adoptés à l'unanimité :

1º Liberté et élévation de l'enseignement pharmaceutique avec la collation des grades par l'État.

2º Un seul diplôme.

3º Réglementation équitable, protectrice, mais sévère de l'exercice de la pharmacie, les auteurs se référant pour les détails aux vœux exprimés par les Sociétés de pharmacie réunies en congrès de 1857 à 1870.

C'est à nous de tirer parti en temps opportun de cet appui du corps médical; mais je crois que les Sociétés de pharmacie devraient toutes se préoccuper dès aujourd'hui de la loi nouvelle, et ne pas attendre qu'on puisse leur répondre : « C'est trop tard. »

Vidal.

Conseil supérieur de la guerre. — Dans ce conseil, créé par décision du 27 juillet 1872, vient d'être introduit l'élément médical dans la personne de M. Larrey, président du Conseil de santé des armées.

Le Conseil supérieur a pour mission d'examiner « toutes les mesures d'ensemble relatives à l'armée, aux différents points de vue du personnel, du matériel, de l'armement, de l'administration et des marchés. » La nomination de M. Larrey peut faire présumer qu'on a l'intention de peser sérieusement dans ce conseil les intérêts et les droits de la médecine militaire.

Faculté de médecine de Paris. — Comme les années précédentes, les inscriptions se prennent du 2 au 15 novembre.

Demandes. — Demande de docteurs pour les Messageries maritimes.

— Demande de docteur pour une commune de la Savoie. — Fixe, 1200 francs; jouissance gratuite d'une maison meublée.

S'adresser, pour les renseignements, à M. Bellamy, au secrétariat de la Faculté.

— Le docteur Ch. Abadie, ancien interne des hôpitaux, commencera ses leçons cliniques d'ophthalmologie le lundi 14 octobre, à une heure, à son dispensaire, rue Séguier, 17, et les continuera les lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 28 septembre au 4 octobre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0.— Rougeole, 7. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 22. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 46. — Dysenterie, 9. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 11 (1).— Choléra nostras, 2. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 232. — Affections chroniques, 322 (2). — Affections chirurgicales, 60. — Causes accidentelles, 14. — Total, 774.

Londres : Décès du 22 au 28 septembre 1872, 1279.—Variole, 9; rougeole, 12; fièvre scarlatine, 17; coqueluche, 38; fièvre typhoïde, 17; diarrhée, 92; bronchite, 106; pneumonie, 76; choléra nostras, 2.

Bruxelles : Décès du 15 au 21 septembre 1872, 81. — Rougeole, 1; fièvre typhoïde, 2; croup et angine couenneuse, 2; bronchite et pneumonie, 3; entérite et diarrhée, 20.

(1) Dont 12 enfants au-dessous de six mois, 11 au-dessous d'un an, 3 au-dessus de deux ans.

(2) Sur ce chiffre de 322 décès, 156 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

De la laryngite syphilitique, par le docteur P. Ferras. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière, par le docteur Charcot, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. In-8 avec figures dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Deux points de l'histoire du favus, par le docteur Gigard. In-8 avec 2 planches. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Étude sur la première dentition, par le docteur Michalski. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Du danger des opérations pratiquées sur le col de l'utérus, par le docteur Leteinturier. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Des lunettes après l'opération de la cataracte, par le docteur Borel. In-8 avec figures. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

Du traitement des hémorrhagies de matrice par le sulfate de quinine, par le docteur Barthárey. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 50

Notice sur l'hôpital civil de Strasbourg pendant le siége et le bombardement, par le docteur F. Gross. In-8 de 110 pages, accompagné d'un plan chromolithographique. Paris, J.-B. Baillière. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 17 octobre 1872.

PROPRIÉTÉS DE LA CINCHONINE ET DES AUTRES ALCALOÏDES DU QUINQUINA. — *Académie de médecine :* LA CULTURE DE LA SEPTICÉMIE : M. DAVAINE. — TYPHUS EXANTHÉMATIQUE : M. CHAUFFARD.

En nous engageant, dans un des derniers numéros (*Gaz. hebd.*, 1872, n° 40, p. 643), à revenir sur l'importante communication de M. le docteur Briquet, relative aux propriétés antipériodiques de la cinchonine, nous comptions pouvoir mettre la main sur l'important document que nous signalions à M. Briquet et à l'Académie : à savoir, le rapport officiellement adressé au gouvernement de l'Inde sur les effets thérapeutiques des divers alcaloïdes du quinquina. Cet espoir a été déçu, et nous ne pouvons disposer que d'une analyse succincte du rapport, empruntée au MEDICAL TIMES du 29 mars 1870. Néanmoins, et bien que nous ayons déjà communiqué cette analyse à nos lecteurs y il a deux ans, il nous semble que l'à-propos nous autorise à y insister une seconde fois.

On se rappelle peut-être la riche exposition de cinchonas envoyée en 1867, au Palais de l'Industrie, par W. G. Mac Ivor, surintendant des plantations de cinchonas du gouvernement anglais dans l'Inde. C'était un témoignage significatif de la prévoyance commerciale de ce gouvernement. A mesure que les quinquinas tendent, par une exploitation excessive, à s'épuiser dans les forêts de la Bolivie et du Pérou, l'Inde anglaise s'efforce de les multiplier et de les mieux cultiver. Les échantillons qu'elle avait expédiés à l'Exposition universelle de 1867 provenaient principalement de la présidence de Madras et de l'île de Ceylan.

Le gouvernement anglais a voulu faire plus : il a voulu savoir si la valeur des quinquinas comme antipériodiques était attachée aussi exclusivement qu'on le croit, surtout depuis les études faites également dans un but national par M. Michel Lévy, à l'un de ses alcaloïdes. Il a institué à cet effet une commission chargée d'étudier comparativement les propriétés des divers alcaloïdes du quinquina : quinine, quinidine, cinchonine, cinchonidine; et, pour que les expériences portassent sur des produits aussi chimiquement purs que possible, il s'est adressé, pour les obtenir, à MM. Howards, qui avaient fait précisément à l'Exposition de Paris une très-belle exhibition de ces alcaloïdes, et qui, non contents d'opérer sur les cinchonas des colonies anglaises, s'occupent activement de l'acclimatation des cinchonas, qu'ils cultivent même dans les serres de Stratford, et dont ils tirent de la quinine.

Or, voici ce qui ressort du rapport général de la commission au gouverneur général.

Le chiffre total des fièvres intermittentes traitées par les divers alcaloïdes, y compris la quinine, s'est élevé à 2472. On n'a compté que 27 insuccès (un peu plus de 1 pour 100), résultat d'autant plus remarquable que beaucoup de fébricitants étaient cachectiques et présentaient un gonflement marqué de la rate.

Sur ce grand nombre de malades traités, quel a été le rôle respectif des divers alcaloïdes? C'est ce que malheureusement ne dit pas le résumé du TIMES. Mais ce qui ressort des expériences du docteur Jackson, qui a opéré, à lui seul, sur 564 malades, c'est, suivant lui et suivant le rapporteur, que chacun des alcaloïdes possède une valeur antifébrifuge marquée, quelque part qu'on puisse faire au peu de gravité de la plupart des cas soumis à son observation. La durée moyenne du traitement a été de six jours.

Le docteur Fogo est plus explicite, ou le rapport l'est pour lui. Suivant cet honorable confrère, les quatre alcaloïdes des cinchonas, à petite dose, produisent les mêmes effets, soit comme toniques, soit comme fébrifuges, soit enfin comme antinévralgiques; et cette similitude d'effets a lieu aussi bien quand on injecte le médicament sous la peau que quand on

FEUILLETON.

Médecins béatifiés.

Au nombre des bienheureux dont l'Église a inscrit en lettres d'or les noms sur ses tablettes, on en compte plusieurs qui ont fait de la médecine leur étude favorite, le but de leur saint ministère, et qui, pour cela, ont été honorés par les médecins, à des époques surtout où la foi était d'une vivacité extrême dans le cœur des disciples d'Esculape.

Nous allons donner le catalogue de ces médecins béatifiés, en les rangeant suivant les mois et les jours où on les fête :

31 janvier. *Saint Cyrus.* Célèbre par les services qu'il rendait aux pauvres malades, qu'il suivait jusqu'au tombeau, en prenant même soin de leurs dépouilles. On nous le représente comme guérissant les diverses maladies du corps, non pas tant par des prescriptions médicales que par des miracles envoyés d'en haut : *«Ægritudines corporis varias non, ut antea, præscriptionibus medicis, sed virtute divina editis miraculis curabat.»* Il fut décapité à Alexandrie, sous Dioclétien (284-305). On rapporte que la boutique qu'il avait occupée fut changée en un temple, où les fidèles accouraient en foule implorant l'intercession du saint pour la guérison de leurs infirmités.

3 février. *Saint Blaise.* Évêque de Sébaste en Arménie, sous Dioclétien. Il fut martyrisé, l'an 316, par l'ordre d'Agricola, gouverneur de Cappadoce. Les bourreaux lui déchirèrent les côtes avec des peignes de fer. C'est pour cela que les cardeurs l'ont pris pour leur patron.

6 février. *Saint Julien.* Martyrisé sous l'empereur Maximin, vers 236.

25 février. *Saint Césaire.* Il était sénateur de Byzance et frère de saint Grégoire de Nazianze. Telle était la réputation qu'il s'était acquise, que les habitants de Byzance lui offrirent, mais en vain, les plus grands honneurs publics, un mariage

l'administre à l'intérieur. De ces quatre substances, la plus efficace est la quinine, qui ne peut être suppléée par aucun autre alcaloïde, si ce n'est peut-être par la quinidine. Vient ensuite la cinchonidine, un peu inférieure aux deux autres, et enfin la cinchonine, la moins efficace de toutes, mais dont néanmoins la propriété antipériodique est encore très-manifeste.

On voit en quoi les conclusions du rapport diffèrent de celles de M. Briquet. Notre judicieux et laborieux confrère regarde la cinchonine, non comme égale, mais comme supérieure à la quinine, aussi bien sous le point de vue de l'action thérapeutique que sous celui de l'action physiologique. Le rapport voit dans la cinchonine un fébrifuge réel, mais inférieur à cet égard aux autres alcaloïdes du quinquina; en même temps il place au niveau de la quinine la quinoïdine, et presque à la même hauteur la cinchonidine, deux substances non expérimentées par M. Briquet. D'un autre côté, en limitant le parallèle à la quinine et à la cinchonine, le rapport fait à ce dernier alcaloïde une part d'efficacité peu différente de celle que lui avait attribuée M. Moutard-Martin dans le mémoire bien connu qui a occupé l'Académie en 1860 (*Gaz. hebd.*, 1860, p. 202). Pour notre compte, et jusqu'à plus ample informé, nous ne prétendons attribuer aucune importance prépondérante au document anglais; c'est, dans le débat actuel, une épée que nous ne tirons du fourreau ni pour ni contre l'un quelconque des adversaires; mais nous la signalons à tous comme une arme disponible dont c'est l'affaire des opinions adverses d'user à leur convenance.

Nous n'ajouterons qu'un mot : c'est qu'il ressort assez clairement du résumé du journal anglais que les expérimentateurs n'ont pas remarqué dans la cinchonine cette puissance toxique dont l'ont douée plusieurs expérimentateurs, notamment M. Moutard-Martin et surtout Michel Lévy, et que lui dénie, au contraire, M. Briquet.

A. D.

La première série des expériences faites par M. Bouley sur des lapins confirmaient les résultats obtenus par M. Davaine sur la même espèce d'animaux; la seconde série, qui se rapporte à des chevaux et à des chiens, ne renferme que des résultats négatifs. Des chevaux, des chiens, n'ont pas été tués par les doses infinitésimales du sang de lapin septicémique. Pour qui serait tenté de conclure immédiatement, l'affection septicémique cultivée par M. Davaine sur le lapin et le cobaye ne pourrait être communiquée aux animaux domestiques de taille supérieure; par conséquent elle ne constituerait qu'un fait expérimental curieux dans l'histoire pathologique du cobaye et du lapin. Il n'y aurait donc pas lieu d'en déduire des applications à l'étude de la septicémie humaine; il n'y aurait plus à craindre la puissance virulente excessive du sang des animaux morts de septicémie.

Il nous semble cependant que, s'il y avait sagesse à s'abstenir momentanément de conceptions théoriques généralisées au moment de la publication des expériences de M. Davaine, il y a des raisons non moins sérieuses de ne pas tirer des conclusions définitives de résultats contradictoires ou négatifs.

Malgré la confiance que nous inspire le nom des expérimentateurs, nous ne pouvons nous défendre d'une certaine réserve, en présence d'une exposition si concise des résultats d'expériences faites dans un espace de temps bien restreint, quand nous nous rappelons que l'évolution de la septicémie provoquée a mis dans certains cas un assez long temps à se parfaire.

En définitive, ces expériences sur les chiens et les chevaux ne nous représentent que les préliminaires de la culture de la septicémie chez un même animal; elles ne prouvent pas plus que l'absence de la transmission de la septicémie du lapin au cheval et au chien avec les doses les plus minimes. Nombre d'entre elles, si nous devons nous borner à la communication qui en a été faite, sont passibles d'objections très-sérieuses. On ne rapporte pas l'autopsie; depuis huit jours seulement on a pu observer les chiens.

Ce ne sont pas là des conditions suffisantes d'expérimentation, et ce n'est pas en quelques jours qu'on peut espérer exercer un contrôle efficace sur une série d'expériences dont le premier mérite est la persévérance dans la poursuite des effets produits par le sang rendu septique à travers l'organisme de vingt-quatre animaux de même espèce.

Nous-même, si nous n'avions la crainte d'encourir un reproche de précipitation dans la publication d'expériences commencées depuis trois semaines, nous montrerions que, sur des cobayes qui, pendant près de deux semaines après des injections septiques à faible dose, ne présentaient aucun symptôme morbide notable, on peut trouver de graves lésions imputables à la septicémie.

C'est pourquoi, tout en constatant avec plaisir l'ardeur avec laquelle les expérimentateurs ont répondu à l'appel de l'Aca-

---

avec une noble dame et la dignité sénatoriale. On n'indique pas l'époque de sa mort, qui paraît avoir été naturelle.

29 février. *Saint Denis*, diacre. Il fut persécuté en 410 par Alaric, roi des Goths. Une longue épitaphe qu'on avait gravée sur son tombeau commençait par ces deux vers :

> Hic Levita jacet Dionysius artis honestæ
> Functus et officio quod medicina dedit...

10 mars. *Saint Codratus*, de Corinthe. Il fut martyrisé dans cette dernière ville, avec d'autres adorateurs du Christ, sous Decius et Valerianus (249-266), et sous le juge Jason.

15 mars. *Saint Joachim*. Il était du Japon, et fut tué au mois de mai 1613.

13 avril. *Saint Papilus*. Il fut crucifié, à Pergame, vers l'année 164, sous l'empereur Commode, avec sa sœur Agathonice.

3 mai. *Saint Juvénal*, évêque de Narnie. Ce fut le pape saint Damase (366) qui l'éleva à cette haute dignité, en le retirant d'un monastère dont il était le médecin zélé et assidu.

6 mai. *Saint Jean de Damascène*. Mort vers 754. On le représente comme ayant écrit plusieurs livres de médecine.

20 mai. *Saint Bernardin*. Issu de l'une des plus illustres familles de Sienne. Né en 1380, mort en 1444. Il se consacra au service des malades, et montra un dévouement admirable pendant la peste qui désola Sienne en 1400. Saint Bernardin a laissé plusieurs œuvres spirituelles qui ont été imprimées en 1591.

2 juin. *Saint Alexandre*. Phrygien de nation. Il pratiqua la médecine et fut, par les ordres de Marc-Aurèle Antonin (161-180), livré à Lyon aux bêtes féroces.

13 juin. *Saint Basile le Grand*. Père de l'Église grecque. Né en 329 à Césarée en Cappadoce, mort en 379.

19 juin. *Saint Ursicin*. Il était Ligurien et souffrit le martyre sous le juge Paulin, et par suite des persécutions de Néron (54-68). Un miracle s'opéra après qu'il eût été décapité : « *Sta-*

démie, nous devons faire des réserves formelles à l'égard des conclusions qui seraient déduites d'une expérimentation hâtive provoquée par le désir naturel d'apporter dans une discussion académique des résultats nouveaux.

Le calme et la lenteur dans le travail du laboratoire sont des conditions indispensables quand il s'agit de continuer les Gaspard, les d'Arcet et les Sédillot.

A. Hénocque.

Dans la seconde partie de la séance, M. Chauffard a fait, sur l'étiologie du typhus exanthématique, une lecture importante qui tend à renverser bien des idées reçues et que, pour ce motif, il ne serait pas prudent d'apprécier sans avoir pris le temps de la réflexion. Ce que nous nous bornerons à dire pour le moment, c'est que M. Chauffard a défendu sa thèse avec la largeur de développement et le talent de style qui lui sont familières.

REVUE CLINIQUE.

Pathologie interne.

Abcès périnéphrétique chez un sujet atteint d'alcoolisme, par Léon Colin, professeur au Val-de-Grâce.

Nous avons publié, il y a quelques années, un exemple remarquable des difficultés de diagnostic des abcès périnéphrétiques (*Gazette hebdom.*, 2 octobre 1863, et *Études cliniques de médecine militaire,* par Léon Colin, p. 238); il s'agissait d'une collection purulente qui s'était formée autour du rein droit, et qui, malgré la barrière que le foie devait opposer à la migration du pus, avait cheminé derrière cette glande et, finalement, s'était épanchée dans la plèvre droite. Cette observation présentait donc deux circonstances remarquables : 1° la pénétration, dans la cavité thoracique, d'un abcès périnéphrétique droit, cette pénétration n'ayant lieu d'habitude que pour les abcès du côté gauche, qui ne sont pas séparés du diaphragme par toute l'épaisseur de la glande hépatique; 2° l'absence de toute adhérence préventive entre les deux feuillets de la plèvre diaphragmatique, ce qui avait permis au pus de s'épancher librement dans la cavité pleurale, tandis qu'habituellement il se forme tout d'abord des adhérences entre le poumon et le diaphragme, et que, par conséquent, le pus pénètre directement dans le parenchyme pulmonaire (fistules rénales pulmonaires de Rayer) pour être immédiatement rejeté sous forme de vomique. Chez ce malade, nous avions pratiqué la thoracocentèse à deux reprises, sans nous douter, pendant la vie, de la source éloignée de cette suppuration, dont l'autopsie seule nous démontra l'origine.

Il s'agit aujourd'hui d'un autre cas de périnéphrite, encore du côté droit; mais ici il n'y eut aucune migration du pus, et le diagnostic ne fut éclairé également qu'à l'autopsie.

Observation. — X..., âgé de quarante-deux ans, est atteint d'alcoolisme depuis plusieurs années; en 1869, notamment, il avait été dirigé sur le Val-de-Grâce, à la suite de plusieurs accès de *delirium tremens*, puis évacué sur une maison de santé. Il rentre dans notre hôpital au mois d'avril 1872, dans le service de M. Villemin d'abord, puis dans le mien, et cette fois les principaux symptômes sont fournis par les organes digestifs; il y a de la dyspepsie, des douleurs dans le flanc droit, et de plus une ascite qui a nécessité déjà plusieurs ponctions depuis un an; actuellement, le volume de l'épanchement est trop limité pour quo l'on puisse céder au désir du malade, qui sollicite énergiquement une nouvelle opération de paracentèse.

Le fait le plus remarquable dans l'examen physique de l'abdomen, c'est l'existence d'une saillie anormale du lobe gauche du foie, qui recouvre entièrement la région épigastrique, où il forme une tumeur dure, plane, très-appréciable à la palpation, cessant brusquement au niveau de l'ombilic.

La pression est douloureuse à ce niveau; il existe en outre des douleurs spontanées au même point, et le malade est obligé de s'incurver sur le côté droit pour respirer plus facilement.

L'existence de cette tumeur ne permettait pas de s'arrêter aux lésions présumées de l'intoxication alcoolique, soit à la transformation graisseuse, soit à la cirrhose hépatique.

L'épuisement du malade augmente progressivement, et il succombe quelques semaines après son entrée.

A l'autopsie, on constate une hypertrophie générale du foie; la capsule d'enveloppe se présente sous l'aspect d'une lame fibreuse, épaisse de près de 5 millimètres, constituée par une masse de lamelles d'exsudation, intimement tassées les unes sur les autres au point de former presque un tissu homogène, qu'on peut cependant décomposer en pellicules par le grattage; le tissu même de l'organe présente une altération correspondante, caractérisée par la sécheresse, la dureté, l'aspect jaune clair du parenchyme (cirrhose hypertrophique), dont l'examen, fait par M. Kelsch, révèle une quantité considérable de substance amyloïde.

En cherchant à détacher le foie, on rompt la poche d'un vaste abcès dont le lobe gauche du foie formait la paroi supérieure, et qui englobait tout le rein droit; ce dernier organe ne se présente plus quo sous forme de bosselures isolées les unes des autres, d'une coloration blanc jaunâtre, et dont l'examen attentif permet cependant de reconnaître encore les substances tubulaire et corticale infiltrées de graisse.

Les deux poumons présentent au sommet quelques granulations tuberculeuses demi-transparentes; le poumon gauche est libre d'adhérences, mais celui du côté droit est intimement soudé par une fausse membrane épaisse, de consistance fibreuse, à la paroi costale et au diaphragme. Plaques athéromateuses à la face interne des gros vaisseaux.

Réflexions. —Nous avouons que l'autopsie, seule, nous a révélé l'existence de cet abcès périnéphrétique. Pendant la vie nous avions été fort embarrassé d'expliquer, chez un sujet atteint d'alcoolisme, cette saillie anormale du lobe gauche du foie;

---

tim, ac si viveret, surrexit, et utraque manu caput suum a terra elevans, in eum locum ubi postea humandum fuerat, detulit. »

16 juin. *Saint Sanctus.* Médecin sous Antonin. Il fut mis à mort par les ordres d'un certain gouverneur nommé Sébastien, et eut à subir des tortures épouvantables.

29 juin. *Saint Samson.* Il exerça d'abord la médecine à Rome; puis s'étant consacré prêtre, il se donna tout entier au service des pauvres dans l'hôpital de Constantinople. Saint Samson vivait sous Justinien, qu'il avait même guéri d'une grave maladie. Il avait la spécialité des maladies désespérées : « *Morbos curans ab aliis deploratos.* » On raconte que peu de temps après sa mort, son tombeau laissa suinter un liquide (*humor*) admirable contre les maladies.

15 juillet. *Saint Antioche,* médecin de Sébaste. Il eut la tête tranchée par les ordres du juge Adrien. Mais la décollation laissa échapper du lait à la place du sang, et le bourreau fut tellement impressionné qu'il se convertit *illico* au Christ et subit lui-même le martyre.

17 juillet. *Saint Pantaléon,* bienheureux très-vénéré parmi les Grecs. Il subit le martyre à Nicomédie, en 303, et fut traîné à la queue d'un cheval. Ce fut la jalousie de ses confrères médecins qui le perdit et qui le dénonça; ils ne purent lui pardonner d'avoir rendu la liberté à des esclaves et de guérir tous les malades.

23 juillet. *Saints Ruvenne et Rasiphus.* Ils étaient frères, Bretons, et furent martyrisés à Seez.

16 août. *Saint Diomède.* L'empereur Dioclétien le fit décapiter à Nicée, en Bithynie.

17 août. *Saint Philippe.* Il était de Florence, pratiqua la médecine à Paris et mourut en 1285.

20 août. *Saints Leontius et Carpophorus.* Ils furent tués en Arabie, sous Dioclétien.

25 août. *Saint Gennadius.* Médecin fort habile.

26 septembre. *Saint Cosme et saint Damien.* « *Sacris litteris eruditi, artis medicinæ clarissimi.* » Ils subirent le martyre sous Dioclétien, vers la fin du IIIe siècle. On sait qu'au XIIIe siècle

nous ne pouvions la rapporter ni à la transformation graisseuse, ni à la cirrhose des ivrognes; nous ne pouvions même, malgré le séjour antérieur du malade dans les pays chauds, accepter l'hypothèse d'un abcès du foie, car les abcès de cet organe qui siégent dans le lobe gauche et qui se portent vers l'épigastre offrent d'habitude une forme acuminée et de la fluctuation; il n'est guère que les abcès du lobe droit qui restent longtemps cachés sous une couche épaisse de parenchyme; il fallait ici que le lobe gauche fût soulevé par une tumeur plus profonde que le foie lui-même, mais la nature de cette tumeur n'avait pas même été soupçonnée par nous.

Un fait remarquable encore dans cette autopsie, c'est la quantité considérable et l'épaisseur des tissus fibreux adventifs qui enveloppaient le foie et qui, d'autre part, soudaient le poumon droit aux côtes et au diaphragme. Malgré la fréquence de ces produits chez les ivrognes, le lieu spécial de leur développement dans le cas actuel semble indiquer que chez ce sujet il se préparait sans doute un travail de migration du pus vers le thorax; les adhérences étaient constituées comme elles le sont à la veille de la pénétration dans cette cavité du contenu d'un abcès hépatique : cette fois il n'y aurait pas eu, comme chez notre autre malade, épanchement intra-pleural, mais production immédiate d'une fistule rénale pulmonaire.

Pathologie externe.

De l'ostéite envisagée au point de vue de l'accroissement des os. — Des causes qui produisent l'hypertrophie ou l'arrêt de développement. — De l'excès d'allongement dans les ostéites diaphysaires. Par M. A. Poncet, interne des hôpitaux de Lyon.

On s'est beaucoup occupé jusqu'ici de l'ostéite au point de vue symptomatologique; et dans ces dernières années, soit en France, soit à l'étranger, la littérature médicale s'est enrichie de recherches nouvelles sur les diverses formes d'ostéites, en particulier sur l'ostéite des jeunes sujets, qu'on a désignée sous des noms différents (Chassaignac, *Ostéomyélite aiguë*, 1854; *Périostite phlegmoneuse*, Schützenberger, 1856; Bœckel, 1858; Louvet, 1867; Klose, *Décollement des épiphyses*, 1858; Gosselin, *Ostéite épiphysaire aiguë des adolescents*, 1858; Ollier, *Ostéite, ostéo-périostite, ostéo-myélite juxta-épiphysaires*, thèse de Gamet, 1862); mais on ne s'est pas inquiété de l'influence de l'ostéite sur l'accroissement des os.

L'inflammation du tissu osseux produit cependant de graves perturbations dans son évolution. Tantôt elle est suivie d'un excès d'allongement, tantôt, au contraire, elle donne lieu à un arrêt de développement qui peut, dans certains cas, amener des difformités choquantes ou occasionner des désordres fonctionnels.

Bien qu'on rencontre dans les différents auteurs des faits d'hyperostose ou d'arrêt de développement, on ne trouve nulle part de loi générale formulée avant les recherches de M. Ollier. Notre travail a pour but d'étudier ce côté intéressant des affections osseuses. Nous empruntons nos documents aux travaux déjà publiés par ce chirurgien, et surtout aux observations inédites recueillies dans son service, durant ces dernières années.

Gerdy, Cruveilhier, Nélaton, Follin, parlant de l'ostéite ou de la nécrose, signalent presque exclusivement l'hypertrophie des os en épaisseur; et lorsqu'ils font mention de l'hypertrophie en longueur, ils lui accordent à peine quelques lignes sans chercher à l'interpréter (1). Gerdy, cependant, constate que dans certaines ostéites *l'os n'augmente pas seulement dans son épaisseur ou sa largeur, mais qu'il se développe même dans la longueur, de manière à être plus long que celui du côté opposé* (*Maladies des organes du mouvement*, p. 119). Il signale, en outre, d'après Cloquet, la longueur plus grande de l'os nouveau dans le cas de nécrose invaginée (Gerdy, *loc. cit.*, p. 228). Billroth (*Éléments de pathologie chirurgicale générale*, p. 340) parle d'un allongement des os observé par Roser dans certains cas d'ostéo-myélite. Parise (*Mémoire sur les luxations par allongement des os ; Journ. de chir. de Malgaigne*, 1834), décrivant les luxations par allongement des os, a rapporté plusieurs cas d'hypertrophie en longueur du tibia, dont une partie avait été préalablement nécrosée. Vers la même époque, Baizeau (*Comptes rendus de l'Académie des sciences* 1854), et après lui Herpin, faisaient connaître le développement hypertrophique des os fracturés.

Quant aux arrêts de développement en longueur, à la suite des inflammations osseuses, ils ont été décrits par Broca (*Bulletin de la Société anatomique*, 1851), Richet (*Traité d'anatomie médico-chirurgicale : Système osseux*), et attribués à l'ossification précoce du cartilage de conjugaison.

En Angleterre, Stanley (*Treatises on diseases of the bones*, London, 1839), James Paget (*Lectures on surgical pathology*, London, 1853) ont signalé l'allongement pathologique des os. Mais Humphry, de Cambridge, est le seul qui se soit occupé spécialement de cette question. Dans un mémoire important

(1) Nous rapportons textuellement le passage que Follin consacre à l'hypertrophie en longueur des os, pour montrer combien à cette époque les idées étaient confuses sur ce point : « Ce n'est pas seulement en largeur que les os se développent, l'augmentation se fait aussi en longueur, et j'ai souvent constaté ce phénomène à la jambe des individus atteints d'ostéite du tibia. C'est à l'inflammation des lignes épiphysaires qu'on attribue cette puissance d'élongation de l'os. Dans un cas cité par Humphry, l'allongement du tibia, sur une femme, avait été assez considérable pour amener une courbure de l'os, qui devait s'adapter à la longueur du péroné resté sain. La phlegmasie osseuse s'étendait, dans ce cas, de la diaphyse à l'épiphyse. » (Follin, *Traité de pathologie externe*, p. 621.)

Cette dernière phrase est pour nous incompréhensible.

---

il se forma en France, sous l'invocation de ces deux saints, la confrérie des chirurgiens, dite de Saint-Cosme.

26 septembre. *Saint Eusèbe.* Il vivait sous l'empereur Maxence. Fut-il martyrisé? Mourut-il dans son lit? Les avis sont partagés à cet égard-là.

18 octobre. *Saint Luc, évangéliste.* Voilà le grand patron de la Faculté de médecine de Paris, le «patron des médecins orthodoxes», comme on disait rue de la Bûcherie. Il était d'Antioche, accompagna saint Paul dans son voyage de Troade en Macédoine, alla prêcher seul à Corinthe, et fut mis à mort en Achaïe, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans (vers 60).

29 octobre. *Saint Zenobius.* « *Medicinæ præceptis optime imbutus.* » Il fut décapité, avec sa sœur Zénobie, sous l'empereur Dioclétien.

2 novembre. *Saint Theotodus*, de Laodicée en Syrie. «*Medicus et episcopus.* »

19 novembre. *Saint Orestes*, de Cappadoce. Il fut martyrisé sous Dioclétien, et telle était l'énergie de sa foi qu'en mourant il traça, avec le sang qui coulait de ses blessures, le nom de Jésus.

5 décembre. *Saint Emilien.* Fut crucifié sur la terre africaine, sous le roi Adrien Hunnericus.

A. Chéreau.

(*On the influence of paralysis diseases of the joints, diseases of the epiphysial lines, excision of the knee, rickets and some other morbid conditions upon the growth of bones*) qui parut dans les *Medico-surgical Transactions* de 1862, il cite plusieurs cas d'arrêt de développement, par suite de l'inflammation de la ligne épiphysaire, mais il ne rapporte qu'une observation d'excès d'accroissement en longueur. Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans ayant un allongement du fémur à la suite d'une ostéite diaphysaire. Baizeau et Herpin avaient déjà noté l'hypertrophie des os fracturés.

Au mois de juin 1869, M. Langenbeck (*Ueber krankhaftes Längenwachsthum der Röhrenknochen und eine Verwerthung für die chirurgische Praxis*, von B. V. Langenbeck) lut à la Société de médecine de Berlin un mémoire sur l'accroissement des os malades et sur les conséquences qui en découlent, au point de vue de la pratique chirurgicale, mais il n'ajouta rien de nouveau (1) aux recherches que M. Ollier avait fait connaître depuis plusieurs années et qui se trouvent relatées dans le Traité expérimental et clinique de la régénération des os. Par l'expérimentation et l'observation clinique, le chirurgien de Lyon avait étudié ces questions de croissance. Il s'était attaché à déterminer expérimentalement les causes de l'augmentation de volume ou de l'arrêt de développement, en reproduisant chez les animaux les diverses lésions qu'on observe sur l'homme. Depuis longtemps il insiste sur ces troubles de croissance du système osseux, et parmi les nombreuses observations d'ostéites, recueillies dans son service, nous n'avons que l'embarras du choix. Celles que nous publions démontrent d'une manière frappante les modifications apportées à l'accroissement des os par l'inflammation des diverses parties de la diaphyse. Elles nous permettront de mettre en relief les causes, le mécanisme de ce surcroît ou de ce manque d'activité organique du cartilage de conjugaison, se traduisant tantôt par un allongement de l'os, tantôt par un arrêt de développement, et nous pourrons avec les données de la physiologie expérimentale fournir une interprétation rationnelle de faits en apparence contradictoires.

Les lois formulées par M. Ollier, relativement au développement des os, trouvent dans la clinique, ainsi que nous le verrons, une nouvelle confirmation. Il a, en effet, déterminé par des expériences spéciales, différentes de celles qu'on avait invoquées jusqu'alors, le rôle du cartilage de conjugaison dans l'accroissement normal et pathologique des os, et montré quels troubles dans le développement du tissu osseux pouvaient être la conséquence de l'irritation de ce cartilage.

Entre les diverses parties constituantes d'un os, moelle, périoste, substance compacte, il existe une telle solidarité que l'inflammation siégeant primitivement dans tel ou tel tissu y reste rarement limitée. Si elle ne s'étend pas, en tant qu'inflammation à proprement parler, elle détermine tout au moins, dans les portions d'os avoisinantes, des troubles de nutrition, des phénomènes d'irritation, que révèle un surcroît ou un arrêt plus ou moins complet d'activité physiologique.

Un os long peut, en outre, être considéré, pendant la croissance, comme formé par trois os juxtaposés : un os central ou diaphyse, deux os terminaux ou épiphyses, séparés de la diaphyse par une portion intermédiaire, le cartilage de conjugaison, et réunis par une membrane enveloppante, le périoste.

L'inflammation, vu les connexions intimes de ces parties, leurs modifications incessantes à cette période de la vie, déterminera, malgré son siége éloigné (*ostéite du milieu de la diaphyse, périostite diaphysaire*), des troubles nutritifs dans la totalité de l'os et surtout dans les parties où s'opère l'accroissement, c'est-à-dire sous le périoste, dans la couche ostéogène, pour l'accroissement en épaisseur, et dans le tissu de la diaphyse contiguë au cartilage de conjugaison, pour le développement en longueur.

(1) Il signale cependant, parallèlement à l'accroissement des diaphyses, la diminution des surfaces articulaires correspondantes. Nous n'avons jamais constaté semblable diminution; nous avons plutôt, dans les ostéites diaphysaires anciennes, observé une augmentation de toutes les parties de l'os. Ce n'est que dans le cas où le membre est atrophié par le repos prolongé, que M. Ollier a remarqué un arrêt de développement des épiphyses.

S'il s'agit d'une ostéite du milieu de la diaphyse, l'irritation transmise à travers les tissus vasculaires imprime un nouvel élan à la prolifération du cartilage de conjugaison, et des couches osseuses se forment en plus nombre entre lui et la diaphyse.

Lorsque la lésion est sur la limite du cartilage, quand l'inflammation occupe l'extrémité de la diaphyse, c'est-à-dire lorsqu'elle se développe dans les couches non encore complétement ossifiées, elle se propage au tissu cartilagineux; et si elle n'amène pas sa destruction, elle arrête la prolifération de ses cellules et se traduit par un arrêt de développement de l'os atteint.

Les affections osseuses diverses, et en particulier les ostéites aiguës ou chroniques des extrémités de la diaphyse si fréquentes chez les enfants doivent toujours faire redouter de semblables complications.

Il n'est pas rare de voir des malades atteints, dans leur enfance d'ostéite juxta-épiphysaire et actuellement arrivés à la fin de la croissance; on est frappé alors des différences de longueur, parfois considérables, qui existent entre les deux membres. Nous citons précisément l'observation d'un jeune homme dont le tibia était plus long que l'autre de 8 centimètres; chez un autre malade la différence entre les deux fémurs était de 74 millimètres (observations I et XI).

De tels faits sont difficiles à interpréter sans des connaissances exactes sur l'accroissement normal des os, et nous croyons devoir rappeler ici certaines propositions fondamentales nécessaires à l'intelligence des cas cliniques.

§ 1. — *De l'influence de l'irritation sur les éléments d'accroissement de l'os. — Théorie générale de cet accroissement. — Rôle du cartilage de conjugaison. — Effets différents de l'irritation suivant qu'elle porte sur le périoste ou le cartilage de conjugaison. — Irritation directe ou immédiate. — Irritation indirecte ou à distance.*

Expérimentalement on peut, à volonté, produire un excès d'allongement ou un arrêt d'accroissement dans la longueur d'un os. Il suffit, pour obtenir le premier résultat, d'irriter le tissu de la diaphyse, *périoste* ou *moelle*. On produit ainsi une irritation indirecte sur le cartilage de conjugaison, par suite une prolifération plus active, et finalement une hypertrophie de l'os en longueur. Cette irritation peut avoir lieu de diverses manières ; la simple dénudation d'un os, le grattage de sa couche superficielle, l'ablation d'un lambeau de périoste, l'implantation de clous, sont suivis au bout d'un certain temps d'un allongement de cet os. Tout traumatisme, quel qu'il soit, le produit, pourvu qu'il porte sur la diaphyse.

Pour retarder l'accroissement, il faut, au contraire, agir directement sur le cartilage de conjugaison, en le broyant, en le dilacérant par exemple. Il faut faire porter l'irritation sur son propre tissu ou dans son voisinage immédiat. Cette irritation directe produit les mêmes résultats que l'inflammation aiguë qui siége sur les limites de ce cartilage.

Quelques considérations sur la structure des parties terminales des diaphyses auxquelles M. Ollier a donné le nom de *juxta-épiphysaire*, montreront mieux le rôle des diverses parties de l'os dans son accroissement morbide.

La portion juxta-épiphysaire, toujours plus ou moins renflée, est formée par un tissu spongieux, à texture spéciale, très-vasculaire, qui est le siége de modifications incessantes dans la période de croissance.

C'est sur ses limites, là où elle se continue avec le cartilage de conjugaison, que se fait la transformation du cartilage en os, ou, pour être plus exact, la substitution de ce tissu au premier. Entre ces deux tissus, le cartilage de conjugaison et

le tissu spongieux de la diaphyse, se trouve la couche de transition que M. Broca a appelée *spongoïde*, et dont il a montré toute l'importance dans la formation des lésions rachitiques.

Les portions juxta-épiphysaires de la diaphyse forment les parties les plus renflées, les plus épaisses de l'os: elles sont plus renflées que les épiphyses qui les surmontent et qui ne jouent pas, à beaucoup près, un rôle aussi important dans l'accroissement physiologique et les maladies de l'os.

A ce sujet, nous ne saurions trop faire remarquer combien dans le langage ordinaire on fait jouer aux épiphyses un rôle exagéré dans la nutrition normale et pathologique du tissu osseux. Autant l'activité organique est grande dans les portions juxta-épiphysaires de la diaphyse, autant elle est obscure dans les épiphyses.

Les épiphyses ne servent presque pas à l'accroissement des os, ce n'est point entre l'épiphyse et le cartilage de conjugaison que se fait l'accroissement, c'est entre ce cartilage et la portion juxta-épiphysaire de la diaphyse. D'après les recherches de M. Ollier, l'accroissement par la face diaphysaire du cartilage serait de douze à vingt fois, selon les différents os, celui par la face épiphysaire du même cartilage (1).

Il en est de même de tous les os, aussi ne faut-il pas donner aux épiphyses une importance qu'elles ne méritent pas. On ne doit donc point, avec M. Cruveilhier fils, considérer en bloc comme épiphyses toutes les portions renflées, terminales des os, mais bien distinguer dans ces renflements ce qui appartient à l'épiphyse et ce qui revient à la portion juxta-épiphysaire de la diaphyse. Cette distinction donne la clef d'une foule de faits pathologiques inexplicables sans cela.

Les rapports de cette portion juxta-épyphisaire sont importants à noter, parce que dans la détermination de ces rapports nous trouvons la raison de la propagation de l'inflammation osseuse aux articulations, ou bien l'immunité de ces dernières.

Ils sont, comme l'a fait remarquer M. Ollier, variables pour les différentes articulations. Il est certaines inflammations juxta-épiphysaires qui se propagent presque fatalement aux articulations voisines : comme celle de l'extrémité supérieure du fémur, qui se confond presque toujours avec la coxalgie. Il en est d'autres, au contraire, qui restent généralement indépendantes : comme celle de l'extrémité inférieure du radius, supérieure du tibia. La raison de cette différence se trouve dans les rapports de la synoviale avec la diaphyse. Pour l'extrémité supérieure du fémur, le col qui fait partie de la diaphyse est plongé dans la synoviale. Dans d'autres articulations, la synoviale n'a de rapport qu'avec l'épiphyse et non avec la diaphyse.

Voilà pourquoi les inflammations de la portion juxta-épiphysaire restent indépendantes dans ces dernières et ne se propagent à la synoviale que lorsqu'elles sont très-intenses, à marche progressive avec caractère diffus.

M. Sézary (*Lyon médical*, février 1870, thèse inaugurale : *De l'ostéite aiguë chez les enfants et les adolescents ;* Paris 1870) a recherché aux divers âges et pour les différentes articulations les rapports exacts de la synoviale avec la diaphyse. De ces rapports, ainsi que nous venons de le dire, dépend la propagation plus ou mois rapide de l'inflammation osseuse aux articulations limitantes.

Les lésions épiphysaires primitives sont relativement rares; le plus souvent l'inflammation du tissu spongieux succède, à part les cas traumatiques, à des altérations de la synoviale.

Que l'inflammation ait pour siége la portion juxta-épiphysaire, ou qu'elle affecte toute autre portion de la diaphyse, si l'irritation s'étend au cartilage de conjugaison on verra survenir des modifications dans l'accroissement de l'os en longueur.

Les os longs des membres s'accroissent, en effet, par le moyen du cartilage dans le sens de la longueur, et du périoste dans le sens de l'épaisseur.

Reprenant les expériences de Duhamel et de Flourens, M. Ollier arriva à formuler cette proposition : que l'accroissement des os est *périphérique*.

Il admit avec Flourens que l'os ne s'étend pas, qu'il n'y a pas à l'état normal d'accroissement interstitiel appréciable et que l'accroissement se fait par l'apposition de nouvelle substance osseuse tout autour de l'os. Quant à l'accroissement en longueur, il est dû au dépôt de nouvelles couches au niveau du cartilage de conjugaison, entre la diaphyse et l'épiphyse.

Dans ces derniers temps, Wolf (*Ueber Knochenwachsthum* in *Berlin. Wochenschr.*, 1868, et *Centralblatt*, 1870), Volkmann en Allemagne, ont fait jouer à l'accroissement interstitiel un rôle beaucoup plus important que ne lui avait attribué M. Ollier dans son TRAITÉ DE LA RÉGÉNÉRATION DES OS.

C'est à l'expérimentation, croyons-nous, qu'il faut avoir recours, et le meilleur moyen nous paraît être l'implantation de clous dans le tissu des os, à la manière de Duhamel et de Flourens. Or, quand chez un jeune animal en voie de croissance on implante deux ou plusieurs clous dans la diaphyse d'un os, du tibia, par exemple, la distance qui les sépare restant connue, on voit, quels que soient l'âge et l'accroissement ultérieur du sujet, que cette distance est restée la même, que les clous ne sont pas plus éloignés les uns des autres.

Nous avons, soit l'an passé, soit ces derniers mois, aidé M. Ollier dans des expériences faites sur de très-jeunes animaux, lapins, poulets, et sur des chats le lendemain de leur naissance.

Il répétait l'expérience que nous considérons comme fondamentale, l'implantation de clous dans la diaphyse. Nous avons pu voir que l'accroissement interstitiel était à peine appréciable et nullement comparable pour son importance à l'accroissement périphérique.

M. Ollier n'a, du reste, observé un peu d'accroissement interstitiel qu'en opérant sur de très-jeunes animaux (1).

Dans les cas pathologiques, le travail qui s'opère dans les os enflammés et qui a pour résultat apparent l'hyperplasie des éléments médullaires, la résorption des lamelles osseuses, l'agrandissement des canalicules, produit dans certains cas un véritable accroissement interstitiel; il en est de même lors du développement d'un néoplasme dans l'intérieur du tissu osseux.

L'accroissement des os en longueur appartient donc au cartilage de conjugaison, mais il est, en outre, un fait des plus importants que l'expérimentation a mis en lumière, c'est l'accroissement inégal de l'os par chaque extrémité, c'est l'activité formatrice plus grande du cartilage de conjugaison à telle ou telle extrémité.

Pour le démontrer, M. Ollier place dans la diaphyse d'un os long chez un jeune animal, à égale distance des extrémités, un petit clou de plomb. Au bout de quelque temps il constate que le clou n'est point au milieu de l'os, il n'est pas, comme auparavant, à égale distance de chaque extrémité. L'extrémité qui se trouve à la fin de l'expérience la plus éloignée du clou est donc celle qui prend la plus large part à l'accroissement.

Cette expérience, répétée pour tous les os longs des membres, lui ont permis de formuler les lois suivantes :

Au membre supérieur, pour les os du bras et de l'avant-

(1) Voici, comme exemple, ce que nous a donné la mensuration comparative du tibia d'un nouveau-né et du même os chez un jeune homme de dix-huit ans :

Enfant de trois jours.......	Épiphyses du tibia réunies.	0,014
	Diaphyse.................	0,061
Jeune homme de dix-huit ans.	Épiphyses du tibia réunies.	0,029
	Diaphyses................	0,300

0,029 — 0,014 = 0,015, chiffre représentant l'accroissement des épiphyses à partir de la naissance jusqu'à l'âge de dix-huit ans.

0,300 — 0,061 = 0,239, chiffre représentant l'accroissement de la diaphyse.

En divisant l'accroissement de la diaphyse par l'accroissement des épiphyses réunies, on trouve le rapport de 1/15.

(1) Chez les mammifères, il a toujours eu le même résultat : *accroissement interstitiel nul ou insignifiant;* la distance entre les deux clous placés dans la diaphyse restait la même. C'est chez les oiseaux seulement qu'il l'a trouvé plus sensible.

bras, c'est l'extrémité concourant à former le coude qui s'accroît le moins.

Au membre inférieur, pour les os de la cuisse et de la jambe, c'est l'extrémité qui concourt à former le genou qui s'accroît le plus (1).

Les deux segments principaux d'un même membre se trouvent par cela même dans un rapport inverse entre eux; les os du membre supérieur sont aussi dans un rapport inverse relativement aux os analogues du membre inférieur.

Ces notions sur le rôle du cartilage de conjugaison dans l'accroissement en longueur de l'os ne seraient peut-être point suffisantes pour l'intelligence des cas pathologiques. Aussi devons-nous développer ici les propositions que nous avons émises plus haut touchant les effets de l'irritation sur les différents éléments de l'os.

L'expérimentation était ici d'autant plus nécessaire que dans les affections spontanées de l'homme il est très-difficile de limiter la lésion, de s'en rendre un compte exact. Nous avons rappelé plus haut les divers moyens de produire l'allongement des os, mais il nous paraît indispensable d'analyser avec plus de détails les résultats fournis par l'expérimentation.

Si l'on incise simplement le cartilage de conjugaison avec la lame mince d'un scalpel et si l'on n'écarte pas les portions sectionnées, on observe un arrêt d'accroissement, nul ou peu considérable. Il est beaucoup plus évident si l'on incise, au contraire, le cartilage profondément, si on le taille dans toute son épaisseur en plusieurs lamelles. Lorsqu'on enlève une partie du cartilage, l'arrêt d'accroissement devient très-marqué. Il est unilatéral lorsqu'on a fait porter l'excision sur un point limité d'un seul des condyles du tibia par exemple; bilatéral, ou plutôt total, si la lésion comprend toute l'étendue du cartilage (2).

Si l'on broie, si l'on dilacère le cartilage de conjugaison avec la couche osseuse qui lui est immédiatement contiguë; si l'on porte l'irritation jusqu'à un degré qui amène la suppuration, on obtient un arrêt d'accroissement considérable qui reproduit exactement celui qu'on observe après certaines ostéites spontanées chez l'homme. On est souvent obligé pour obtenir ce résultat de répéter ces irritations à plusieurs reprises ou de laisser des corps étrangers en contact avec le cartilage.

Le raccourcissement sera en outre d'autant plus considérable que l'extrémité à laquelle appartient le cartilage irrité prendra une plus grande part à l'accroissement.

De simples piqûres, quelques nombreuses qu'elles soient, faites avec un poinçon, ne s'accompagnent pas de troubles bien appréciables dans le développement de l'os en longueur. Quant à l'ablation du cartilage de conjugaison, elle entraîne toujours un arrêt complet d'accroissement.

Cette expérience résout à elle seule la question si controversée du mode d'accroissement des os en longueur. Elle montre, mieux que tous les raisonnements et toutes les expériences anciennes, l'importance du cartilage de conjugaison. Elle répond péremptoirement aux objections de Wolf, Volkmann, etc., qui n'avaient pas trouvé assez démonstratives les expériences de Hunter et de Flourens.

Si l'irritation provoquée du cartilage lui-même (*irritation directe*), déterminant des troubles profonds de l'organe ostéogène, amène un arrêt plus ou moins complet d'accroissement, l'irritation traumatique de la partie moyenne de l'os, qu'elle porte sur la moelle, le périoste ou la substance osseuse proprement dite, produit un phénomène inverse; elle s'accompagne d'un allongement de l'os.

M. Ollier a observé l'hypertrophie en longueur des os longs qu'il avait dépouillés de leur périoste sur une certaine étendue; il a obtenu le même résultat à la suite d'implantations de clous dans la diaphyse des chiens et des lapins, après des fractures de la diaphyse, comme Baizeau l'avait déjà signalé, à la suite des suppurations provoquées dans l'intérieur du canal médullaire, en un mot toutes les fois qu'il a irrité un des tissus constituants de la diaphyse, quel que soit le mode d'irritation employé. L'irritation transmise ainsi de proche en proche au cartilage (*irritation indirecte*) est suffisante pour activer la prolifération cellulaire, et tant que l'irritation ne dépasse pas un certain degré, de nombreuses et nouvelles couches d'os se forment entre la diaphyse et le cartilage.

Ce ne sont pas seulement les irritations directes de la diaphyse qui amènent cette hypertrophie. L'irritation des tissus voisins chroniquement enflammés, dans les ulcères des jambes, par exemple, peut se transmettre de proche en proche jusqu'à l'os sous-jacent et amener secondairement un excès d'allongement.

Dans ces phénomènes hypertrophiques que produit l'irritation des divers éléments de l'os, le périoste et le cartilage se comportent d'une manière différente. Que le périoste soit irrité directement ou indirectement; que la lésion porte sur un autre tissu et que l'irritation s'étende par propagation jusqu'à lui; qu'il soit, au contraire, immédiatement atteint, dans la majorité des cas le résultat sera le même : formation de couches osseuses sous-périostiques plus ou moins abondantes (Ollier, *loc. cit.*, ch. v, p. 173). Si nous considérons, au contraire, le cartilage de conjugaison directement intéressé, nous voyons que l'un des premiers effets de cette irritation est un ralentissement plus ou moins marqué dans la prolifération des cellules cartilagineuses, et par suite une production osseuse moindre qu'auparavant, d'où résulte nécessairement un arrêt d'accroissement.

D'autres expériences de M. Ollier ont démontré que l'irritation provoque la formation de nouvelles couches osseuses sous-périostiques, surtout lorsqu'elle est chronique, lente et longtemps continuée. Elle réveille même chez les sujets âgés les propriétés de la couche ostéogène, qui sont presque complétement éteintes.

Quant au cartilage épiphysaire, il se comporte, avons-nous dit, différemment, suivant le genre d'excitations auxquelles il est soumis. A la suite d'ostéite, de périostite diaphysaire, outre les lésions inflammatoires locales se manifestant par leurs signes habituels : rougeur de la peau, gonflement de l'os, épaississement du périoste, etc., il se produit par propagation un certain degré d'irritation formative du côté du cartilage épiphysaire, une exagération de nutrition qui a pour effet d'augmenter son activité organique et que révèle un excès d'accroissement en longueur.

L'irritation se fait-elle à distance, reste-t-elle légère, ne dépasse-t-elle pas un certain degré, elle déterminera un sur-

(1) L'accroissement est plus marqué du côté où le cartilage s'ossifie plus tardivement, où l'épiphyse se soude la dernière. Il ne faudrait pas toutefois en conclure que l'inégalité d'accroissement entre les deux extrémités d'un os dépend de la soudure plus ou moins précoce des épiphyses : il suffirait de faire remarquer que cette inégalité s'observe dans les premiers temps de la vie, avant toute trace d'ossification du cartilage de conjugaison, c'est-à-dire avant la soudure de l'épiphyse. Lorsque cette dernière arrive, on doit la considérer comme la fin de développement du cartilage, comme la conséquence d'une sorte d'épuisement de cet organe générateur de l'os, et no point y voir un surcroît d'activité, ainsi que le voulait M. Bérard, s'appuyant sur le rapport qu'il avait trouvé entre la direction du trou nourricier de l'os et l'ordre de soudure des épiphyses; ce chirurgien avait formulé la proposition suivante : *Des deux extrémités d'un os long, c'est toujours celle vers laquelle se dirige le conduit nourricier qui se soude la première avec le corps de l'os.* Entre ces deux faits, la soudure de l'épiphyse et la direction du conduit nourricier, il n'y a qu'une simple coïncidence, et non pas un rapport de cause à effet.

La loi de Bérard ne peut pas s'appliquer à l'accroissement des os; elle n'est pas constante chez tous les animaux. Chez le lapin, par exemple, la direction du trou nourricier de l'humérus et du fémur est la même. L'accroissement se fait cependant en sens inverse pour ces deux os. Si l'activité formatrice est plus grande dans telle extrémité que dans telle autre, celle où l'accroissement est plus considérable devra devenir de préférence le siége de lésions hyperplasiques, de troubles inflammatoires, d'ostéites juxta-épiphysaires.

Ce que la physiologie laissait supposer, la clinique est venue le confirmer. M. Ollier a noté la fréquence des maladies osseuses aux extrémités qui jouent le plus grand rôle dans l'accroissement. M. Soulier (*Du parallélisme parfait entre le développement du squelette et celui de certaines exostoses*, thèse de Paris, 1864) a également insisté sur le lieu d'élection des exostoses des adolescents (*exostoses juxta-épiphysaires*, Ollier); il a montré que leur siége habituel était aussi l'extrémité qui prenait la plus large part à l'accroissement.

(2) Voyez, pour de plus amples développements, *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, chap. XIII.

croît d'activité du cartilage de conjugaison. Si la lésion est juxta-épiphysaire, si l'inflammation a pour siége cette portion de la diaphyse dont nous avons parlé, à texture spéciale, très-vasculaire, on comprend avec quelle facilité l'irritation doive s'étendre jusqu'au cartilage, qui peut dès lors s'enflammer ou tout au moins être modifié profondément.

Telle inflammation, qui, au début, agissant à distance, excitait la vitalité du cartilage, peut se propager jusqu'à lui, et alors, changeant de caractère, devenant irritation *directe*, arrêter la prolifération cartilagineuse. Tout dépend, comme nous ne saurions trop le répéter, du siége et du degré de cette inflammation. Si elle se trouve à une certaine distance du cartilage, quoique siégeant dans la portion renflée de la diaphyse, elle agit comme toutes les irritations diaphysaires; si elle s'approche du cartilage de conjugaison au point de faire suppurer la couche spongoïde qui l'avoisine immédiatement, elle modifie la vitalité du cartilage, le détruit même et amène un arrêt de développement de l'os.

Cet arrêt de développement ne se fait que sur la longueur et non sur l'épaisseur, car le périoste qui préside à l'accroissement de l'os en épaisseur continue de fonctionner.

L'os dont l'accroissement a été ainsi entravé est plus gros que l'os normal, et cette particularité fait distinguer les causes multiples pouvant amener un arrêt d'accroissement (Ollier, *loc. cit.*, ch. XII).

Dans les os atrophiés, c'est-à-dire dans les os dont le développement a été arrêté par une cause étrangère au tissu osseux, par une paralysie, par l'immobilité prolongée, l'atrophie porte en effet sur l'ensemble de l'os, il est réduit dans tous ses diamètres, et s'il reste plus court il est en même temps plus grêle.

L'arrêt de développement consécutif aux lésions du cartilage n'est point dû uniquement, ainsi qu'on pourrait le supposer, à son ossification précoce, pas plus que l'allongement ne doit être mis sur le compte d'une ossification tardive. Le cartilage épiphysaire finit bien, au bout d'un temps variable mais éloigné, par s'ossifier. Dans quelques cas même, surtout dans les ostéites spontanées de l'homme, il peut s'ossifier dès le début. Toutefois, si jusqu'à l'époque de la soudure de l'épiphyse, qui en réalité est un peu avancée, l'os ne s'est pas accrû, c'est qu'il y a eu un arrêt dans la prolifération cartilagineuse. Les portions détruites sont remplacées par un tissu fibroïde qui constitue plus tard une cicatrice fibreuse plus lente à s'ossifier que le reste du cartilage.

L'os malade subit parfois des changements dans la direction; on remarque alors des courbures, des incurvations constamment les mêmes pour les mêmes os. Le siége de ces déviations est à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse. Le cartilage de conjugaison ou la couche de tissu spongoïde qui lui est juxtaposée sont envahies par l'inflammation, se ramollissent, la diaphyse se trouve alors unie à l'épiphyse par un tissu moins résistant qui finit par céder aux tractions musculaires.

L'inégalité d'accroissement de deux os parallèles solidement unis l'un à l'autre, tels que le tibia et le péroné, le radius et le cubitus, est également la cause de déformations du membre malade.

Lorsque l'os parallèle ne suit pas dans son développement l'os irrité, il se luxe sur ce dernier. C'est ainsi que la tête du péroné (voy. Parise, *Mém. sur les luxations par allongement des os*, in *Journ. de chir. de Malgaigne*, et Ollier, *loc. cit.*, ch. XII, t. I) étant restée stationnaire, abandonne souvent la facette articulaire tibiale si le tibia, à la suite de lésions osseuses, s'est développé outre mesure.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 7 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Ferments. — M. *Pasteur* fait connaître de nouvelles expériences, desquelles il résulte que la levûre qui fait fermenter le raisin dans la cuve de vendange vient de l'extérieur et non de l'intérieur des grains.

De plus, sur l'invitation de M. *Dumas*, de faire connaître à l'Académie les expériences nouvelles qu'il a effectuées sur le rôle des cellules en général, considérées comme agents de fermentation dans certaines conditions déterminées, M. Pasteur rappelle qu'il a été conduit peu à peu à envisager la fermentation comme une conséquence obligée de la manifestation de la vie, quand la vie s'accomplit en dehors des combustions directes dues au gaz oxygène libre. On peut entrevoir, comme conséquence de cette théorie, que tout être, tout organe, toute cellule qui vit ou qui continue sa vie sans mettre en œuvre l'oxygène de l'air atmosphérique, ou qui le met en œuvre d'une manière insuffisante pour l'ensemble des phénomènes de sa propre nutrition, doit posséder le caractère ferment pour la matière qui lui sert de source de chaleur totale ou complémentaire. Cette matière paraît devoir être forcément oxygénée et carbonée, puisque elle sert d'aliment au ferment.

« Considérons, dit M. Pasteur, un liquide sucré, propre à la nourriture des ferments, contenu dans un vase disposé de telle sorte qu'on puisse ensemencer ce liquide avec une production organisée spéciale, sans craindre que d'autres organismes puissent venir s'y associer ultérieurement, à l'insu de l'expérimentateur, par voie d'ensemencement spontané, c'est-à-dire par les germes en suspension dans l'air atmosphérique. A la surface de ce terrain ainsi préparé, déposons une trace de *Mycoderma vini* pur. Les jours suivants, la moisissure recouvrira peu à peu tout le liquide sous forme d'un voile continu. Cela posé, il est facile de constater que le développement du mycoderme dans ces conditions donne lieu à une absorption de gaz oxygène atmosphérique, qui est remplacé par un volume à peu près égal de gaz acide carbonique, et d'autre part qu'il ne se forme pas du tout d'alcool.

» Répétons cette expérience exactement dans les mêmes conditions, avec cette seule différence que, quand le voile sera continu, nous agiterons le vase pour disloquer ce voile et le submerger autant que cela est possible, car les matières grasses dont il est accompagné empêchent qu'il ne soit mouillé en totalité. Le lendemain, souvent après quelques heures déjà, lorsqu'on opère à la température de 25 à 30 degrés, on voit s'élever sans cesse du fond du vase de petites bulles de gaz qui annoncent que la fermentation du liquide sucré a commencé. Elle continue les jours suivants, quoique toujours faible, et il est facile de constater dans le liquide la présence d'une quantité sensible d'alcool. Une observation attentive, faite au microscope, des cellules ou articles du mycoderme submergé, montre que ces articles ne se reproduisent pas, mais qu'ils se gonflent pour la plupart, et que la structure intérieure de leur *plasma* se modifie profondément.

» Si la fermentation s'arrête, on peut la faire reprendre en disloquant de nouveau le voile qui s'est reformé.

» L'interprétation de ces faits ne paraît pas douteuse. Dans ces deux expériences comparatives, nous avons sous les yeux des cellules qui prennent ou perdent, au gré de l'opérateur, le caractère ferment. Or, quelle est, dans les deux cas, la différence des conditions d'existence pour les cellules du *Mycoderma vini?* Il n'y en a qu'une, qui est irrécusable. Dans le premier cas, la vie de la plante a lieu au niveau du liquide, en présence de l'air atmosphérique ou, mieux, du gaz oxygène, tandis que, dans le second, elle s'accomplit hors de son influence ou, du moins, au contact de quantités d'oxygène

extrêmement faibles, parce que celui qui tend à se dissoudre dans le liquide est retenu par la vie des cellules restées à la surface. La vie n'est pas éteinte dans les cellules submergées, le microscope le démontre; mais cette vie se fait ou, mieux, se poursuit avec privation d'air, et alors ces cellules provoquent la fermentation.....

» La levûre de bière, ce type des ferments, et les autres ferments organiques que j'ai découverts, nous apparaissent dès lors comme des plantes ou animalcules qui ne diffèrent des organismes inférieurs qu'en ce qu'ils ont la faculté de vivre et de se multiplier à l'abri du contact de l'air, d'une manière régulière et prolongée.

» Je suis porté à croire que le mystère de la fermentation se trouve dévoilé par ces résultats inattendus. Ce que nous appelons ferments organisés sont des organismes qui peuvent continuer pour un temps leur vie et même se régénérer, sans que l'oxygène libre doive nécessairement intervenir pour brûler et mettre en œuvre les matériaux de leur nutrition; des organismes, en d'autres termes, qui peuvent s'assimiler directement des matières oxygénées, le sucre par exemple, capables de fournir de la chaleur par leur décomposition. La fermentation nous apparaît comme un cas particulier d'un phénomène extrêmement général, et l'on pourrait dire que tous les êtres sont des ferments dans certaines conditions de leur vie; car il n'en est pas chez lesquels on ne puisse momentanément suspendre l'action du gaz oxygène libre..... »

M. Pasteur se propose d'étendre ses études à beaucoup de plantes et même aux organes du règne animal.

Cette communication est suivie des remarques de M. *Fremy* et de M. *Trécul*. Ce dernier rappelle des expériences qui lui sont propres et qui viennent à l'appui de la théorie de M. Pasteur.

Phylloxera. — M. *Laliman* adresse un article du journal *la Gironde*, relatif à la question du *Phylloxera*. (Renvoi à la commission.)

Fermentation. — M. *Béchamp* communique un travail sur l'action du borax dans les phénomènes de fermentation.

L'auteur, après avoir rappelé que, dans son mémoire sur la fermentation alcoolique, M. Dumas constate que la levûre mise en contact pendant quelques jours avec une dissolution de borax peut, après en avoir été séparée, exciter la fermentation alcoolique du sucre de canne, se demande si elle ne doit pas, sous certaines conditions, opérer l'interversion de ce sucre. C'est pour vérifier ce point de vue qu'il a institué des expériences avec l'eau de levûre ou la zymase, l'eau sucrée et la dissolution de borax dans les conditions suivantes:

Préparation de l'eau de levûre. — Laisser infuser pendant seize heures 400 grammes de levûre lavée et égouttée dans 400 centimètres cubes d'eau, et filtrer.

Dissolution de borax. — Elle était saturée à la température de 18 degrés.

Eau sucrée. — Elle contenait 1/6e de son poids de sucre pur, ne réduisant pas le réactif cupro-potassique.

Dissolution de zymase. — 250 grammes de l'eau de levûre employée ont été précipités par une quantité suffisante d'alcool. Le précipité recueilli, lavé à l'alcool plus faible, bien égoutté et essoré, a été délayé dans 80 centimètres cubes d'eau : la liqueur filtrée contenait la zymase séparée de l'albumine; elle en contenait donc environ trois fois plus que l'eau de levûre.

L'auteur ajoute que la présence de la créosote ou de l'acide phénique à dose coagulante (1 goutte pour 100 centimètres cubes), employés dans le but d'empêcher l'influence des microzymas atmosphériques, ne retarde pas sensiblement l'interversion. Enfin, il résulte de ses expériences que l'acide borique n'est pas la cause de l'influence du borax, qui lui est en quelque sorte personnelle. Je me suis assuré que le bicarbonate de soude retarde l'inversion, bien plus que celui de potasse. C'est donc de l'action du bicarbonate de soude que celle du borax se rapproche le plus.

Détermination des proportions des substances végétales dans les eaux potables ou insalubres. — M. *É. Monier* établit par des expériences que l'eau de la Dhuys peut être considérée comme d'une très-grande pureté, sous le rapport des matières végétales, et l'on pourrait, suivant lui, obtenir de l'eau de Seine s'en approchant, en la filtrant avec de l'albumine à l'état gélatineux; la magnésie calcinée retient à peu près complétement les matières organiques solubles, mais elle enlève en même temps tout le carbonate de chaux dissous à la faveur de l'acide carbonique; elle doit être employée en petites proportions, 1 décigramme par litre.

Académie de médecine.

Séance du 15 octobre 1872. — Présidence de M. Barth.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements de la Loire, de la Savoie, de la Manche, de la Haute-Saône et de l'Oise. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une demande de vaccin pour les trois départements de l'Algérie. (*Commission de vaccine.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. le docteur *Sistach*, médecin major à Bône (Algérie), qui se présente comme candidat pour le titre de membre correspondant. — *b*. Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *H. Bergeron*, et renfermant la description d'un nouveau procédé d'examen de la température dans les maladies. (*Accepté.*) — *c*. Une note sur un irrigateur de porcelaine, fabriqué par M. *Alathème*. — *d*. Une note de M. le docteur *Pigeon* (de Fourchambault) sur une théorie du sommeil naturel. — *e*. Une lettre de M. *Crinon*, secrétaire général de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, accompagnant l'envoi d'un Bulletin de cette Société, dans lequel se trouve un rapport adressé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce sur la question de savoir si les sages-femmes ont le droit de prescrire le seigle ergoté. (*Comm.* : Chevallier, Guérard et Tarnier.) — *f*. Une note de M. le docteur *Jacquez* (de Lure), réclamant la priorité de la découverte des propriétés antifermentescibles et antiputrides des borates solubles.

M. *Béhier* dépose sur le bureau une note manuscrite de MM. *Danet* et *E. Regnault*, relative à la septicémie, avec une série d'expériences ayant pour but de déterminer les conditions d'absorption des matières putrides dans l'organisme. (*Comm.* : MM. Colin, Delpech et Davaine.)

M. *Larrey* présente : 1° Un rapport manuscrit de M. le docteur *Costa* (de Bastelica), médecin major, sur la Corse et son recrutement. — 2° Un rapport de M. le docteur *Lalagade* (d'Alby) sur le vaccin et la petite vérole dans le département du Tarn, en 1870 et 1871. — 3° Les Mémoires et les Bulletins de la Société de médecine de Bordeaux pour les années 1870-1871.

M. *Bergeron* présente une brochure de M. le docteur *Jeannel* sur l'engrais chimique.

M. *Colin* offre en hommage le tome II de son Traité de physiologie comparée des animaux (2e édition).

M. *le Président* annonce qu'il y a lieu de déclarer trois vacances : l'une dans la section d'accouchement, en remplacement de M. Paul Dubois; la seconde dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Michel Lévy, et la troisième dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Bousquet.

De la septicémie expérimentale. — Conformément à la promesse qu'il avait faite, M. *Bouley* rend compte des expériences qu'il a entreprises, en vue d'étudier comparativement les effets de la septicémie expérimentale sur les chevaux, les chiens, les moutons et les lapins. Il a employé des matières putrides diluées, suivant le procédé de M. Davaine, soit en les inoculant sous la peau, soit en les injectant dans les veines.

Les résultats ont été négatifs pour les chevaux, les chiens et les moutons.

Quant aux lapins, neuf sont morts à la suite de l'inoculation d'une première dilution de sang septicémique, et quatre autres ont résisté à l'injection du même sang dilué au dix-millionième et au trillionième.

Enfin, M. Bouley ajoute qu'une expérience a été faite très-involontairement sur l'homme. Un vétérinaire militaire, qui l'aidait dans les inoculations, s'est piqué avec la pointe d'un trocart chargé de liquide septique; il n'a voulu prendre aucune précaution, et heureusement aucun accident ne s'est produit.

M. *Colin* rapporte des expériences dont les résultats confirment celles de M. Bouley. Il a injecté dans le sang des chevaux, des chiens, des rats et des souris, des quantités énor-

mes de matières putrides, et il n'a jamais vu survenir les phénomènes de la septicémie. Ces phénomènes ne se montrent que sur le lapin, c'est-à-dire sur l'animal le plus sensible à l'action des poisons, le plus impressionnable à l'influence des transmissions morbides.

Nous voilà bien loin des surprises que la révélation des premières expériences de M. Davaine avait suscitées et des généralisations prématurées que quelques esprits hardis en voulaient déjà tirer. Les faits nouveaux justifient pleinement les sages réserves exprimées par M. Bouley, au nom de la clinique, et son prudent appel à des expériences plus nombreuses et plus variées. Ils fixent, dans de justes limites, le champ des expériences de M. Davaine, en circonscrivant leurs résultats et les conclusions qui s'en déduisent au cycle du lapin. Ainsi que M. Davaine lui-même le reconnaît avec une modestie et une bonne foi qui l'honore, le fait principal qui ressort de ses recherches, c'est que l'inoculation d'un sang putréfié, chez le lapin, produit une maladie qui devient contagieuse par inoculation pour le lapin, et dont le caractère essentiel est une véritable putréfaction du sang sur le vivant.

Nous croyons, avec M. *Verneuil*, qu'on ne doit pas s'arrêter dans la voie expérimentale ouverte par MM. Raimbert, Coze, Feltz et Davaine. Il faut chercher à créer les cycles septicémiques du cheval, du chien et des autres animaux, comme M. Davaine a créé le cycle du lapin.

M. Verneuil ne désespère même point que l'on ne parvienne à créer le cycle septicémique de l'homme. Mais M. *Barth* ne croit pas que la septicémie humaine soit mortelle pour l'homme ; la preuve en est qu'il a pratiqué dans sa vie de très-nombreuses autopsies de toute espèce de sujets, et que jamais il n'a éprouvé d'accidents graves à la suite des piqûres anatomiques qu'il s'est faites... Cependant, M. Barth ne saurait oublier qu'il ne se passe guère d'année où les piqûres anatomiques ne fassent quelques victimes dans les rangs des médecins ou des étudiants.

La question de la septicémie expérimentale n'est, pour ainsi dire, qu'ébauchée ; elle attend de nouvelles expériences sur les animaux pour l'élucidation des problèmes encore obscurs qui s'y rattachent.

Étiologie du typhus exanthématique. — M. *Chauffard* donne lecture d'un très-remarquable travail sur ce sujet.

Tous nos livres classiques professent aujourd'hui qu'on fait naître à volonté le typhus exanthématique ; qu'il suffit, pour que ce fléau se déclare, que les grands rassemblements d'hommes qui constituent les armées en campagne ou qui remplissent les villes assiégées, tombent en un profond degré de misère, de privations, de souffrances physiques et morales. L'encombrement, le défaut de ventilation dans les campements et dans les hôpitaux, la malpropreté des soldats, l'alimentation insuffisante ou défectueuse, le froid humide ou excessif, les fatigues, les veilles, la nostalgie, les préoccupations tristes, les défaites devant l'ennemi, le voisinage des champs de bataille où les cadavres gisent à peu de profondeur, l'indiscipline et toutes les incuries funestes qui la suivent, ces causes réunies sont réputées engendrer fatalement le typhus ; aussi l'appelle-t-on volontiers *typhus des camps*, *typhus des armées*, *typhus des villes assiégées*.

Sans contester la part considérable de ces causes. M. Chauffard pense qu'il ne faut pas restreindre à ces facteurs communs toute l'étiologie du typhus exanthématique.

L'ensemble de ces conditions étiologiques ne se rencontrait-il pas à la plus haute puissance dans les siéges de Paris et de Metz ? Et cependant, malgré des prévisions sinistres, que tout semblait légitimer, le typhus ne s'est pas montré dans ces deux villes, où tout semblait préparé pour une explosion facile du mal. M. Chauffard trace un tableau saisissant de l'histoire pathologique du siége de Paris. Il montre que toutes les maladies de noms et d'espèces diverses, qui frappèrent si cruellement la population militaire et la population civile, présentaient une invariable et commune modalité, celle de l'état adynamique, putride, ataxique, typhique ; il rappelle les ravages exercés par l'infection purulente, sur les blessures de guerre et sur les grandes operations, comme une marque certaine du peu de résistance vitale de nos opérés et de nos blessés. Quant au typhus exanthématique, on n'en a pas observé un seul cas, ni dans sa forme complète, ni dans ses prétendues formes ébauchées, ni dans cette autre forme amoindrie que l'on a appelée typhus à rechute ou typhus abortif.

A Metz, où la situation était plus désastreuse, où la misère, l'encombrement et la disette étaient plus grands encore qu'à Paris, le typhus n'a pas éclaté non plus. M. Chauffard en appelle sur ce point aux témoignages univoques de MM. les docteurs Grellois, Libermann, Leplat, Cros, Ehrmann, qui ont écrit sur l'histoire médicale du siége de Metz des relations très-précises et pleines d'intérêt. Cette absence de typhus dans une ville qui avait tant et si longtemps souffert, et où se trouvaient condensées toutes les causes généralement acceptées, a été constatée, après la levée du blocus, par trois éminents médecins de l'armée allemande, MM. Frerichs, Niemeyer et Langenbeck.

Mais ce qu'il y a de plus surprenant, c'est que le typhus exanthématique, qui épargnait la ville assiégée, sévissait sur les assiégeants et infligeait des pertes considérables, 6595 morts, à l'armée prussienne, victorieuse, largement approvisionnée, occupant de larges espaces. De sorte que, contrairement à l'étiologie commune et aux idées reçues, le typhus manquait là où tout l'appelait, et il existait là où l'on n'aurait pas dû le voir.

La misère, la famine, l'encombrement, paraissent donc insuffisantes, aux yeux de M. Chauffard, pour créer parmi nous le typhus exanthématique. Ces causes engendrent, dans nos contrées, des fièvres typhoïdes, des maladies adynamiques de caractères divers ; mais elles ne suscitent pas cette pyrexie spécifique, si réglée, à type si tranché, qui seule doit conserver le nom de typhus.

En conséquence, on doit admettre qu'il existe d'autres conditions étiologiques, méconnues ou oubliées, et dont l'influence est cependant prépondérante. Ces conditions essentielles et majeures, M. Chauffard les place dans la race, le sol et le climat. Se reportant à la marche et au développement des deux épidémies de typhus qui se manifestèrent en France, l'une, pendant les invasions de 1814 et de 1815, l'autre, à la suite de la guerre de Crimée, en 1855 et 1856, il montre que ces épidémies, contractées par nos armées sur une terre étrangère, n'ont pénétré chez nous que par l'importation, par la rentrée des troupes, par l'évacuation de nos soldats blessés ou malades, et ramenant avec eux le typhus qu'ils avaient emprunté au loin. Puis ces épidémies, importées en France, sur un sol qui n'était pas le leur, s'y sont éteintes promptement, comme si elles n'y avaient pas trouvé les éléments de fécondité et de renouvellement qu'elles rencontrent ailleurs. Il y a donc dans notre race, dans notre climat, dans notre sol, des conditions qui font que le typhus ne s'acclimate pas parmi nous.

Objectera-t-on ces petites épidémies de typhus observées dans les prisons et dans les bagnes, celle de Niantec, si bien décrite par M. le docteur Gillet, et les épidémies locales qui se montrent encore en Algérie ? M. Chauffard répond à ces objections qu'il serait difficile de prouver que la plupart de ces épidémies ne tirent pas leur origine de l'importation, surtout quand elles se montrent dans les bagnes et dans les ports de mer. Et puis n'est-il pas possible que, dans bien des cas, on ait confondu avec le vrai typhus des fièvres typhoïdes à formes insolites, des ictères infectieux, la méningite cérébro-spinale, épidémique, le typhus cérébro-spinal, le méningo-typhus ?

De l'ensemble des faits et des considérations exposés dans ce mémoire, M. Chauffard croit pouvoir tirer cette dernière conclusion : que l'on ne doit pas limiter aux influences délétères de la misère et de l'encombrement les causes occasionnelles du typhus, et qu'on ne le crée pas à volonté au moyen

de ces facteurs communs; que la race et le sol fournissent à l'étiologie de cette maladie des conditions essentielles et majeures; que le typhus, comme le choléra, doit être rangé parmi les maladies épidémiques d'origine exotique, ne paraissant sur notre sol que par importation et ne s'y acclimatant pas lorsqu'il y a été importé.

M. *Bouchardat*, dont les opinions sont particulièrement mises en cause dans ce mémoire, se propose de prendre la parole dans une prochaine séance.

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET

CORRESPONDANCE. — DES ALTÉRATIONS DES TUBES DE CAOUTCHOUC PAR LES INJECTIONS IODÉES.— DISCUSSION. — DE LA TEINTURE D'IODE ACIDE ET DE SES INCONVÉNIENTS.

Le procès-verbal de la séance du 9 août 1872 est lu et adopté. (Nous avons donné le compte rendu de cette séance, page 573.)

La correspondance contient : un envoi du docteur *Van Holsbeck*, intitulé : *Souvenirs de l'occupation allemande en 1870*; les *Bulletins de la Société médicale de Nancy;* les *Bulletins de la Société d'hydrologie;* les *Archives de médecine navale;* les n°s 17, 18, 19, 20 du *Lyon médical;* les *Comptes rendus de la Société de médecine de Bordeaux;* la *Statistique médicale de l'armée en 1869*.

Il est en outre adressé à la Société une demande de secours par M. Georges-Charles Jenner, qui se dit descendant du grand Jenner, et qui, tombé dans le dénûment, se serait adressé *en vain* aux Sociétés savantes d'Angleterre. La Société médicale des hôpitaux, pensant que les Sociétés anglaises, auprès desquelles le mérite et l'honorabilité trouvent toujours un appui et un secours généreux, n'ont dû agir ainsi vis-à-vis de M. G. C. Jenner que par de graves motifs, passe à l'ordre du jour.

M. *Moissenet*, président, exprime les regrets de la Société de n'avoir pu se faire officiellement représenter aux obsèques de M. Horteloup. L'absence de presque tous les membres de la Société et du bureau, pendant la période des vacances, explique le fait. M. Moissenet propose d'instituer désormais une commission de permanence qui, pendant les vacances, pourrait représenter la Société dans ces tristes circonstances.

— M. *Beaumetz* expose les résultats d'une série d'expériences qu'il a instituées pour établir quelles étaient les altérations causées par les liquides iodés sur les tubes de caoutchouc.

On se rappelle que M. Bucquoy avait manqué de perdre dans une plèvre un tube de caoutchouc qui y était devenu cassant et friable, probablement par suite des injections iodées. M. Beaumetz eut à craindre le même accident pour un kyste hydatique. C'est alors que, pour éclairer cette question, il a pris un certain nombre de tubes de caoutchouc vulgairement appelés tubes à drainage, et les a plongés dans du pus, dans des solutions de teinture d'iode plus ou moins étendues, dans divers liquides d'injections, et les y a fait séjourner plus ou moins longtemps. Voici les résultats obtenus :

1° Le pus, seul, n'est pas capable d'altérer le caoutchouc. A part une légère augmentation de volume, un tube a macéré pendant longtemps dans le pus sans s'altérer.

2° Les liquides divers que l'on emploie en injection dans la plèvre ou autres cavités, et dans lesquels entrent en certaines proportions l'alcool, l'acide phénique, le permanganate de potasse, le chloral (cette injection de chloral au 1/100° est expérimentée en ce moment dans les pleurésies suppurées et semble à M. Beaumetz donner d'excellents résultats), restent sans action sur le caoutchouc.

3° Il en est tout autrement pour les liquides iodés. La détérioration du caoutchouc varie suivant le degré de concentration de la liqueur.

Dans la teinture d'iode *pure* les tubes subissent une augmentation considérable de volume (un tube de 5 millimètres avait acquis, au bout de vingt-quatre heures, un diamètre de 15 millimètres); leurs parois s'épaississent, et les striations qui existent à la surface s'accentuent davantage. Cependant l'élasticité du caoutchouc semble peu modifiée, quoiqu'il devienne plus cassant.

Dans la teinture d'iode *diluée*, les transformations sont plus grandes : on remarque aussi une augmentation de volume, mais le caoutchouc devient dur, cassant, friable; il se produit des fendillements dans le sens transversal et dans le sens longitudinal.

Si la solution est légère (eau 100, teinture 1), le tube est à peine altéré. Il épaissit légèrement.

Dans une solution de 50 centigrammes de teinture pour 100 grammes d'eau, les tubes restent intacts.

4° La vulcanisation du caoutchouc est-elle pour quelque chose dans ces altérations? Non, car un tube non vulcanisé a subi les mêmes détériorations que ceux préparés avec le soufre.

5° Il est probable, suivant M. Beaumetz, que le caoutchouc, dont la formule est C^8H^7, forme avec l'iode un composé spécial, un iodure de caoutchine, comme le soufre, forme, par le procédé de vulcanisation, un sulfure de caoutchine. Quand on se sert de tubes vulcanisés, l'iode déplace le soufre et s'y substitue.

6° On pourrait croire que les tubes plongés dans une solution de teinture d'iode *iodurée* sont altérés par le fait de l'iodure de potassium : il n'en est rien, car un tube plongé dans une solution d'iodure potassique reste absolument intact.

Ces expériences montrent à quels dangers on s'expose en se servant de tubes de caoutchouc placés à demeure dans des cavités où l'on injecte des solutions iodées.

Discussion. — M. *Bucquoy* considère ces expériences comme très-importantes, et croit qu'on devrait presque proscrire les tubes de caoutchouc quand on doit faire des injections iodées, et particulièrement dans le procédé de M. Potain, dans lequel le tube, introduit dans la poitrine, y entre à frottement. On s'expose grandement à ne pouvoir retirer le tube et à le perdre dans la cavité pleurale.

Il indique, en outre, qu'il serait bon d'expérimenter le caoutchouc rouge, dit anglais, préparé au sulfure d'antimoine, et de voir s'il résiste mieux à l'iode que le caoutchouc vulcanisé.

M. *Hérard* croit qu'il suffirait, pour éviter l'altération des tubes introduits dans la plèvre, de les retirer tous les quatre ou cinq jours. Dans la plèvre, le liquide iodé est mêlé et presque combiné avec le pus, et le caoutchouc est moins facilement attaqué que dans les flacons remplis de teinture d'iode.

M. *Isambert* croit qu'il faut tenir compte de l'adjonction de l'iodure de potassium dans la teinture d'iode. C'est là un corps nouveau, dont l'action doit être différente de celle de la teinture d'iode pure.

— M. *Moutard-Martin*, à l'occasion de cette discussion sur la teinture d'iode, appelle l'attention de la Société sur les qualités souvent nuisibles de la teinture d'iode quand elle a été préparée en grande quantité et qu'elle a vieilli. Il arrive constamment dans la pratique civile et dans les hôpitaux de voir les applications externes de teinture d'iode provoquer des irritations excessives de la peau, des érythèmes prurigineux très-gênants. Il croit que cette nocuité dépend de la formation d'acide iodique au sein de la liqueur. Il serait bon d'appeler l'attention de l'administration des hôpitaux sur cette question, afin qu'elle ne mette à la disposition des médecins que de la teinture d'iode fraîchement préparée.

M. *Isambert* partage les opinions de M. Moutard-Martin. Il a reconnu, lui aussi, depuis longtemps, les inconvénients de la teinture acidifiée. Il croit qu'on pourrait éviter cette acidification en ajoutant du carbonate de soude en certaines proportions.

— M. *Moissenet*, président, engage M. Beaumetz à reprendre des expériences comparatives entre les injections iodées simples, iodées iodurées, et celles formées de teinture ancienne ou récente.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

SUR LES LYMPHADÉNOMES. — RÉSECTION ANCIENNE DU COUDE. — AUTOPSIE. ABCÈS DU CERVEAU SUITE DE FRACTURE DU CRANE.

M. *Panas* communique à la Société de chirurgie quelques observations pour servir à l'étude des lymphadénomes.

Obs. I. — R... (Louis), quarante-six ans, entré à l'hôpital Saint-Louis le 21 octobre 1871 pour une tumeur volumineuse qu'il porte dans la gorge depuis trois mois environ. D'abord sensation de gêne dans la gorge, surtout pendant la déglutition; tuméfaction de la région parotidienne; tumeur de l'amygdale qui en trois mois obstrue l'isthme du gosier; écoulement continuel de salive par la bouche; amaigrissement rapide.

A l'entrée du malade à l'hôpital, on constate une décoloration complète des téguments; la moitié gauche du cou est le siége d'une tumeur énorme, multilobée, élastique. En certains points, la peau amincie est violacée et adhérente. L'amygdale gauche est remplacée par une masse considérable de tissu grisâtre friable, ayant l'aspect de la substance grise du cerveau. Pas d'hémorrhagie; peu de douleur. Le 11 janvier 1872, opération partielle pour soulager le malade, dont la respiration est très-pénible. La tumeur, ne résistant pas aux pinces, est morcelée avec les doigts; les morceaux enlevés furent examinés au microscope par MM. Ranvier et Valtat : il s'agissait d'un lymphadénome.

Ganglions inguinaux tuméfiés, indolents; il en est de même des ganglions lombaires. Dans l'aisselle gauche un ganglion volumineux. La rate a doublé de volume. L'examen du sang montre la présence d'un nombre assez considérable de globules blancs. Mort vers le 12 mai. Le microscope montre que la tumeur est composée d'un tissu réticulé dont les mailles sont remplies de cellules rondes embryonnaires. Ce réticulum prend naissance sur les parois des capillaires, qui renferment de nombreux leucocytes. Les cellules qui remplissent les mailles sont rondes, à un noyau, et mesurent de 8 à 9 millièmes de millimètre.

Voici un exemple d'adénite cervicale strumeuse, avec augmentation des globules blancs du sang, sans engorgement de la rate :

Obs. II. — L... (Charles), quarante-cinq ans, entré le 9 février 1872. Aucun antécédent dans la famille, ni de cancer, ni de scrofule. Pas de syphilis. Au mois de mars 1872, ganglion hypertrophié dans la région sous-maxillaire droite, du volume d'un œuf de pigeon. Du mois de mars au mois de juin, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux se prennent et constituent une tumeur considérable, dure, mamelonnée, non douloureuse au toucher. Au pli de l'aine, pléiade ganglionnaire peu volumineuse. La rate est normale et conserve ses rapports. L'examen microscopique du sang, fait par M. Valtat, révèle la présence d'une quantité considérable de globules blancs.

L'observation suivante est un exemple d'adénie sans trace de leucémie ni même de gonflement de la rate.

Obs. III. — V... (Louis), soixante-cinq ans, entré le 4 mars 1872, pour des tumeurs ganglionnaires nombreuses dont le début remonte à cinq ans environ. Voici l'état du malade à son entrée à l'hôpital. Les ganglions inguinaux gauches forment une tumeur du volume du poing. A la partie supérieure de la cuisse, dans le triangle de Scarpa, autre tumeur du même volume, parallèle à l'axe du membre. Même état du côté droit. Des deux côtés, empâtement dans les régions iliaque et lombaire. Dans les aisselles, nodosités nombreuses. Les ganglions cervicaux sont pris à un faible degré. Amygdales volumineuses. Rien du côté de la rate et du foie. L'examen du sang ne révèle aucune particularité.

M. Panas dit en terminant : « Tant que la lésion paraît localisée dans une seule région du corps, que la rate reste normale, ainsi que les autres parties du système lymphoïde et lymphatique, que le sang ne présente pas de globules blancs en excès, que la santé reste bonne et que l'on ne prévoit pas de trop grands dangers opératoires, il est permis d'opérer, tout en faisant des réserves sur la possibilité d'une récidive. Dans les conditions opposées, sauf nécessité absolue (asphyxie, gêne de la déglutition), ne pas opérer. »

— M. *Ollier* présente un coude sur lequel a été pratiquée une résection par la méthode sous-périostée.

Dans ses expériences sur les animaux, M. Ollier a constaté qu'en conservant la totalité de la gaîne périostéo-capsulaire, on obtenait une articulation de même type physiologique que l'articulation enlevée. Les surfaces articulaires nouvelles prennent l'aspect cartilagineux sans en avoir la structure. La pièce que M. Ollier présente démontre deux points très-importants : la régénération des tubérosités humérales et de l'olécrâne et, de plus, une véritable articulation ginglymoïdale entre les extrémités osseuses de nouvelle formation. Cette articulation est très-solide latéralement et très-mobile dans le sens antéro-postérieur; sa configuration est différente cependant de celle du coude normal : elle ressemble plutôt à une articulation tibio-tarsienne qu'à un coude. Les tubérosités nouvelles ressemblent à des malléoles; elles constituent une mortaise qui relie solidement le radius et le cubitus. L'articulation est maintenue par des ligaments épais et solides, et elle est entourée des muscles qui s'insèrent dans leurs rapports normaux. La pièce provient d'un jeune homme de vingt et un ans, Léon P..., opéré en septembre 1868 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et mort de phthisie huit mois après.

Quoique le sujet soit mort avant la reconstitution complète de l'articulation, ce fait a une valeur démonstrative sur laquelle M. Ollier insiste d'autant plus que les faits de ce genre sont très-rares. Joint à l'autre fait publié en 1870, aux observations de Doutrelepont et de Jasseron, et à un autre fait d'autopsie après trois mois dû à M. Gayet, il achève la démonstration des propositions chirurgicales que M. Ollier a avancées d'après ses expériences sur les animaux.

M. *Verneuil*, mettant de côté les considérations théoriques, affirme avoir vu à l'Hôtel-Dieu de Lyon une série d'opérés par résection chez lesquels les résultats cliniques étaient excellents. Les coudes fonctionnent très-bien et la difformité est peu apparente. Les résultats obtenus par M. Ollier sont supérieurs aux résultats connus des procédés anciens.

M. *Trélat*, qui était aussi au Congrès de Lyon, a fait absolument les mêmes observations au point de vue clinique.

M. *Chassaignac* dit que pour établir la supériorité des résultats de M. Ollier, il faut les comparer aux résultats obtenus par les autres chirurgiens. Dans des cas donnés, la conservation du périoste est mauvaise; quand le périoste est malade, on obtient de mauvaises reproductions osseuses, des espèces de *spina ventosa* qui s'opposent à un bon résultat.

M. *Verneuil* a vu les résultats anciens et les a comparés aux nouveaux; les procédés anciens donnaient des membres détestables, où il y avait peu de mouvements. Le procédé de M. Ollier a fait ses preuves; c'est aux partisans des autres procédés à faire les leurs.

M. *Le Fort* était aussi au Congrès de Lyon; les résultats obtenus par M. Ollier sont très-bons; cependant presque tous les bras avaient des mouvements de latéralité, et l'articulation ne paraissait pas complétement reproduite. Cette réserve faite, les résultats de M. Ollier sont supérieurs à ceux obtenus antérieurement.

M. *Chassaignac* fournira des preuves qui établiront que cette supériorité n'est pas aussi réelle qu'on le dit.

— M. *Polaillon* présente une pièce relative à un abcès du cerveau développé tardivement à la suite de fracture du frontal avec enfoncement des fragments. (M. Dubrueil, rapporteur.)

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX.

Ligature de la fémorale dans un cas d'éléphantiasis de la jambe droite, par le docteur Queirel.

L'observation suivante, recueillie par M. L. Jubiat, est un exemple qui démontre que la ligature de l'artère principale du membre, opération grave en elle-même, n'est pas un moyen certain de guérison de l'éléphantiasis. Nous l'analyserons et nous y joindrons quelques remarques sur le mode de traitement qui a été employé.

Observation. — Le nommé X..., Savoyard, entré à l'hôpital de la Conception le 10 août 1870, est atteint depuis cinq ans d'un éléphantiasis de la jambe droite ; il est charretier, et cette affection rend très-pénible l'exercice de son métier. A l'entrée du malade, le pied a tout à fait l'aspect de celui d'un éléphant : c'est une masse informe dans laquelle sont perdus les orteils. Le cou-de-pied et le tiers inférieur de la jambe sont de la même grosseur ; le mollet lui-même a augmenté de volume. A la hauteur des chevilles, il y a une quantité de gros plis, de gros bourrelets, qui gênent énormément le malade, et le font même souffrir. Le genou n'a plus aucune forme ; la jambe et la cuisse ne font plus qu'un, ce qui donne au membre l'aspect d'un cylindre régulier. A la surface de tout le membre dont le derme et le tissu cellulaire sous-cutané sont hypertrophiés, et principalement sur les parties où l'on remarque les replis cutanés, on voit un grand nombre de petites ulcérations qui laissent écouler une sérosité jaunâtre qui donne à la jambe une rougeur érythémateuse. L'état général est assez satisfaisant. Un traitement palliatif, composé de repos, cataplasmes, bains, onctions, toniques, resta sans effet, le mal progressait.

M. Queirel, obligé d'agir plus énergiquement, se décida pour la ligature de la fémorale. Celle-ci fut pratiquée dans le triangle de Scarpa, où les tissus étaient sains. On fit la compression de tout le membre pendant plusieurs jours. Les suites de l'opération furent très-simples, le membre diminua de volume, et à la sortie il était à peine plus volumineux que le membre de l'autre côté, sauf à la région malléolaire. Les dimensions avant l'opération et après celle-ci étaient les suivantes : Tiers moyen de la cuisse, 56 centimètres le 18 août avant l'opération, et 41 centimètres le 12 septembre, après l'opération ; le genou, 47 centimètres avant, 36 centimètres après ; le mollet, 36 centimètres avant, 27 centimètres après ; le tour des malléoles, 39 centimètres avant, et 33 centimètres après ; le cou-de-pied, 34 centimètres avant, 25 centimètres après ; les orteils, 24 centimètres, puis 21.

Le malade se croyait guéri, malheureusement l'affection s'est reproduite, et environ un an plus tard il n'eut d'autre alternative que l'amputation ou l'infirmité, qu'il préféra conserver.

L'emploi de la ligature comme moyen de cure radicale de l'éléphantiasis a été plusieurs fois préconisé dans ces douze dernières années : Carnochan, en 1852, avait déjà lié, dans cinq cas, l'artère principale du membre ; après lui, Ogier, Staham, Butcher, Bryant, etc. (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1866, p. 161, et 1863, p. 546). Mais dans la plupart de ces faits nous connaissons surtout les résultats immédiats. Les observations de Fayrer, de Richard, et quelques-unes des précédentes ont au contraire montré qu'il faut se tenir en garde contre les succès du premier moment. Le fait du docteur Cueirel est une nouvelle preuve que la cure radicale de l'éléphantiasis par la ligature n'est pas une méthode de traitement bien certaine. D'ailleurs on ne peut nier la gravité de l'opération, de sorte que dans la plupart des cas les chirurgiens ne la considéreront que comme une ressource ultime dont la valeur même n'est pas encore démontrée.

Un moyen moins grave, mais qui a donné à Dufour de Dainvilles, dans plusieurs cas, et à Vanzetti, dans un cas, de très-beaux résultats, qui ne paraissent pas inférieurs à la ligature, c'est la compression prolongée de l'artère fémorale, soit par les doigts, soit par un appareil spécial, et il nous semble que cette méthode de traitement devrait toujours précéder la ligature. (*Marseille médical*, 20 mai 1872.)

Travaux à consulter.

Obstruction intestinale, hernie obturatrice découverte a l'autopsie, par le docteur Erichsen. (*The Lancet*, 22 juin 1872.)

Note sur un cas de calcul nasal, par James West. — Ce calcul remontait à dix ans environ ; il avait produit de l'ozène, le gonflement du nez, de la lèvre supérieure et des gencives, l'ébranlement des incisives centrales et latérales. Il était ovoïde, pesant 1 gramme, et long d'environ 15 centimètres, et composé de phosphate de chaux et de magnésie, avec un noyau central formé d'un caillou de la grosseur d'un pois. L'extraction fut faite avec des pinces. (*The Lancet*, 3 février 1871.)

Anévrysme du creux poplité traité par la ligature, par M. Grout. — Il s'agissait d'un anévrysme sacciforme du volume des deux poings. On tenta sans succès la compression par l'appareil de Broca, les douleurs étaient excessives, M. Grout pratiqua la ligature de la fémorale au tiers moyen, il y eut des plaques gangréneuses à la plante du pied ; cinquante-trois jours après l'opération, la tumeur persiste, mais est dorénavant silencieuse. (*Union médicale de la Seine-Inférieure*, n° 28, 1872.)

Anévrysme de l'artère sous-clavière gauche guéri par les injections d'ergotine et la compression digitale, par M. le docteur Dutoit de Berne. — Il s'agit d'un anévrysme à développement rapide, pour lequel on fit quinze injections d'ergotine dans l'espace de six semaines. Dès la quatrième injection il y eut une diminution notable de la tumeur. On peut alors pratiquer la compression digitale pendant six jours, et six heures par jour. La tumeur ne présente plus de pulsations ; et cinq mois plus tard, il n'y avait plus de signes objectifs ou subjectifs. (*Il Morgagni*, 11 et 12, 1872.)

Apoplexie cérébelleuse, par le docteur Clément. — Cette observation n'est complète qu'au point de vue symptomatologique, mais le malade a guéri et la consécration anatomique manque, cependant les signes observés semblent indiquer une apoplexie cérébelleuse, ils consistaient en céphalalgie, vomissement, bredouillement de la parole, désharmonie remarquable du mouvement, strabisme, nystagmus, sensation de vertige. (*Lyon médical*, 23 juin 1872.)

De la résection intra-buccale du nerf maxillaire inférieur, par le docteur A. Menzel. — L'auteur rapporte deux observations qui démontrent la possibilité de la résection du nerf maxillaire inférieur par une incision pratiquée dans la bouche. Le procédé qu'il a employé présente les avantages suivants : lésion n'offrant aucun danger, possibilité de la résection du nerf en un point élevé, absence de cicatrice, de paralysie faciale et de fistules salivaires consécutives, facilité du manuel opératoire. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd. 13, Heft. 3, 1872.)

Tumeur polypeuse de la vessie non cancéreuse, par le docteur Gersung. — Dans le cas cité par l'auteur, il y avait une production polypeuse développée autour d'un calcul ayant pour noyau et pour origine une portion de cathéter. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd. 13, Heft 1, p. 135, 1871.)

Épithélioma perlé ou margaritoïde de l'iris, par le docteur F. Monoyer. — Observation très-complète accompagnée d'une planche, suivie de remarques très-judicieuses à propos d'un travail de Rothmund, qui indique pour la genèse des kystes et des épithéliomas de l'iris une cause dont il a la priorité et dont on ne saurait contester la singularité. M. Monoyer démontre facilement qu'on ne peut admettre pour l'origine des kystes de l'iris et encore moins des épithéliomas de l'iris, la *greffe* qui résulterait de la pénétration dans le tissu iridien de lambeaux arrachés à l'épithélium de la cornée ou au tégument externe, théorie émise par Rothmund. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1er juin 1872.)

De l'otite diphthéritique, par R. Wreden. — La diphthérie de l'oreille moyenne est une complication de la diphthérie du pharynx, moins rare qu'on ne le suppose, puisque l'auteur l'a observée dix-huit fois comme complication de scarlatine. (*L'Imparziale*, 11 juin 1872.)

Extroversion de la vessie, par le docteur S. Jones. — Le docteur Jones a traité, à Saint-Thomas's Hospital, trois cas d'exstrophie ou extroversion de la vessie. Dans l'un observé chez un homme, il a réussi à faire communiquer les uretères avec le rectum et à établir une sorte de cloaque urétéro-rectal. Dans le second cas, il a également réussi à faire passer l'urine par le rectum. Dans le troisième, l'extroversion existait chez une femme; il a pu, à l'aide de deux lambeaux, établir un réceptacle pour l'urine. (*Medical Times and Gazette*, 6 juillet 1872.)

De la réduction en masse des hernies, par F. Castelain. — Une observation servant d'introduction à une étude critique et bibliographique de la réduction en masse. (*Bulletin médical du nord de la France*, juin 1872.)

Fracture de l'atlas, par le docteur Hamilton. — Ce fait présente des particularités intéressantes se rapportant à une fracture comminutive de l'atlas sans lésions du crâne, chez un homme tombé d'une hauteur de 16 pieds, qui, ayant repris connaissance quelques minutes après l'accident, put donner des renseignements très-complets sur l'état de la sensibilité; il y avait, à partir d'une ligne passant à un pouce au-dessus du mamelon, une perte complète du pouvoir musculaire volontaire ou réflexe, avec anesthésie correspondante, rétention d'urine, priapisme persistant, hyperesthésie aux points où commençait l'insensibilité. (*The Dublin Journal*, mai 1872.)

Ovariotomie chez un enfant, par le docteur Barker. — *L'American ournal of medical science* rapporte un cas d'ovariotomie pratiquée avec succès chez une petite fille âgée de six ans et huit mois, à Higginsport-Ohio. (*Pacific a. surg. Journal*, janvier 1872.)

Deux cas de morsures par les dents de l'homme, ayant nécessité l'amputation de l'avant-bras, par le docteur Meldon. — Les morsures ont déterminé des phlegmons étendus à la suite desquels on a dû pratiquer l'amputation. (*The Dublin Journal*, avril 1872.)

Trépanation du crane pour une double fracture avec dépression du pariétal et de l'occipital, par le docteur Meldon. — Il s'agit d'un enfant de sept ans; la dépression était considérable; à la suite de l'opération, il y eut une hernie cérébrale de la grosseur d'un œuf de pigeon. L'enfant guérit; trois ans après l'opération on percevait sur la cicatrice les pulsations du cerveau. (*The Dublin Journal*, avril 1871.)

Abcès rétro-pharyngien; ouverture, guérison, par le docteur L. Roustan. — Il s'agit d'un abcès idiopathique ganglionnaire observé chez un enfant de vingt-cinq mois; la saillie de l'abcès vers le milieu de la paroi postérieure du pharynx au-dessus des amygdales permit de l'inciser par la bouche. Les phénomènes d'asphyxie disparurent immédiatement, et l'enfant guérit en neuf jours. Parmi les particularités de cette observation il faut noter l'altération de la voix, qui était nasillarde, rauque et chevrotante, comme la voix de polichinelle. (*Bulletin médical du nord de la France*, n° 3, mars 1872.)

Des modifications du col de l'utérus et du vagin dans les derniers mois de la grossesse, par le docteur Birnbaum. — Les observations de l'auteur portent sur 400 cas de grossesse; les résultats en sont exposés sous forme de tableaux et de conclusions qui appellent l'attention des gynécologistes. (*Arch. f. Gynäkologie*, Bd. III, Heft 3, 1872.)

Corps étranger mobile de l'articulation du genou, par M. Geoffroy. — L'auteur a extrait de l'articulation tibio-tarsienne un corps étranger pesant 4 grammes et demi et mesurant 3 centimètres sur 25 millimètres. L'auteur passe en revue les théories bien connues sur l'origine des corps étrangers intra-articulaires. Dans le cas présent, il a fallu, pour extraire le corps étranger, déchirer des adhérences; c'était donc presque certainement un produit de la synoviale. Des faits de ce genre mériteraient d'être soumis à un examen plus sérieux qu'on ne le fait généralement. Il est regrettable, pour la valeur de l'opinion émise par M. Geoffroy, c'est-à-dire l'origine du corps étranger dans un noyau fibrineux de sang épanché sous la synoviale, qu'un examen histologique n'ait pas été pratiqué. (*Bulletin médical de l'Aisne*, sixième année, 1872, p. 33.)

BIBLIOGRAPHIE.

Hygiène des pays chauds; contagion du choléra, par M. Pellarin, médecin principal de la marine. — J. B. Baillière, Paris, 1872.

Un honorable médecin de la marine, M. Pellarin, apporte aujourd'hui sa pierre à l'édifice sur la question toujours contestée de la contagion de cette affreuse maladie, le choléra. Bien que le plus grand nombre ait enfin accepté cette opinion, vaincu par la réalité des faits, il reste encore beaucoup d'incrédules, et cette petite Église se réfugie dans l'idée des conditions atmosphériques, évitant ainsi la nécessité d'admettre l'action du contact prochain. Pour notre part, l'histoire du début de la maladie à la Guadeloupe présente un intérêt particulier. Nous avons retrouvé là une succession de faits indéniables et absolument analogues à ceux qui se sont manifestés en Algérie, lors du choléra de 1849. Nous avons eu l'honneur, à cette époque, d'assister à toutes les phases de cette grande épidémie, sous les ordres du savant médecin de l'hôpital du Dey, M. Léonard, et, si l'on veut bien nous permettre de le rappeler, nous avons apporté dès lors dans notre thèse des preuves bien convaincantes de la contagion. Nous nous garderions bien de vouloir intéresser le lecteur à ce fait obscur, s'il n'y avait là une coïncidence bien marquée dans les circonstances du début, par les conditions géographiques mêmes, c'est-à-dire par l'isolement du lieu le premier contaminé.

A la Guadeloupe, un navire arrive de France, où régnait le choléra (1865). Il avait eu à son bord un décès dont on cachait le véritable caractère. Le premier cas de choléra, qui se manifesta le surlendemain, atteignit un jeune homme noir, qui avait, dès l'arrivée, abordé le navire, et en avait rapporté les effets du décédé. Il mourut le lendemain. La seconde personne atteinte fut la blanchisseuse qui s'était chargée du nettoyage de ces effets; puis les autres blanchisseuses du même lavoir et un enfant du voisinage, le plus proche. La municipalité, qui voyait sa responsabilité compromise, se refusait à accepter le diagnostic médical, mais le doute ne fut bientôt plus possible. L'affection cholérique était du reste absolument nouvelle dans le pays.

A Alger, un paquebot des Messageries arrivait de Marseille avec un cholérique à son bord. Il fut envoyé au mouillage dans un lieu du port presque isolé, au pied du fort Bab-azoun. Dès le lendemain, un cas de choléra se déclara sur un homme des ateliers de punition, caserné dans ce fort; puis deux, puis trois. Ces hommes, apportés en toute hâte à l'hôpital, y semèrent la maladie, dans la salle d'abord où ils furent placés. On évacua tout de suite tous les malades susceptibles de s'en aller seuls ou d'être transportés. Mais il était déjà trop tard, et presque tous les cholériques, venus depuis du dehors, étaient ceux qui s'étaient trouvés quelques heures dans le foyer de l'épidémie à l'hôpital.

Dans ces deux cas, si parfaitement analogues, il y a, on peut l'admettre, une influence réelle de la contamination de l'atmosphère; mais il y a surtout notoirement le contact, le paquet de linge de la Pointe-à-Pitre et la succession des atteintes, de lit en lit, dans cette salle de l'hôpital du Dey. Du reste, en Algérie, les faits abondent. A cette époque, les communications entre les différents postes étaient rares, difficiles; on savait très-exactement qui arrivait, et, dans ces circonstances précises, les médecins militaires ont pu tracer la marche du fléau, en citant, sans erreur possible, l'homme isolé qui avait servi de véhicule d'un point contaminé à leur résidence, indemne jusque-là.

Il en est de même à la Guadeloupe. Ce paquet de linge, dont on suit l'itinéraire depuis le bâtiment jusqu'à la blanchisseuse, et de la blanchisseuse aux autres femmes du même état, et cette manifestation du mal ainsi circonscrite d'abord dans un

milieu étroit, ce sont là des circonstances d'étiologie tout à fait significatives, comme celles constatées près du désert. L'hospice de la Pointe-à-Pître devient un foyer actif de contagion, comme l'hôpital du Dey. Voici, du reste, comment M. Pellarin envisage cette dialectique des non-contagionnistes : « La mobilité des foyers épidémiques, dit-il, est de la contagion, non de l'infection. Ce serait une déplorable confusion que d'appeler infectieuse une maladie indéfiniment transmissible par les exhalaisons organiques des malades, en dehors de ses foyers épidémiques. Le choléra vient des malades qui en sont atteints, absolument comme s'il était inoculable. » Cette définition est d'une logique difficile à combattre ; mais les faits sont autrement probants que tout raisonnement. Un petit bâtiment arrive de la Pointe-à-Pître à la Basse-Terre avec un cholérique à bord; et, le quatrième jour, la maladie se déclare encore sur les blanchisseuses, et il en meurt quatre tout de suite. On voit combien cette succession singulière donne d'autorité à l'appréciation de M. Pellarin sur les exhalaisons organiques; ces femmes, en effet, non-seulement sont voisines, mais appartiennent à la même profession et travaillent à côté l'une de l'autre : cette circonstance de métier est plus significative qu'elle n'en a l'air au premier abord.

Quant à constater, toujours facilement, le contact lui-même, il n'y faut pas trop compter; mais il est raisonnable d'y croire. Il nous souvient, en notre particulier, d'un de nos bons camarades qui osa boire dans le verre d'un cholérique, pour le rassurer sur l'empoisonnement, et qui fut atteint du mal une heure après. Un autre succomba rapidement pour avoir porté dans ses bras un malade à l'ambulance. Des faits analogues ont été observés en très-grand nombre à l'époque dont je parle, et on les retrouverait sans peine dans les annales de la médecine militaire, et dans les thèses présentées sur ce sujet. Ce champ étroit d'observations sur les petits postes de l'Algérie ne laisse place à aucun doute, et la Guadeloupe offre, dans le récit de M. Pellarin, les mêmes conditions propices pour la constatation des faits.

Ainsi que l'indique le titre réel de cet ouvrage, la contagion y est à peu près seule en discussion. Cependant le tableau des symptômes est étudié avec un grand détail, et il est d'un véritable intérêt, puisqu'il établit la conformité la plus entière de cette maladie sous les climats chauds avec celle que nous avons vue si terrible, même dans les pays du Nord. Les moyens de traitement sont aussi passés en revue, et le découragement du médecin, obligé de se confier dans les ressources de l'organisme, se réfugie dans quelques prescriptions hygiéniques. Ce sont là les termes à peu près exacts de la conclusion de cet honnête praticien.

Il m'en coûterait de finir sans signaler ici cette honnêteté précisément et ce courage avec lequel M. Pellarin a combattu autour de lui les timidités de l'autorité du lieu. Le gouverneur de l'île n'acceptait pas que ce fût là le choléra, et les fonctionnaires de toutes les administrations ne voulaient voir non plus, dans cette épidémie meurtrière, autre chose que la fièvre pernicieuse. Le corps médical, et M. Pellarin à sa tête, a tenu bon dans les conseils du gouvernement, dans l'intérêt même de la population et des mesures à prendre.

Nous avons donc à présenter au lecteur tout à la fois un livre et un homme.

C. Ély.

Chimie organique élémentaire, par M. Éd. Grimaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Germer-Baillière. Paris, 1872.

Ici, c'est un tout petit volume, le résumé le plus succinct et le plus serré de tout ce que fournit l'analyse pour la connaissance de la composition chimique de nos organes. A y jeter un premier regard on reste confondu. Quoi ! tout cela, toutes ces formules, tous ces composés, toutes ces réactions, tous ces sels, tous ces acides, voilà de quoi nous sommes formés, nous, nos bêtes et nos jardins? C'est à s'y perdre, en vérité. Et il y a là 400 pages bien serrées, avec les chiffres les plus exacts et les dénominations les plus diverses, et l'étude des effets et celle des causes de toute cette production. Et la cornue y a passé, sœur de la physiologie et du scalpel. Que nous reste-t-il à découvrir encore?

Mais l'auteur le dit : « Il y a les substances organiques et les substances organisées; les premières sont des espèces chimiques distinctes, jouissant des caractères des composés définis ; les secondes sont des mélanges complexes, constitués par des organes ou des fragments d'organes qui ont été doués de la vie et dont nous ne réaliserons jamais la synthèse... » Ces composés organiques sont caractérisés par le carbone et par sa combinaison avec l'hydrogène, l'oxygène et l'azote la plupart du temps. Ajoutez à cela les principaux métalloïdes et même les métaux; mais en combinant seulement les quatre grands éléments primitifs, on a une quantité considérable de dérivés distincts. Ce sont là les termes mêmes de la petite préface qui explique l'utilité et le but de l'ouvrage. Comment aborder ce détail, qui ne comprend pas moins de 250 études différentes, les unes, hérissées de formules, exigeant une connaissance habituelle de cette langue chiffrée, les autres, accessibles pourtant à la lecture facile, mais d'un intérêt partout très-grand. Le choix est fort difficile.

L'atomicité, par où l'auteur débute, est une explication claire et savante de la formation des corps. A méditer cette théorie, cette thèse, on acquiert la connaissance des conditions de combinaisons qui concourent à l'existence du monde extérieur. Puis il y a un certain nombre d'articles, intéressant particulièrement la médecine, le chloroforme, l'alcool et la fermentation, l'éther, les ammoniaques, les vinaigres et l'acide acétique, l'urée, l'acide lactique, la glycérine, les tartrates et les émétiques, les sucres, l'amidon, le tannin. Et puis tous les principes chimiques des médicaments en usage dont la synthèse n'a pu jusqu'ici être faite et qui restent à classer, à sérier, pour employer l'expression technique. Ce sont : « la santonine, la cantharidine, la digitaline, les alcaloïdes naturels, les matières albuminoïdes, les matières gélatineuses, l'acide urique et ses congénères et les acides de la bile. »

Y avait-il mieux à faire, pour donner une idée de ce monde de la science chimique, que de copier dans l'auteur même cette énumération d'une partie de l'ouvrage seulement, celle qui touche de plus près à la pathologie, à la physiologie, à l'enquête médicale, en un mot, et à l'appropriation des moyens curatifs?

C. Ély.

Index bibliographique.

De l'érythème noueux dans certaines maladies, par le docteur Numa Bès. — In-8 de 80 pages, chez A. Delahaye.

L'auteur cherche à établir dans cette monographie la coexistence de l'érythème noueux avec diverses maladies des organes génitaux urinaires ou avec quelques complications de ces maladies. Les quatorze observations qu'il cite montrent en effet l'érythème noueux lié à des chancres mous avec bubons, à des blennorrhagies avec ou sans arthrite, à divers troubles de la menstruation, à la leucorrhée, à la syphilis. Ce dernier fait ressort des deux dernières observations qui lui ont été communiquées par le docteur A. Fournier. Le savant syphiliographe croit que dans ces deux cas il y a plus qu'une simple coïncidence, il y voit un rapport de cause à effet; mais n'ayant encore traité cette question que d'une manière incidente, il n'en a pas encore saisi les rapports précis et n'a permis à M. Bès d'exprimer encore que ses doutes.

La durée de la maladie constatée dans ces mêmes observations, quoique marquée par des chiffres fort différents, peut être évaluée en moyenne à vingt jours.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, l'auteur a eu soin, pour combler les lacunes laissées par la plupart des observateurs (Hebra, Niemeyer, Duriau et Legrand), de reproduire une note intéressante que

lui a transmise le docteur Cornil. Nous résumerons ici l'importante communication de l'habile micrographe, car elle constitue, à vrai dire, un des points les plus nouveaux de ce travail, qui n'est, de l'aveu même de son auteur, qu'une simple ébauche destinée à être complétée par de nouvelles recherches au sujet des lésions anatomiques.

Voici comment s'exprime le docteur Cornil : « Une papule d'érythème est d'abord saillante et rouge à sa surface ; la peau est épaissie et tendue à ce niveau ; la rougeur, le gonflement diminuent par la pression. Il s'agit ici d'une congestion intense du réseau papillaire de la peau, et selon toute probabilité d'un œdème inflammatoire du tissu conjonctif du derme.

On sait que l'œdème inflammatoire consiste dans l'accumulation du sérum et des globules blancs du sang dans les mailles du tissu conjonctif, mailles qui communiquent directement avec les vaisseaux lymphatiques. Ces mailles sont limitées par les faisceaux de fibres du tissu conjonctif et tapissées par les cellules plates de ce même tissu (Ranvier). C'est dans les cavités en quelque sorte virtuelles à l'état normal que s'épanchent la sérosité et les globules blancs dans les érysipèles et dans toutes les inflammations de ce tissu. Il est certain aussi que les globules rouges du sang sont épanchés dans l'exsudat ainsi formé, car la papule de l'érysipèle présente à mesure qu'il vieillit, les couleurs successives de l'ecchymose, et ces couleurs sont dues à la transformation pigmentaire des globules rouges du sang.

Quoique M. Bès n'ait pas tiré peut-être des précieux documents qui lui avaient été fournis par de consciencieux observateurs tout le parti désirable, il semble résulter de son travail que c'est presque toujours pendant l'évolution d'un véritable rhumatisme articulaire aigu ou d'une attaque d'arthrite blennorrhagique que sont survenues les taches indurées de l'érythème noueux, avec l'appareil fébrile qu'il comporte le plus habituellement. Ce dernier point, aussi nouveau qu'intéressant, nous semble digne d'attirer l'attention des observateurs, car il est appelé, selon nous, à éclairer d'un nouveau jour la pathogénie encore si obscure des dermatoses rhumatismales.

Traitement complémentaire et prophylactique du lymphatisme et de la scrofule, avec 64 observations à l'appui, par le docteur de Coustalé de Larroque, officier de la Légion d'honneur, médecin consultant aux Eaux de Salies-de-Béarn. — In-8 de 178 pages. A. Delahaye, Paris.

Ce travail est entièrement médical, comme s'empresse de le faire remarquer l'auteur dans sa préface. Il n'a pas seulement pour but la réunion succincte de publications antérieures épuisées, mais bien d'en fournir le complément par l'addition de soixante-quatre observations personnelles.

Nous n'examinerons pas en détail chacune d'elles, mais il en est trois que nous voudrions passer sous silence, si notre rôle de critique ne nous imposait le devoir d'en signaler les imperfections. L'observation XLVII, entre autres, relative à un malade que nous avons eu nous-même l'occasion de voir, aurait besoin de quelques rectifications légères ; l'observation LVII nous a paru un peu incomplète ; enfin celle qui porte le n° LXII est loin de démontrer l'efficacité de la cure thermale aussi éloquemment que semble le croire M. de Coustalé de Larroque, puisque le malade qui en fait le sujet succomba peu de temps après son retour des eaux.

Nous espérons voir effacées dans une édition ultérieure ces taches qui ternissent un tableau clinique aussi vaste qu'imposant.

Ceci dit, nous résumons ici en quelques mots le contenu de cette volumineuse monographie.

Après quelques considérations générales sur la profession médicale, sur ses écueils, ses difficultés et ses amertumes, sur les publications hydrologiques, leur but, leur abondance et leurs variétés, enfin sur les obligations spéciales, aussi multipliées que dispendieuses, imposées aux médecins, qu'un spirituel auteur du dernier siècle qualifiait d'*aquarii*, etc., M. de Larroque, jetant un coup d'œil rapide sur les eaux minérales, sur leur classification nouvelle indispensable aux études qu'elles comportent, et sur les particularités qui s'y rattachent, étudie les eaux chlorurées sodiques et bromo-iodurées dans leur ensemble, comparativement à celles de Salies-en-Béarn, ainsi que la médication toute spéciale qui les distingue.

Puis, prenant pour base la composition chimique, les effets physiologiques et thérapeutiques propres à la source de Salies, il en établit avec soin les indications générales et spéciales.

Enfin, il étudie la scrofule et le lymphatisme considérés comme unité pathologique, en s'appuyant sur les doctrines si justement célèbres de l'éminent médecin de l'hôpital Saint-Louis. Trois mots pourraient à merveille résumer ce long travail et lui servir à la fois d'épigraphe, de préface et de conclusion : Éloge du docteur Bazin (de Paris) et des eaux de Salies (en Béarn).

VARIÉTÉS.

Hôpitaux et hospices civils de Lyon. *Concours pour la nomination d'élèves externes en médecine et en chirurgie.* — Le Conseil d'administration donne avis que le mardi 29 octobre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour la nomination d'élèves externes. Le concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical. Il se composera de deux épreuves :

Première épreuve : Composition écrite sur un sujet d'anatomie (ostéologie, myologie, syndesmologie). — Deuxième épreuve : Dissertation orale sur un sujet de petite chirurgie et opération de petite chirurgie à pratiquer.

Le nombre des élèves externes à nommer sera fixé d'après les besoins du service, au moment de l'ouverture du concours. Ils recevront un traitement de 25 francs par mois.

Administration générale de l'Assitance publique, a Paris. — *Amphithéâtre d'anatomie*, année 1872-1873.—MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 21 *octobre*, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie chirurgicale* : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les *mardis* et *vendredis ;*

2° *Anatomie descriptive* : M. le docteur X..., prosecteur, les lundis et jeudis ;

3° *Physiologie* : M. le docteur X..., prosecteur, les mercredis et samedis ;

4° *Histologie* : M. Cranclier, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le *Laboratoire d'histologie* sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le *Musée d'anatomie* sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 5 octobre au 11 octobre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0.— Rougeole, 4. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 31. — Typhus, 0. — Érysipèle, 3. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 28. — Dysentérie, 8. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 9. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 6. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 16. — Autres affections aiguës, 223. — Affections chroniques, 296 (1). — Affections chirurgicales, 43. — Causes accidentelles, 19. — Total, 723.

Londres : Décès du 29 septembre au 5 octobre 1872, 1276. — Variole, 10; rougeole, 9; fièvre scarlatine, 20; croup, 20; coqueluche, 31 ; fièvre typhoïde, 25; diarrhée, 50 ; bronchite, 134; pneumonie, 81.

Rome : Décès du 16 au 22 septembre 1872, 214. — Fièvre typhoïde, 14; variole, 8; rougeole, 17; diphthérie et croup, 8; pneumonie, 5; bronchite, 3.

Bruxelles : Décès du 21 au 28 septembre 1872, 98. — Scarlatine, 1 ; fièvre typhoïde, 1 ; croup et angine , 5; bronchite et pneumonie, 5 ; entérite et diarrhée, 18.

(1) Sur ce chiffre de 296 décès, 149 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 24 octobre 1872.

LES DOCTRINES PHYSIOLOGIQUES ET MÉDICALES DE M. LE PROFESSEUR KUSS (1).

J'ai eu l'honneur et le plaisir de suivre pendant deux ans, à la Faculté de Strasbourg, les cours et les conférences de M. le professeur Küss, et j'ai souvent regretté alors que ces leçons si originales, si attachantes, n'aient pas reçu toute la publicité qu'elles méritaient; je l'ai regretté surtout depuis qu'une mort cruelle, hâtée par les angoisses patriotiques, nous a enlevé notre cher et vénéré maître. La science a perdu ce jour-là un chercheur infatigable, et la France un grand citoyen. M. Küss était de ces savants modestes qui aiment la science pour elle-même, qui cherchent la vérité sans s'inquiéter de savoir s'ils font beaucoup parler d'eux; je ne l'ai jamais entendu se citer dans son cours, même quand il exposait une théorie qui était sienne, ou un phénomène qu'il avait observé le premier; ses écrits se réduisent à quelques pages. M. Küss mort, la Faculté de Strasbourg désorganisée, il était à craindre que le cours de physiologie n'eût péri tout entier dans la tempête; quelques épaves qui surnageaient çà et là dans des thèses ou dans des articles de journaux ne pouvaient que témoigner de la grandeur du naufrage. Heureusement un des meilleurs élèves de M. Küss, M. Mathias Duval, nous a épargné cette douleur de voir les idées de notre regretté maître périr avec lui-même; il a fait un bon livre en même temps qu'une bonne action.

M. Küss n'était pas seulement un grand physiologiste, il était un habile médecin. Chargé, à l'hôpital civil de Strasbourg, du service des maladies cutanées et vénériennes, son enseignement clinique n'était ni moins suivi, ni moins original que celui de l'amphithéâtre des cours de physiologie.

Je me propose dans ce travail de donner un aperçu des doctrines physiologiques et médicales de M. Küss. Je commencerai par dire quelques mots de la brochure publiée en 1846 par M. Küss, alors agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté de Strasbourg, sous ce titre : DE LA VASCULARITÉ ET DE L'INFLAMMATION. On a beaucoup discuté sur ce travail, qui trahit déjà un esprit observateur et hardiment novateur; mais on l'a peu lu, je crois, parce qu'il est difficile de se le procurer; M. Duval aurait bien fait de le rééditer à la suite des LEÇONS DE PHYSIOLOGIE. On a dit que dans ce mémoire sur l'inflammation M. Küss avait posé les bases de la théorie cellulaire, et l'on a voulu donner au professeur de Strasbourg tous les honneurs de la paternité de cette célèbre théorie, honneurs que lui-même ne revendiquait pas. Laissons donc les Prussiens exalter dans leur orgueil les quelques savants qu'ils possèdent, nous sommes assez riches en grands hommes pour n'être jaloux de personne; laissons-les s'efforcer de ravaler Lavoisier, et rendons à Virchow ce qui appartient à Virchow, c'est-à-dire une théorie simple et grande, mais qui croulera peut-être comme tant d'autres qui à leur origine ne paraissaient pas moins solides.

Si la brochure de M. Küss publiée en 1846 ne contient pas le globule embryonnaire de la théorie cellulaire, qu'on a voulu y trouver parce qu'on l'y cherchait, elle renferme des idées nouvelles sur l'inflammation et sur la circulation du sang qu'on aurait dû y chercher plutôt. M. Küss attaque de front les idées régnantes sur l'inflammation qu'il définit fort bien : « un trouble de nutrition qui peut apparaître dans tout organe qui vit et se nourrit. » On attribuait alors aux vaisseaux sanguins le principal rôle dans l'inflammation; M. Küss démontre que ce rôle est très-secondaire. « Quand une partie est enflammée, elle reçoit, dit-il, moins de sang qu'à l'état normal, bien loin d'en recevoir davantage. La chaleur des parties enflammées n'est pas due à l'hyperémie, mais à une suractivité moléculaire dont le tissu enflammé est le siége. Si le courant sanguin pouvait subsister dans les parties enflammées, loin d'augmenter la chaleur des parties, il servirait à les rafraîchir. » M. Küss expose parfaitement le rôle de la circulation du sang : « Ce n'est pas le sang, dit-il, qui est l'aliment immédiat de la nutrition; c'est le suc qui baigne toutes les parties vivantes qui remplit ce rôle. Les organes de la circulation ne sont qu'un appareil perfectionné et complémentaire, attaché à certains tissus, absent dans d'autres, qui, par conséquent, n'a rien d'essentiel et dont les fonctions peuvent se résumer en deux mots : maintenir l'équilibre de composition et de distribution du suc nourricier inhérent aux organes et celui de la chaleur animale. »

M. Cl. Bernard ne comprend pas autrement le rôle de la circulation; pour lui, comme pour M. Küss, la production de la chaleur animale et le travail de la nutrition ne s'accomplissent pas dans le sang, mais dans l'intimité des tissus; le sang lui-même n'est qu'un intermédiaire entre l'extérieur et les sucs qui baignent les parties vivantes de l'organisme (*Leçons sur la chaleur animale*). Si je rapproche ces deux noms, Küss, Cl. Bernard, ce n'est pas pour poser une question de priorité. Les découvertes de M. Cl. Bernard sont le fruit de recherches, d'analyses si méthodiques, qu'il n'entrera jamais dans l'esprit de personne, après avoir lu ses ouvrages et suivi ses cours, de lui contester la paternité d'une seule de ses idées. Je suis convaincu que le professeur du Collége de France et le professeur de Strasbourg sont arrivés chacun de leur côté à émettre les théories physiologiques dont nous parlons. Il n'en

(1) La GAZETTE HEBDOMADAIRE saisit avec empressement toutes les occasions d'apporter à nos confrères d'Alsace le témoignage de ses sympathies. Elle est heureuse de pouvoir le faire encore aujourd'hui sous une forme qui, du même coup, sera un service rendu à la science. Nous remercions vivement l'auteur de l'article inséré ci-après — *digni patris, dignus filius* — d'avoir sauvé d'un oubli auquel la modestie aurait pu la condamner, la mémoire d'un des professeurs les plus savants de la Faculté de Strasbourg.

est que plus intéressant de constater qu'ils se sont plusieurs fois rencontrés.

M. Cl. Bernard a compris comme M. Küss qu'il ne fallait plus se contenter d'étudier l'action des organes complexes qui président aux différentes fonctions, mais qu'il fallait pénétrer à la suite des histologistes, jusqu'aux éléments même de nos tissus, pour bien comprendre leurs propriétés. Tandis que M. Küss étudiait les propriétés physiologiques des éléments anatomiques et donnait cette étude pour base à sa physiologie, M. Cl. Bernard montrait que les substances toxiques et médicamenteuses agissent non pas sur tels ou tels organes, mais sur tels ou tels éléments de nos tissus ou de nos humeurs. Il montrait que le curare agit sur les fibres nerveuses motrices, la strychnine sur les fibres nerveuses sensitives, le sulfocyanure de potassium sur les fibres musculaires, l'oxyde de carbone sur les hématies, le chloroforme sur les cellules nerveuses sensitives, la morphine sur les cellules nerveuses de l'encéphale, etc. ; il décomposait le foie en deux séries d'éléments, dont les uns excrètent la bile, tandis que les autres préparent la matière glycogène. M. Küss se faisait la même idée que M. Cl. Bernard de l'action des poisons et des médicaments. Ainsi il professait que dans le traitement de la syphilis le mercure agit sur les épithéliums et les altérations dont ils sont le siége, tandis que l'iodure de potassium a une action élective sur le tissu conjonctif et les lésions qui en dépendent; c'est là-dessus qu'il se basait pour traiter ses malades syphilitiques, et ceux-ci s'en trouvaient très-bien. Il donnait l'iodure de potassium à très-forte dose, de manière à produire des manifestations toxiques, et en prescrivait longtemps l'usage.

Ces idées sur la thérapeutique de la syphilis ont été exposées plusieurs fois dans des thèses soutenues devant la Faculté de Strasbourg par des élèves de M. Küss; cependant je vois avec étonnement que M. Bazin (*Leçons sur le traitement des maladies chroniques*) les traite d'idées d'outre-Rhin! M. Bazin trouve tout simple d'admettre qu'un médicament agit d'une façon spécifique contre une maladie constitutionnelle, mais il repousse la *doctrine d'outre-Rhin* parce que, dit-il, il ne peut *consentir* à ce que l'action du mercure et de l'iodure de potassium soit telle. Cette raison me paraît peu convaincante. M. Bazin n'admet qu'un spécifique contre la syphilis, le mercure; quant à l'iodure de potassium, il n'agirait qu'en facilitant la dissolution du mercure absorbé antérieurement. La pratique, à laquelle M. Bazin en appelle, donne sans cesse des démentis à sa théorie; qui n'a vu des malades atteints de céphalées syphilitiques opiniâtres, n'ayant jamais pris de mercure, être guéris de leurs douleurs par quelques grammes d'iodure de potassium? Qui ne sait, au contraire, que ces céphalées résistent quelquefois au mercure lui-même? Tout récemment, M. le docteur Clément (de Lyon) a développé au Congrès médical de Lyon les idées de M. Küss sur le traitement de la syphilis (séance du 24 septembre 1872).

J'arrive au cours de physiologie et au livre de M. le docteur Duval. Je dois dire qu'à mon sens M. Duval a eu tort de négliger la forme originale des leçons de M. Küss, et qu'il s'est trop efforcé de les faire rentrer dans le moule classique des manuels. M. Duval aurait pu se contenter de reproduire aussi fidèlement que possible les leçons de physiologie sans se préoccuper de les mettre au courant de la science; c'était là sans doute un rôle trop modeste pour lui, il a préféré celui de collaborateur. Les notes de M. Duval, très-bien faites, du reste, jurent trop souvent avec l'ensemble du livre; elles ne sont pas dans le ton. Les parenthèses qui émaillent l'ouvrage lui enlèvent son unité et par conséquent sa beauté; plus d'un lecteur fera sans doute comme j'ai fait moi-même, et passera à la première lecture toutes les notes intercalées, quitte à y revenir ensuite. Est-il bien nécessaire qu'une œuvre comme celle de M. Küss soit exactement tenue au courant de la science? Il faut bien le dire, le cours de physiologie de Strasbourg a toujours été plutôt un exposé de doctrines nouvelles sur la physiologie qu'un cours complet à l'usage des commençants. C'est là le seul reproche qu'on pouvait faire à l'enseignement de M. Küss; du moment où l'enseignement oral se transformait en un livre, le reproche tombait de lui-même.

Mon intention n'est pas de donner une analyse de l'ouvrage de M. Duval. Tous ceux qui s'occupent de physiologie le liront avec intérêt; les doctrines de M. Küss y sont reproduites exactement. Parmi les chapitres les plus originaux je citerai ceux qui traitent : de la physiologie générale, des phénomènes réflexes, des propriétés du muscle, de la circulation du sang, de la déglutition, des mouvements de l'estomac, du rôle de la bile dans la digestion, des chylifères et de l'absorption des matières grasses, des muscles intercostaux, de la sécrétion urinaire, de la miction et de l'éjaculation.

D'après M. Küss, c'est dans les globules que se passent tous les phénomènes vitaux. Chaque globule a sa fonction spéciale dans l'économie, et il l'exerce jusqu'à sa mort, qui est en général annoncée par la dégénérescence graisseuse. Les globules sont le siége de la vie; or, comme la physiologie est la science du souffle, la science de la vie, elle doit avoir pour premier et principal objet l'étude des globules. Aussi M. Küss commençait-il toujours son cours par quelques leçons de physiologie générale dans lesquelles il exposait les propriétés des globules, qu'il rangeait dans quatre classes : globules nerveux, sanguins, épithéliaux, embryonnaires. Entraîné par le besoin de frapper l'esprit des élèves et de ne leur soumettre que des idées simples et claires, M. le professeur Küss allait sans doute au delà de sa propre pensée lorsqu'il disait : « La vie réside dans le globule; les éléments non globulaires n'ont qu'un rôle mécanique. » Théoriquement, c'est admissible; mais comment le prouver? comment séparer une fibre musculaire des noyaux disséminés dans sa gaîne, un faisceau de fibres connectives des cellules plasmatiques qui y sont intimement mêlées? Ce qu'il y a de vrai, c'est qu'une partie est d'autant plus active, d'autant plus vivante, qu'elle est plus riche en globules.

En physiologie, le globule nerveux joue le principal rôle; sa mort entraîne la mort de l'individu. C'est lui qui sert d'instrument à l'âme, propriété inexpliquée, inexplicable. Le globule embryonnaire, au contraire, n'est intéressant à considérer qu'au point de vue pathologique; « en physiologie, dit M. Küss, on peut presque en faire abstraction. »

Je copie dans mon cahier de notes la description que M. Küss nous donnait de la formation d'un abcès : « Sous l'influence d'un irritant mécanique ou chimique, les globules embryonnaires s'émeuvent; ils reprennent leur activité première qu'ils avaient abdiquée et se multiplient. L'orage se calme; mais les globules, après une certaine durée, meurent, et ce sont les cadavres des globules embryonnaires qui constituent les globules du pus; d'autres globules persistent, ils président à la cicatrisation et réparent les dégâts commis par

l'inflammation; mais les régénérations sont en général très-imparfaites. »

Moins un tissu de substance conjonctive renferme de cellules plasmatiques, moins il a de tendance à se modifier sous l'influence de causes pathologiques; c'est ainsi que des tendons peuvent rester longtemps intacts au milieu de foyers de suppuration.

Les tumeurs ont presque toutes pour point de départ les cellules embryonnaires. Leur marche est d'autant plus rapide, leur vitalité est d'autant plus grande, que l'élément globulaire domine davantage dans leur texture.

D'après M. Küss, le tubercule pulmonaire n'est pas dû à la prolifération des cellules plasmatiques, mais à celle de l'épithélium alvéolaire. Il admet l'existence d'un épithélium pulmonaire formé de plaques épithéliales très-minces, difficiles à constater et souvent assez distantes les unes des autres. « A l'état normal, dit-il, ces éléments ne présentent que très-peu de métamorphoses et presque pas de déchets épithéliaux; ils tendent même à s'atrophier avec l'âge, et les cloisons qui les supportent s'atrophient en même temps; il en résulte ce qu'on a appelé l'emphysème pulmonaire, altération si fréquente chez les vieillards. Il n'en est pas de même à l'état pathologique, sous l'influence des irritations de l'épithélium prolifère (pneumonie). C'est aussi l'épithélium qui est le point de départ du tubercule et même du cancer du poumon. » (*Leçons de physiologie*, p. 309.)

En 1854, la Société médicale de Strasbourg avait mis au concours la question du tubercule. M. Küss, nommé rapporteur, exposa à cette occasion ses idées sur le tubercule : « Le tubercule pulmonaire, dit-il, n'est que l'épithélium pulmonaire malade ou mort. Il n'est pas un produit hétéromorphe, mais le résultat de la désorganisation d'un élément normal. Quand il est transparent, il constitue le tubercule gris, il comprime, use et fait disparaître le squelette du poumon; quand le globule meurt, se momifie et se ratatine, il devient opaque, c'est le tubercule cru; enfin il se ramollit ou devient crétacé. » (*Notice sur M. le professeur Küss*, par M. le professeur Herrgott.)

Le tubercule pulmonaire se développe-t-il aux dépens de l'épithélium alvéolaire (Küss), des corpuscules intercapillaires (Villemin), des cellules plasmatiques (Virchow), des éléments nucléaires des petits vaisseaux (William Addison, Deichler et Colberg, Cornil)? La question est d'autant plus difficile à trancher qu'on n'est pas encore d'accord sur la structure intime du poumon. Pour moi, j'incline à croire qu'il existe un épithélium pulmonaire, tel que l'a décrit M. Küss dans le passage de son cours que j'ai cité plus haut, tel qu'il est décrit et figuré dans l'excellente thèse de Schmidt (*De l'épithélium pulmonaire*. Thèse de Strasbourg, 1866). L'épithélium pulmonaire me paraît être le point de départ de la pneumonie ou phthisie caséeuse (Feltz, Sorel), tandis que les tubercules vrais naissent dans les cellules plasmatiques ou globules embryonnaires. La pneumonie caséeuse est bien plus fréquente à Strasbourg qu'à Paris; par contre, la tuberculose aiguë primitive y est bien plus rare. Je m'étonne qu'aucun observateur n'ait signalé jusqu'ici cette particularité de la géographie médicale de la phthisie pulmonaire. Ainsi s'expliquent, selon moi, ces longues discussions sur la pneumonie caséeuse, regardée ici comme une maladie commune, tandis qu'elle est décrite ailleurs comme une maladie rare, ou même niée complétement.

Les idées de M. Küss ont dû se ressentir du milieu où il observait; sa théorie du tubercule pulmonaire, qu'il est intéressant de rapprocher de celle de Reinhardt, s'applique très-bien à la phthisie caséeuse, très-mal à la tuberculose aiguë généralisée.

Les inflammations pseudo-membraneuses de l'arbre respiratoire consistent, dit M. Küss, en une hyperplasie de l'épithélium, et les membranes croupales présentent de nombreuses formes transitoires dans lesquelles on reconnaît la forme primitive. Plusieurs fois j'ai eu l'occasion d'examiner au microscope des fausses membranes croupales, et toujours j'ai constaté qu'elles se composaient d'éléments épithéliaux de nouvelle formation. Je me rappelle, entre autres exemples, une femme qui mourut du croup dans le service de M. le docteur Schützenberger, alors que j'étais son interne : tout l'arbre bronchique était tapissé de pseudo-membranes, formant des cylindres creux dans la trachée et les grosses bronches, des cylindres pleins dans les petites bronches. L'examen histologique fait par M. le professeur Morel, alors chef des travaux anatomiques, démontra que ces cylindres se composaient uniquement d'éléments globulaires. Comment donc se fait-il qu'on répète partout que les pseudo-membranes du croup sont formées par de la fibrine exsudée ?

La dysenterie est une inflammation croupale de l'intestin, car son produit morbide est l'épithélium altéré du gros intestin (*op. cit.*, p. 209).

Les épanchements qui se produisent dans les séreuses sont dus à une altération de l'épithélium pavimenteux de ces membranes. A l'état normal, c'est cet épithélium qui empêche les épanchements de se faire ; quand il tombe malade, il ne peut plus remplir son rôle.

La plupart des dermatoses sont, en réalité, des épidermatoses (*op. cit.*, p. 210). A l'état normal, la plupart des épithéliums tombent et se renouvellent. L'homme fait peau neuve de temps en temps tout comme le serpent, seulement chez l'homme l'épiderme ne s'en va pas tout d'une pièce. La desquamation furfuracée de la peau peut, sous l'influence de causes pathologiques, devenir plus abondante, et comme les débris épithéliaux renferment de l'albumine transformée, du soufre et du fer, il en résulte une perte réelle pour l'organisme, d'où la gravité des maladies squameuses et leur effet épuisant. De même, la fonte muqueuse trop considérable des épithéliums constitue des états pathologiques très-importants. La bronchite, par exemple, et les catarrhes en général, ne sont rien autre chose. On peut donc dire que ce qui est un pityriasis pour la peau, est un catarrhe pour une muqueuse.

Le cancer épithélial, les durillons, les loupes sébacées sont des maladies bien connues de l'épiderme et de ses annexes.

L'albuminurie est la conséquence de l'altération de l'épithélium rénal. Quelques développements sont ici nécessaires. D'après M. Küss, la sécrétion de l'urine se décompose en deux temps : 1° filtration au niveau des glomérules de Malpighi de la sérosité du sang, y compris l'albumine ; 2° reprise par l'épithélium des tubuli des divers éléments qui ne doivent pas être excrétés, de l'albumine entre autres. Le premier de ces actes est purement mécanique, il ne dépend que de la pression du sang ; aussi, lorsque le pouls est mou et faible, le meilleur diurétique est-il le médicament capable de relever l'action du cœur et de la circulation (digitale) ; le deuxième temps (absorption de l'albumine exsudée) exige, pour s'accomplir

régulièrement, l'intégrité de l'épithélium des tubuli; lorsque cet épithélium est altéré, l'albumine passe dans les urines. L'action du globule du rein est la même que celle du globule de l'épithélium intestinal; il peut se faire qu'on urine du sérum, de même qu'on peut rendre des matières alimentaires non digérées.

D'après cette théorie, l'altération de l'épithélium rénal serait toujours primitive dans l'albuminurie.

M. Küss admet la glycogénie hépatique; le foie, dit-il, se compose de deux organes, de deux glandes enchevêtrées, une glande née de l'intestin, qui sécrète la bile et une glande vasculaire sanguine qui agit sur la composition du sang et prépare la matière glycogène. Dans ces derniers temps, on a beaucoup attaqué la théorie hépatique du diabète édifiée par M. Cl. Bernard à l'aide d'expériences si remarquables, si concluantes; une des principales objections que les médecins formulent contre elle, est que les altérations du foie sont rares chez les diabétiques. Il est facile de retourner cette objection contre ceux qui la font : pour qu'une glande sécrète, il faut qu'elle soit intacte; le foie, chez les diabétiques, est capable de produire du sucre en grande quantité, précisément parce qu'il n'est pas altéré; il est très-probable qu'un diabétique qui contracterait une maladie grave du foie, cesserait de pisser du sucre.

M. Küss a très-bien étudié le mécanisme des phénomènes réflexes; il préfère, avec raison, l'expression de phénomène réflexe à celle de mouvement réflexe, qui est moins compréhensive. Plus nous allons, en effet, et plus nous voyons s'allonger le chapitre des réflexes.

Le phénomène réflexe a été ainsi appelé, dit M. Küss, parce qu'il offre quelque analogie avec la réflexion de la lumière; le globule nerveux est le miroir réflecteur; le nerf allant de la surface au globule, le rayon incident; le nerf allant du globule au muscle ou à la glande, le rayon réfléchi.

Les phénomènes réflexes peuvent arrêter les sécrétions ou les exciter, dilater les capillaires ou les contracter, arrêter ou précipiter les mouvements du cœur, suivant la nature et l'intensité des excitations. Sous l'influence d'une grande douleur, il arrive souvent qu'on ne peut plus pleurer, tandis qu'une douleur moins vive fait répandre d'abondantes larmes; la pâleur, la rougeur de la face ont pour cause des phénomènes réflexes; une émotion légère accélère les mouvements du cœur, tandis que sous l'influence d'une violente passion, il peut arriver que le cœur s'arrête; c'est la cause de quelques morts subites.

Dans ce qu'on appelle un refroidissement, la suppression de la sueur ne joue pas le rôle important que lui attribue le vulgaire; la sueur ne renferme, en effet, aucun principe nuisible, il est bien plus probable que le froid agit par action réflexe sur les vaso-moteurs.

L'intégrité des épithéliums est indispensable à l'accomplissement régulier des phénomènes réflexes. M. Küss revient souvent sur ce fait et en donne de nombreux exemples.

A la suite de brûlures très-étendues, la peau ne peut plus servir de point de départ aux réflexes qui entretiennent la respiration, les malades ne respirent plus que par un acte de la volonté; dès qu'ils succombent à la fatigue, dès qu'ils s'endorment, c'est pour toujours. De même pour les animaux que l'on recouvre d'un vernis imperméable.

Lorsque l'épithélium de l'isthme du gosier s'altère, la déglutition devient difficile ou impossible; c'est ainsi qu'on voit dans les maladies chroniques, des personnes mourir ou plutôt se laisser mourir de faim, parce que la déglutition est devenue trop pénible (*op. cit.*, p. 252).

La miction et l'éjaculation dépendent de phénomènes réflexes subordonnés eux-mêmes à l'intégrité de la muqueuse de la région prostatique.

A l'état normal, un muscle sphincter ferme complétement le col vésical. Lorsque la vessie est pleine, l'urine entr'ouvre le sphincter et pénètre dans la portion prostatique de l'urèthre; c'est la muqueuse prostatique qui donne lieu à la sensation du besoin d'uriner; aussitôt le sphincter uréthral (muscle de Wilson) se contracte et fait rétrograder l'urine dans la vessie. Lorsqu'on sonde un malade, c'est au moment où le bec du cathéter arrive dans la région prostatique, que le patient accuse l'envie d'uriner. La muqueuse prostatique est-elle irritée, il y a du ténesme vésical; perd-elle au contraire sa sensibilité, il en résulte l'absence de la sentation prémonitoire du besoin d'uriner et l'incontinence d'urine.

L'éjaculation est précédée de l'érection; pendant l'érection, le verumontanum vient fermer le canal de l'urèthre en arrière des orifices des canaux éjaculateurs; le sperme arrive dans la portion prostatique de l'urèthre et provoque la contraction réflexe du sphincter uréthral, il se trouve donc emprisonné entre le verumontanum et le muscle de Wilson, et comprimé d'autre part grâce à la contraction permanente des fibres lisses des canaux éjaculateurs. Le muscle de Wilson, qui est un muscle strié, se fatigue bientôt, et chaque fois qu'il se relâche, le sperme s'échappe sous forme de jet. Si le verumontanum n'entre pas en érection, la liqueur séminale pénètre dans la vessie et se retrouve dans l'urine; si la muqueuse prostatique est malade, le mécanisme de l'éjaculation est troublé. L'impuissance, les pertes séminales, sont dues le plus souvent à des altérations de cet épithélium; aussi la cautérisation de la région prostatique du canal de l'urèthre est-elle un des plus sûrs moyens que l'on ait d'agir contre ces maladies (*op. cit.*, p. 516).

Je pourrais emprunter encore bien des faits curieux, bien des théories originales au cours de physiologie de M. le professeur Küss, mais ce serait sortir du programme que je me suis tracé, et je dois renvoyer le lecteur au livre de M. Duval. J'ai voulu seulement montrer ici que M. Küss avait ouvert aux physiologistes et aux médecins eux-mêmes, une voie nouvelle; l'idée-mère qui l'a guidé dans ses travaux peut se résumer ainsi : Le physiologiste et le médecin ne doivent plus se contenter d'étudier le fonctionnement des divers organes à l'état de santé et à l'état de maladie, ils doivent chercher à connaître les propriétés et les lésions des éléments anatomiques eux-mêmes, et particulièrement celles des globules, car c'est dans les globules que se passent les phénomènes vitaux.

Cette idée a été féconde déjà, elle continuera de l'être; à elle seule elle suffirait à sauver de l'oubli le nom de Küss, quand bien même ce nom ne serait pas celui du dernier maire français de Strasbourg.

Dr A. LAVERAN,
Médecin aide-major de première classe,
Ancien interne de l'hôpital civil de Strasbourg.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edward H. Clarke et Robert Amory (de Boston). 1872. — Traduit de l'anglais par F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris.

(Suite. — Voyez les numéros 40 et 41.)

Dose continue ou régulièrement renouvelée (subintrante).

Son action physiologique. — Nous avons déjà dit qu'il fallait entendre, sous le nom de dose continue ou mieux subintrante, un mode particulier d'administration du bromure de potassium qui consiste à donner ce médicament deux ou plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et toujours à intervalles égaux. L'avantage de ce mode d'administration est de maintenir le sang constamment chargé du médicament. Quand on ne donne qu'une dose isolée ou qu'on en prescrit deux ou trois à des intervalles assez rapprochés pour ne constituer en somme qu'une seule dose, la majeure partie du sel est éliminée en quelques heures, et par conséquent le sang en est en réalité privé pendant plus de la moitié du temps qui s'écoule entre deux doses. La différence entre la dose unique simple et la dose subintrante consiste donc en ce que, dans le dernier cas, le sang est continuellement chargé de bromure, tandis que, dans le premier, non-seulement la première dose est éliminée avant l'administration de la dose suivante, mais encore, par suite du long intervalle qui sépare l'ingestion de deux doses, le sang reste privé de bromure pendant plus de temps qu'il n'en contient.

Cette différence est importante à établir au double point de vue physiologique et pathologique. Les auteurs qui ont négligé d'en tenir compte, n'ont obtenu dans leurs recherches que des résultats douteux ou contradictoires.

Bien des phénomènes physiologiques et toxiques qui suivent l'ingestion de la dose continue ne se montrent pas après celle de la dose unique. Et comme corollaire de ce fait, on obtient avec la dose continue des effets thérapeutiques que la dose unique est impuissante à produire. Il est bon de remarquer aussi que, s'il y a (et je ne sache pas qu'il en existe) des praticiens qui ont tenu compte de cette différence, le plus grand nombre de leurs observations paraît se rapporter à l'action de la dose continue. Les physiologistes, au contraire, semblent avoir le plus souvent expérimenté avec la dose unique. Leurs expériences relatives à l'action physiologique du bromure sur les nerfs vaso-moteurs, sur les centres nerveux et sur la circulation, ont été faites, en général, sur des animaux auxquels ils administraient une dose unique, ou deux ou trois doses à très-court intervalle.

La quantité quotidienne de la dose continue varie entre 30 et 120 grains (1 gr. 50 — 6 grammes) divisés en parties égales et donnés à intervalles égaux tous les jours à un estomac sain. Pour que l'action thérapeutique soit manifeste chez l'adulte, il faut une dose d'au moins dix grains (50 centigr.) répétée trois fois par jour, et il est rarement nécessaire de dépasser le triple de cette quantité. Il y a des cas qui exigent 40 grains (2 grammes) trois fois par jour ou 20 grains (1 gramme) six fois dans la même journée. Il est quelquefois bon de diviser la dose en fractions inégales et de donner par exemple dix grains (50 centigrammes) le matin, dix autres dans la journée, et trente ou quarante (1gr,50 — 2 grammes) le soir. Lorsqu'on ordonne à doses continues plus de cent grains (5 grammes), on est presque sûr de voir apparaître quelques-uns des accidents toxiques du bromure. J'ai prescrit quelquefois, pendant plusieurs jours consécutivement, trente grains (1gr,50) de bromure toutes les quatre heures, ce qui faisait en tout 180 grains (9 grammes) dans la même journée, et cela non-seulement sans le moindre inconvénient, mais encore avec des avantages très-marqués. Dans un petit nombre de cas, j'ai dépassé cette dose, et j'ai à peine besoin de dire qu'en pareille occurrence, il existait chez mes malades un état anormal de l'organisme capable de contre-balancer l'action physiologique du bromure et de transformer en effets thérapeutiques l'action d'une dose toxique.

Les principaux phénomènes produits par le bromure administré à la dose continue ou rémittente sont : l'acné, la salivation jointe à une sensation subjective de saveur salée dans la bouche, et en général l'ardeur dans le pharynx, avec rougeur et œdème de ces parties (Voisin, *Bulletin général de thérapeutique*); quelquefois, au contraire, ces muqueuses sont pâles et décolorées (Gubler, *Bullet. génér. de thérapeut.*, 1864). Ajoutez encore une légère anesthésie du voile du palais, de l'irritation laryngo-bronchique, quelquefois accompagnée de toux ou de modifications de la voix, rarement d'aphonie ; une haleine fétide exhalant l'odeur du brôme ; quelquefois du bégaiement, de la polyurie et une diminution générale des sécrétions muqueuses; une constipation modérée et, parfois, quoique rarement, de la diarrhée; un sentiment de langueur physique et intellectuelle ; parfois une diminution momentanée de la mémoire; un aspect général d'hébêtement et d'indifférence ; une somnolence plus ou moins grande ; la diminution et quelquefois pendant un temps l'abolition complète des désirs sexuels et l'impuissance ; la marche est difficile et ressemble, si la dose a été excessive, à celle qui caractérise l'ataxie locomotrice ; la diminution de la sensibilité nerveuse en général, et en particulier de la sensibilité réflexe, enfin, une augmentation du travail de dénutrition, sans augmentation correspondante de l'assimilation, d'où l'amaigrissement. L'ouïe et la vue ne sont pas troublées. Les conjonctives comme la gorge sont souvent congestionnées; mais nous pouvons affirmer, sur la foi de Laborde (Laborde, *Archives de physiologie*, 1868), que le nerf optique d'une personne atteinte de bromisme ne présente pas d'altérations appréciables à l'ophthalmoscope. Le pouls et les contractions du cœur ne présentent pas de modifications notables, à moins que les doses ne deviennent toxiques par leur quantité même ou par la continuité de leur emploi; il en est de même de la température. Quand la dose est excessive, l'action du cœur est plus lente et plus faible, et la température s'abaisse. La circulation capillaire, non-seulement des centres nerveux, comme nous l'avons vu précédemment, mais encore de tout l'organisme, est sensiblement altérée. Celle-ci, il est vrai, est indépendante du cœur et des gros troncs artériels. Parfois, immédiatement après l'ingestion d'une dose, surviennent de légères nausées qui disparaissent rapidement ; mais, en règle générale et sauf de très-rares exceptions, la digestion et l'appétit ne sont pas troublés, souvent même ce dernier est accru. La sensibilité tactile, la perception de la température et du chatouillement paraissent ralenties, mais sont en réalité normales. L'intelligence et le sentiment semblent émoussés, mais reprennent leur cours pour peu qu'on les excite. Ce médicament n'exerce pas d'action directe sur les globules du sang et n'altère pas la composition chimique des sécrétions, quoiqu'il puisse les diminuer ou les augmenter.

L'importance de plusieurs de ces phénomènes nous force à entrer dans quelques détails à leur sujet.

Le bromure de potassium ne fait pas toujours éclore une éruption d'acné. Je ne connais pas de données sur lesquelles il soit possible d'établir la proportion des malades qui présentent ce phénomène et de ceux chez qui il n'apparaît pas.

Si j'osais formuler une loi d'après ma propre expérience, je pourrais dire que les deux tiers des malades à qui j'ai administré le bromure à dose continue ont été atteints d'acné. Je ne me rappelle pas avoir jamais vu pareille éruption après l'ingestion de la dose unique. La confluence et la durée de l'érup-

tion sont variables. Chez certains individus, elle est bénigne et les pustules petites; chez d'autres, elle est abondante et présente un grand nombre de larges boutons. Elle apparaît principalement sur la face, le front et le dos. Le volume des boutons d'acné varie depuis un grain de mil jusqu'à un gros pois. Généralement, ils ne durent que quelques jours et ne suppurent pas.

La suppuration ne se produit que très-rarement. En pareil cas, les pustules d'acné durent beaucoup plus longtemps, et comme il s'en forme continuellement de nouvelles, l'éruption devient très-pénible par son abondance. Celle-ci est généralement accompagnée d'une faible chaleur et de démangeaisons, mais ces phénomènes ne sont pas constants. La disparition des pustules ne laisse pas après elle de cicatrices persistantes, cependant leurs places sont marquées pendant quelque temps par des taches rouges. Je me souviens d'une jeune dame de vingt-cinq à vingt-six ans que j'ai soumise au traitement bromuré pendant plus d'une année, et chez laquelle l'éruption fut si confluente avec des pustules si larges, qu'elle rappelait la variole. Un grand nombre des pustules suppurèrent et leur disparition fut suivie de taches rouges qui persistèrent plusieurs mois après qu'elle eut cessé le traitement. C'est, d'ailleurs, le cas d'acné le plus désagréable que j'aie rencontré. La cause de l'éruption n'a pas été complétement éclaircie. Plusieurs personnes l'attribuent à l'irritation locale qui accompagne l'élimination par la peau, mais cette surface laisse sortir de l'organisme une si faible quantité de bromure qu'on ne peut considérer cette explication comme suffisante, jusqu'à ce qu'on ait démontré la vérité du fait. Je suppose plutôt que la cause de l'éruption est le trouble que l'action du bromure sur les nerfs périphériques amène dans la nutrition cutanée; il peut y avoir un trouble trophique (trophonévrose) comme dans l'herpès. Elle n'est que désagréable, et sans autre importance. Elle porte une atteinte momentanée à la beauté et partant à la coquetterie de beaucoup de malades qui font usage du bromure, mais c'est là tout son mauvais effet. L'éruption ne doit donc pas faire interrompre le traitement bromuré lorsqu'il y a indication de son emploi continu. Autrefois, et il n'y a pas encore longtemps, une telle éruption eût été considérée comme la preuve de l'expulsion des humeurs peccantes. J'ai rencontré des gens qui, imbus de ce préjugé, se félicitaient de l'apparition et de la durée de l'éruption, qu'ils regardaient comme un processus dépuratif du sang.

Presque tous les malades traités par le bromure à dose continue éprouvent une désagréable sensation subjective de saveur salée. La salivation qui l'accompagne généralement (quoiqu'il y ait à cet égard des exceptions) est plutôt incommode qu'abondante. Ces deux faits résultent de l'élimination du sel par la muqueuse buccale et les glandes salivaires, et l'haleine alors répand l'odeur fétide du brome. Ces fâcheux phénomènes ne sont d'ailleurs ressentis qu'après un usage assez long du bromure.

On a beaucoup parlé de l'anesthésie du voile du palais que peut produire le bromure de potassium, et des essais nombreux ont été tentés dans le but d'utiliser cette propriété pour les investigations cliniques et pour les opérations chirurgicales pratiquées sur le voile du palais ou dans l'arrière-bouche. Ces efforts n'ont guère été couronnés de succès. D'après Voisin, cette anesthésie locale n'est obtenue qu'avec une dose au moins égale à 30 grains (1gr,50); encore cette quantité ne produit-elle pas toujours l'effet désiré et est-on souvent obligé de la renouveler deux ou trois fois à des intervalles de plusieurs heures; on obtient alors une diminution de la sensibilité pharyngienne qui dure plusieurs heures après l'ingestion de la dernière dose. Par conséquent une dose continue d'environ une demi-drachme (1gr,94) par jour, altérera la sensibilité du pharynx d'autant plus qu'on dépassera davantage cette quantité. Mais on ne diminue ou l'on n'abolit ainsi qu'une partie de la sensibilité ou mieux qu'une sensibilité du pharynx.

« On doit, en effet, distinguer, dit tout récemment un auteur (E. Zœppfel, *Thèse doct.* Paris, 1869, p. 28 et 29), au voile du palais deux espèces de sensibilité : une sensibilité fonctionnelle et une sensibilité commune. Cette sensibilité commune pourra varier d'un individu à l'autre; mais elle ne sera pas la mesure de la sensibilité fonctionnelle. Celle-ci devra peu varier. Cette sensibilité fonctionnelle est la même que la sensibilité de l'intestin; et comme elle, elle serait d'après M. Claude Bernard, sous la dépendance d'un ganglion, du sphéno-palatin. Elle aurait son mode d'irritation spéciale, ce ne seraient ni les piqûres ni les brulûres, mais le contact le plus léger; le chatouillement même dépasse le but physiologique et provoque le vomissement. Le bromure la ferait d'abord disparaître. Les mouvements de déglutition restent intacts chez les individus bromurés, et l'on ne voit pas qu'ils se fassent avec moins d'énergie qu'avant le traitement. Lorsque par la titillation de la luette on ne déterminait aucun mouvement de déglutition ou de vomissement, on pouvait admettre ou que le pharynx et le voile ne conduisaient plus l'impression tactile, ou que cette impression n'était plus réfléchie : on voit que le pouvoir réflexe de la moelle n'a rien perdu de son énergie et les mouvements de leur précision; il faut donc admettre que la périphérie seule est touchée. »

Le fait de l'intégrité du pouvoir réflexe chez les individus soumis à l'usage du bromure, n'est pas aussi évident que l'auteur semble le croire, mais la distinction qu'il établit entre la sensibilité générale et la sensibilité spéciale (qu'il appelle fonctionnelle) du pharynx est une vérité importante. La seconde est la seule qui soit diminuée ou abolie par le bromure de potassium.

Il en résulte que dans l'anesthésie du voile du palais produite par le bromure, le malade peut encore sentir la douleur provoquée par les piqûres, les incisions ou toute autre opération chirurgicale pratiquée à ce niveau, telle que l'excision de la luette ou des amygdales, mais supporte impunément le contact d'un doigt ou d'un corps mousse, tel qu'un miroir laryngoscopique ou d'une éponge dans l'arrière-gorge. Les avantages pratiques qui résultent de ce fait pour l'examen du larynx et du pharynx sont évidents.

Les modifications de la voix, sa raucité ou l'aphonie, le ralentissement de la respiration, la diminution de fréquence et d'intensité des battements du cœur, l'abaissement de la température, n'apparaissent que lorsque l'action du bromure cesse d'être thérapeutique pour devenir toxique.

Ces phénomènes sont les meilleurs indices de la saturation de l'organisme par le médicament et de l'urgence d'en suspendre promptement l'emploi, qui pourrait ainsi devenir dangereux. Chez certaines personnes, l'élimination du bromure est si rapide qu'il est très-difficile de déterminer ces accidents.

Chez un malade qui en a pris pendant plusieurs jours consécutifs plus de 3 drachmes par jour, je n'ai constaté aucun des symptômes de la saturation bromique. Chez d'autres, on les voit apparaître après des doses relativement faibles. Les différentes voies d'élimination chez chaque individu suffisent à expliquer la diversité même du mode d'action de cet agent.

L'action hypnotique du bromure de potassium a déjà été étudiée dans le chapitre précédent; il faut remarquer, à cet égard, que la dose continue produit un état de demi-somnolence incessante qui prédispose l'organisme au sommeil et rend celui-ci plus profond pendant la nuit. Lorsque l'action hypnotique du bromure de potassium est indiquée seule et qu'en le donnant en une seule fois, au moment de se mettre au lit, ou en répartissant proportionnellement cette dose, on n'arrive pas à procurer le sommeil, on obtiendra un meilleur résultat avec une quantité moindre du médicament, en faisant prendre au malade deux doses faibles dans la journée et une un peu plus forte au moment de se coucher, qu'en lui ordonnant de prendre de fortes doses très-rapprochées en se met-

tant au lit. Ainsi, j'ai vu souvent un sommeil plus durable et plus profond suivre l'administration de 10 grains (50 centigrammes) le matin, de 10 (idem) à midi et de 20 grains (1 gramme) le soir, que ne l'auraient produit chez le même individu 60 grains (3 grammes) pris en une seule dose ou en deux très-rapprochées le soir.

L'action hypnotique de l'hydrate de chloral, de la jusquiame, du haschisch, du lactucarium, de l'éther, du chloroforme et parfois de l'opium, est renforcée, et, dans d'autres cas, favorablement modifiée par une dose continue de bromure de potassium.

Le cas suivant vient à l'appui de ce que j'avance :

Obs. IV. — Un homme de soixante-cinq à soixante-six ans avait été atteint, quelques années auparavant, pendant son séjour à Londres, d'une attaque violente de congestion cérébrale ; mais après s'en être remis, il présenta, pendant l'été et l'automne de 1870, de l'insomnie et quelques autres symptômes qui, en lui rappelant sa maladie antérieure, lui causèrent de vives inquiétudes. Suivant le conseil du médecin du voisinage, il avait pris tous les soirs du bromure de potassium, de l'hydrate de chloral ou autres médicaments du même genre sans en retirer le moindre avantage. De retour à Boston, il vint me consulter. Je lui conseillai les mêmes remèdes, il m'objecta qu'il y avait eu déjà inutilement recours, et me dit qu'il avait plusieurs fois, mais toujours en vain, pris le soir tantôt 30 et même 40 grains de bromure (1gr,50 — 2 grammes), tantôt la même quantité de chloral. Je prescrivis alors concurremment 10 grains (50 centigrammes) de bromure de potassium et 3 grains (15 centigrammes de bromure d'ammonium avant le déjeuner, autant avant le dîner et le double le soir en se couchant. L'épreuve eut un plein succès ; et le malade dormit bien. Après avoir continué le traitement pendant plusieurs jours, 20 grains (1 gramme) d'hydrate de chloral furent substitués à la dose vespérale des bromures, et cela avec le résultat le plus satisfaisant.

Je pourrais rapporter ici une foule de cas analogues que j'ai observés, mais je crois inutile de m'étendre en plus longs développements, qui ne feraient qu'augmenter le volume de cet ouvrage sans en accroître la valeur. J'ai si souvent observé l'effet hypnotique vespéral de la dose continue quotidienne que je suis parfois à me demander, en présence d'un cas d'insomnie, si je le traiterai par la dose hypnotique unique administrée le soir ou par la dose continue diurne (c'est-à-dire prise en plusieurs fois, à intervalles réguliers dans le courant de la journée).

Lorsque le premier mode d'emploi réussit, il est préférable d'y avoir recours, parce qu'il ne soumet pas l'organisme à l'action incessante du médicament comme la dose continue. En effet, dans le premier cas, l'organisme, après l'élimination du bromure, en est exempt pendant une partie du nycthémère, tandis qu'il ne l'est pas dans le second cas. Il reste un autre point à établir à ce sujet ; lorsqu'on administre le bromure à la dose continue quotidienne, on n'observe, pendant les deux ou trois premiers jours, aucune tendance à la moindre somnolence dans la journée, ni à un sommeil plus profond durant la nuit. Cet effet est beaucoup plus tardif et ne survient que lorsque l'organisme a été pour ainsi dire imprégné du médicament ; c'est ce que nous pourrions appeler le *bromisme thérapeutique*. Ainsi donc, lorsque le médecin veut combattre l'insomnie à l'aide du bromure administré à la dose continue, il ne doit point se décourager si le résultat qu'il désire n'est pas immédiatement obtenu.

La somnolence pendant le jour, produite par la dose continue, est quelque chose de plus qu'un sentiment de repos et de bien-être. Elle porte au sommeil le sujet qui en est atteint, si rien ne le tient en éveil, mais ne l'empêche nullement de se livrer à ses occupations habituelles.

L'augmentation de la sécrétion urinaire qui accompagne l'élimination des bromures n'est ni assez constante ni assez marquée pour qu'elle puisse les faire utiliser comme diurétiques. De même, l'influence qu'exercent ces agents sur le mouvement péristaltique des intestins et sur les sécrétions des muqueuses n'est pas suffisante pour légitimer leur emploi comme antidiarrhéique ou pour les rendre efficaces contre les polycrinies en général.

Une dose unique et isolée de bromure ne suffit pas plus à réprimer les désirs vénériens ou à amoindrir la faculté génésique qu'à produire l'anesthésie du voile du palais. Ce phénomène ne se montre, en général, qu'après une médication bromurée de plusieurs jours consécutifs. Son degré est extrêmement variable : chez certains individus, le bromure produit simplement une légère diminution des désirs sexuels ; chez d'autres, il amène une impuissance temporaire. Dans tous les cas, les fonctions génitales recouvrent leur intégrité aussitôt après l'élimination complète du médicament.

Zœpffel (*op. cit.*, p. 30) fait remarquer, à ce propos, que « le bromure de potassium semble influencer spécialement les phénomènes de sensibilité réflexe dont le siége est, d'après quelques auteurs, à l'orifice des canaux éjaculateurs. Le passage de l'urine chargée de bromure y produit une anesthésie locale et détruit ainsi le point de départ de l'acte réflexe (le point excito-moteur) de l'érection. » On peut tirer un parti avantageux de cette action physiologique du bromure pour le traitement des pertes séminales et de certaines formes d'inflammation des voies génito-urinaires. L'éréthisme génital qui se montre quelquefois chez les jeunes filles à la puberté et au moment de l'éclosion cataméniale, et qui se traduit dans certains cas par des attaques épileptiformes, peut être très-avantageusement combattu par le traitement bromuré. Ce dernier modifie de même favorablement certains états d'irritation de la vessie. Nous aurons l'occasion d'examiner en détails ces questions lorsque nous étudierons les applications spéciales du traitement par les bromures dans les différentes maladies. Le point important, pour le moment, est l'anesthésie locale produite par le bromure de potassium sur les orifices des canaux éjaculateurs, pourvu toutefois qu'il soit administré à hautes doses et d'une façon continue.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Quel est l'anesthésique le moins dangereux?

« C'est là une question des plus importantes ; et l'opinion s'accrédite de plus en plus que les médecins mettent trop de négligence à rechercher l'anesthésique le plus sûr ; qu'ils ont pris l'habitude de contempler avec trop de calme les périls qu'ils ont côtoyés ; qu'ils se consolent enfin, en cas de malheur, par cette réflexion « qu'ils ont *fait leur devoir*, en s'aidant de toutes les lumières que peut fournir l'état actuel de la science. »

» Le public, cependant, s'éveille et devient plus attentif aux dangers dont nous prenons si aisément notre parti ; et quand, chaque semaine, un nouveau coup vient donner un nouvel avertissement, « il n'y a plus de temps à perdre pour déterminer quel est celui des agents anesthésiques qui donne le plus de sécurité aux patients. »

Je signerais volontiers ces lignes, messieurs, mais j'ai eu beaucoup plus de plaisir à les trouver dans le dernier numéro (16 octobre 1872) du *Medical Press and Circular*, d'où je les traduis à l'usage de nos très-chers confrères. Puisse le cri d'alarme que, les premiers de tous, nous avons poussé en France, avoir un écho plus persuasif à son retour d'outre-Manche !

Le rédacteur du journal anglais — car c'est de la rédaction même que l'article émane — appuie son appel sur trois nouveaux cas de mort par les anesthésiques survenus la semaine dernière. Trois morts en une semaine !

Le premier, relatif au bichlorure de méthylène, a eu lieu à l'hôpital de Middlesex. On avait administré 8 grammes de cette substance à un homme âgé de quarante-huit ans, pour lui faire l'opération de la fistule à l'anus. Le patient qui, auparavant, avait toutes les apparences de la santé, était devenu insensible, et l'on allait commencer l'opération, une minute après avoir terminé l'inhalation, lorsqu'on s'aperçut que la respiration avait cessé et que le sujet était livide. On mit en œuvre la respiration artificielle, qui produisit un ou deux hoquets; puis le galvanisme, qui demeura sans effet. — Le seul détail important qu'ait présenté l'autopsie est que le cœur était volumineux et flasque.

Il s'agit, dans le deuxième cas, d'un homme (malade de M. Marshall, à l'hôpital général de Nottingham) à qui l'on coupa la jambe pour une fracture comminutive de ce membre. Il succomba aussitôt l'opération terminée, ayant respiré un peu plus de 12 grammes de chloroforme. Quoique la soudaineté de la mort et la nature des symptômes qui l'ont immédiatement précédée ressemblent exactement à ce qu'on observe dans les cas de décès par le chloroforme, il y a lieu, cependant, de porter ici à la décharge de l'anesthésique, la débilitation et le choc résultant, soit du traumatisme, soit de l'opération, ainsi que de l'hémorrhagie qui accompagnèrent l'un et l'autre. Le chloroforme sort donc, cette fois, avec le bénéfice des circonstances atténuantes.

En est-il de même du cas suivant, dû à M. Bird, d'York? C'est ce dont le lecteur va pouvoir juger par lui-même d'après la traduction de l'observation :

« Une femme de cinquante-sept ans, ayant les apparences de la meilleure santé, quoique *très-énervée* aux approches de l'opération, devait subir l'amputation du sein. Avant l'administration du chloroforme, M. Bird et son aide examinèrent l'état du cœur et des poumons sans y découvrir rien d'anormal. La malade n'avait rien mangé depuis trois ou quatre heures avant la visite; elle avait seulement pris une cuillerée à bouche d'eau-de-vie dans un peu d'eau froide. L'aide de M. Bird lui administra sur une éponge moins de 2 grammes de chloroforme de Duncan et Flockeart. L'éponge, très-poreuse, fut d'abord tenue à au moins un pouce de la bouche et des narines, puis rapprochée peu à peu. Le docteur Bird surveillait le pouls d'un côté, et son aide de l'autre. De temps en temps, il examinait l'état des yeux. La première période fut promptement passée. Alors la patiente devint excitée, agitée, sans l'être néanmoins autant que cela se voit dans beaucoup de cas. Elle parlait avec incohérence de ses affaires ou d'autres sujets et cria une ou deux fois : « Appelez la police ! » On administra alors deux nouveaux grammes, de la même manière et avec les mêmes précautions. Au bout d'une minute, le pouls qui, pendant tout ce temps, avait été un peu faible, s'arrêta tout à coup. Presqu'au même moment, la respiration devint brève, superficielle, cessa, et la face devint livide. Les symptômes de danger survinrent presque simultanément. Quelques secondes auparavant, en touchant la conjonctive, on provoquait des contractions réflexes des paupières, et les pupilles étaient légèrement contractées. L'administration du chloroforme fut immédiatement suspendue; on ouvrit les croisées, on jeta de l'eau froide sur la face et la poitrine; la langue fut tirée au dehors avec des pinces; on établit la respiration artificielle. Mais d'après la dilatation extrême des pupilles, la lividité rapidement progressive, la prompte et simultanée cessation de la respiration et de la circulation, il fut évident que le cas était sans espoir. L'enquête, ouverte le lendemain, se termina par la sentence : « Mort par chloroforme. »

» Ces cas de mort et ces verdicts de coroner, conclut le rédacteur, ne sont que la douloureuse répétition de cas semblables où toutes les précautions ont été prises et où l'on avait soigneusement examiné l'état des organes internes; et ils démontrent, pour le chloroforme et le bichlorure de méthylène, leur plus redoutable propriété, je veux dire leur perfidie. L'éther qui, dans ce pays, a été généralement abandonné pour le chloroforme, trouve une puissante recommandation dans ces désastreux résultats. Est-il permis, dans l'intérêt de nos malades, est-il permis d'employer un agent aussi plein de périls (*so weighted*), quand nous en avons entre les mains un, maintenant aussi approprié et beaucoup plus sûr, dans l'éther qui tient la tête de la liste comme le plus sûr de tous les anesthésiques connus ?... Nous recommandons de nouveau ce sujet à la méditation attentive de nos confrères. »

Ces considérations et cette conclusion, dont M. Morgan a pris l'initiative en Angleterre, méritent d'être appuyées, messieurs. A Lyon, nous avons généralement et depuis bien longtemps abandonné le chloroforme pour l'éther; nous nous en trouvons bien, et nos malades encore mieux. Mais notre exemple, jusqu'ici, n'a point été suivi. On nous dit et non sans raison : « Vous avez abandonné le chloroforme trop tôt, trop peu de temps après sa découverte, à un moment où encore inhabiles à le manier, les chirurgiens ne devaient par conséquent attribuer les malheurs dus à son emploi qu'à leur défaut d'habitude. »

Il serait donc souverainement opportun, pour le succès de la démonstration, que l'expérience recommençât en sens inverse; que, aujourd'hui, après tous les perfectionnements apportés dans la préparation du chloroforme, dans le mode d'inhalation, dans son dosage, dans l'analyse physiologique des accidents qui l'accompagnent, il serait bon que, le chloroforme continuant nonobstant à foudroyer, on vît si l'éther foudroie aussi souvent et en laissant aussi peu de moyens de prévoir le malheur ou d'y remédier? Nous ne pouvons que convier les chirurgiens de la Grande-Bretagne à écouter l'appel qui leur est adressé, et à fournir ainsi à la statistique lyonnaise déjà si probante la contre-épreuve qui lui donnera sa pleine valeur.

L'opinion publique s'éveille, dit-on, en Angleterre ! — Pour ma part, je ne m'en étonne ni ne le déplore. Qu'un malade qu'on va *endormir* s'informe s'il se réveillera, je ne saurais trouver sa demande indiscrète. Que, désormais instruit des chances qu'il va courir, il impose à l'opérateur l'éther au lieu du chloroforme, je ne jugerai point qu'il excède son droit. En poussât-il l'usage jusqu'à préférer souffrir des douleurs du couteau, au lieu de souffrir des angoisses que donne l'incertitude du réveil, ce n'est pas moi non plus qui le désapprouverai.

Cette intervention des clients dans leurs affaires n'est guère admise, en général. On leur dit, et non sans motif : « Si vous me consultez, c'est que vous avez confiance en moi. Laissez-moi donc débattre seul et seul décider toutes ces questions au mieux de vos intérêts. » Mais quand la science dévie, quand elle s'obstine dans une fausse route ; quand parfaitement libre et maîtresse d'atteindre le même but avec un agent moins dangereux, elle préfère le plus dangereux; alors, tôt ou tard, la lumière se fait, la confiance s'ébranle, et l'administré reprend en main la direction de ses intérêts. Si, par impossible, il se trouvait aujourd'hui un confrère qui employât l'*inoculation* au lieu de la *vaccination*, lequel blâmerait-on, du médecin qui proposerait cette méthode périlleuse, ou du client qui refuserait de s'y soumettre? Eh bien! messieurs, la question est la même en ce qui concerne l'éther et le chloroforme. Ne déplorons donc pas de voir les malades commencer à s'occuper du choix que nous faisons entre l'un et l'autre anesthésique; leur intervention nous sert plus qu'on ne le croit. Car, au point où en sont les choses, s'ils ne s'inquiétaient pas, eux, aujourd'hui, de ce choix, demain c'est la justice qui pourrait bien nous en demander compte.

Veuillez agréer, etc.

P. Diday.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

PHYLLOXERA. — M. *E. Guillier* adresse, par l'entremise de M. le ministre de l'instruction publique, l'indication d'un remède qu'il propose contre le Phylloxera, et qui consiste dans un mélange de cendres de bois de vigne saine, de suie, de sable de rivière, d'eau de lessive, d'essence de térébenthine et d'ammoniaque.

M. *Loarer* (et non *Louvet*, comme il a été imprimé aux *Comptes rendus* du 30 septembre) adresse, par l'entremise de M. le ministre de l'instruction publique, une note relative à l'apparition, sur certaines plantes exotiques, d'insectes qui lui paraissent provenir du transport des œufs de Phylloxera.

M. *Ajot* propose l'emploi de l'urine contre le développement du Phylloxera.

Ces trois communications seront soumises à l'examen de la commission du Phylloxera.

SUBSTANCES ANTIFERMENTESCIBLES. (Note de M. *A. Petit*.) — Les liquides sur lesquels l'auteur opère contiennent 50 grammes de sucre de canne par litre, et la quantité de ferment (50 centigrammes de levûre de Hollande pour 10 centimètres cubes) est suffisante pour établir, en quelques minutes, une fermentation régulière. C'est à ce mélange qu'il ajoute les sels, pour étudier leur action sur la fermentation.

En opérant dans ces conditions, le silicate et surtout le borate de soude ne lui ont pas paru doués de propriétés antifermentescibles particulières. La solution de sulfate de protoxyde de fer à 1 pour 100 a fermenté lentement, mais régulièrement. La solution à 1 pour 100 de sulfate de cuivre a commencé à fermenter, mais la fermentation s'est arrêtée. Le phosphore, l'essence de térébenthine à 1 pour 100, la créosote à faible dose, la poudre de moutarde à 1 pour 100, les acides tartrique et sulfurique à 1 pour 100 n'ont nullement entravé la fermentation. L'acide arsénieux en solution à 1/100 ralentit la fermentation, qui cependant continue très-régulière. L'acide oxalique à 1/300 la ralentit très-notablement. A dose égale, l'acide acétique a paru plus antifermentescible que les acides minéraux. Un liquide alcoolique à 25 pour 100 et une solution contenant 5 pour 100 de glycérine et 1 pour 100 d'acide succinique fermente entièrement. Les corps qui ont paru les plus antifermentescibles sont le bichlorure de mercure et surtout le bioxyde de mercure. Les sulfites n'empêchent pas la fermentation; ils sont transformés en sulfates, et cette transformation ne se fait pas avant la fermentation, mais pendant, et d'une manière progressive.

DES ALLURES DU CHEVAL. — M. *Marey* présente sur ce sujet une note dans laquelle les allures du cheval sont étudiées par la méthode graphique. Cette note n'est pas susceptible d'analyse et est trop développée pour trouver place ici.

ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE ANGLAISE. — M. *Larrey* présente à l'Académie, de la part de M. *Logan*, directeur général du département médical de l'armée anglaise, le douzième volume des Rapports, pour l'année 1870.

HYDROPHOBIE ET RAGE. — M. *Bouley* présente à l'Académie un ouvrage de M. *G. Fleming*, imprimé en anglais, et contenant une étude complète de la rage et de l'hydrophobie.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Côte-d'Or et de l'Orne, en 1871. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de MM. les docteurs *Philippeaux* et *Armand Moreau*, qui se présentent comme candidats pour la section d'anatomie et de physiologie. — *b*. Une lettre de M. le docteur *Moutard-Martin*, qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Woillez*, qui se présente comme candidat pour la section de pathologie médicale. — *d*. Des lettres de MM. les docteurs *Joulin* et *Hervieux*, qui se présentent comme candidats dans la section d'accouchements. — *e*. Une lettre de M. le docteur *Bouteiller* (de Rouen), accompagnant l'envoi d'un dilatateur de l'anus, fabriqué, sur ses indications, par M. *Mathieu*, et destiné au traitement de la fissure anale. — *f*. Un pli cacheté adressé par M. le docteur *Cap*, membre associé, et contenant un nouveau système de traitement des maladies pulmonaires et autres par les voies respiratoires. — *g*. Un pli cacheté, déposé par M. *Bussy* et adressé par M. *Doray*, pharmacien à Saint-Lô. (*Accepté.*)

M. *Tardieu* présente : 1° Un ouvrage intitulé : TRAITEMENT COMPLÉMENTAIRE ET PROPHYLACTIQUE DU LYMPHATISME ET DE LA SCROFULE CONFIRMÉE, par M. le docteur *de Larroque*. — 2° Un article sur la folie, par M. le docteur *Lunier* (Extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*). — 3° La relation d'une opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, par M. le docteur *Caussé* (d'Albi).

M. *Barth* présente un ouvrage intitulé : TRAITEMENT PRÉSERVATIF ET CURATIF DES SÉDIMENTS, DE LA GRAVELLE, DE LA PIERRE URINAIRE, etc., par M. le docteur *Mercier*.

M. *le secrétaire perpétuel par intérim*, en déposant sur le bureau une brochure de MM. *Leven* et *Laborde* sur l'action physiologique de l'ésérine, alcaloïde de la fève du Calabar, donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Laborde*, jointe à cette brochure. L'auteur, s'autorisant de ses expériences et de celles de M. Vulpian, croit pouvoir conclure que l'on peut reproduire expérimentalement tous les phénomènes de l'infection septicémique et même purulente, pourvu que l'on réalise les conditions essentielles au développement complexe et à l'évolution de cet état morbide; l'une de ces conditions est la production d'embolies pyoémiques, que l'on obtient en associant, pour l'injection, des poudres ou même des petits corps inertes avec le liquide septique, notamment le sang putréfié ou intoxiqué. « Je dis intoxiqué, ajoute M. Laborde, car il semble résulter de nos expériences sur l'ésérine que le sang qui a subi le contact et l'influence de la substance toxique transmet ses propriétés délétères à du sang qui n'a pas éprouvé directement cette influence et le contact : preuve nouvelle des analogies depuis longtemps entrevues et qu'il est permis d'établir entre les intoxications véritables et l'empoisonnement septicémique. »

La période électorale est ouverte à l'Académie depuis la déclaration des trois vacances dans les sections d'accouchements, d'hygiène et de thérapeutique. Déjà les lettres de candidatures abondent sur le bureau, et la tribune est envahie par les concurrents. Quatre d'entre eux, MM. Armand Moreau, Hillairet, Hervieux et Lagneau ont eu les honneurs de cette séance.

INFLUENCE DE LA SECTION DES NERFS SUR LA CIRCULATION. — M. *A. Moreau*, candidat pour la section de physiologie, a lu le résultat d'expériences nouvelles qui confirment les conclusions de sa note du 30 janvier dernier, à savoir qu'on obtient une « magnifique vascularisation de l'oreille chez le lapin par la section *simultanée* du filet cervical sympathique et du nerf grand auriculaire.» Cette double section est nécessaire pour obtenir le phénomène.

DE L'ASSAINISSEMENT DES ATELIERS DE DÉROCHAGE ET DE DÉCAPAGE PAR L'EMPLOI DE L'AMMONIAQUE. — L'insalubrité des ateliers de dérochage et de décapage est produit par la grande quantité de vapeurs nitreuses qui se dégagent pendant ces opérations. M. le docteur *Hillairet*, candidat pour la section d'hygiène, a fait une étude spéciale des lésions et des symptômes morbides auxquels sont exposés les ouvriers qui travaillent dans ces ateliers. Ces lésions et ces symptômes consistent, le plus souvent, en des phénomènes d'irritation, d'hypérémie et d'inflamma-

tion des voies respiratoires; mais, d'autres fois, on observe une véritable intoxication aiguë, caractérisée par des accidents de suffocation et d'asphyxie graves et promptement mortels.

Frappé de l'insuffisance des moyens généralement adoptés pour prévenir ou atténuer les fâcheux effets de l'intoxication nitreuse, M. Hillairet a eu l'heureuse idée d'appliquer aux ateliers de dérochage et de décapage, un procédé employé déjà avec succès par M. Boussingault dans les fabriques d'eau de Javel. Ce procédé consiste à disposer autour des cuves un certain nombre de soucoupes contenant de l'ammoniaque liquide qui, en se volatilisant, attaque les vapeurs nitreuses, les transforme en azote et en azotite d'ammoniaque et les rend ainsi complétement inodores et absolument inoffensives. On doit désirer, avec M. Hillairet, qu'un moyen si simple et si efficace vienne s'ajouter aux sages mesures déjà prescrites par le conseil de salubrité.

Le poison puerpéral. — Ses voies d'élimination. — La méthode éliminatrice. — Ces trois mots impliquent toute une doctrine, et nous ramènent assez vivement aux plus beaux jours de l'humorisme, de la matière peccante et de la nature médicatrice. Les opinions développées, dans ce travail, par M. *Hervieux*, candidat pour la section d'accouchements, ne seraient pas reniées par les plus purs galénistes du XVIIe et du XVIIIe siècle.

M. Hervieux admet un poison puerpéral, dont l'existence n'est pas encore démontrée ; et c'est sur cette hypothèse qu'il fonde son traitement de la fièvre puerpérale.

Les deux principales voies d'élimination du principe délétère sont, suivant lui, le poumon et l'utérus. Viennent ensuite l'estomac, les intestins et le foie, la peau et l'appareil sudoripare.

Dans cette doctrine, la plupart des manifestations morbides qui accompagnent la puerpéralité, et que nous sommes accoutumés à regarder et à traiter comme des symptômes inquiétants et malfaisants, les lochies abondantes et fétides, les vomissements, la diarrhée, les sueurs profuses, les éruptions miliaires, sont considérés, au contraire, comme des perturbations utiles et des efforts salutaires, destinés à expulser le poison puerpéral. D'où il résulte que le médecin, au lieu de chercher à réprimer ou à arrêter ces troubles fonctionnels, doit s'efforcer de les favoriser, de les seconder et, au besoin, de les provoquer.

M. Hervieux, poussant jusqu'à ces extrêmes limites cette théorie de l'élimination, voit un témoignage et une preuve des efforts expulsifs de la nature médicatrice jusque dans l'horrible fétidité du séro-pus sécrété par les vésicatoires.

Il y a plus. Les collections purulentes qui se forment dans les organes et dans les muscles, surtout les abcès périphériques, ne sont autre chose qu'une expulsion, *par effraction*, du principe morbifique. On doit donc les regarder et les accueillir comme une crise favorable et salutaire.

Partant de ces principes, M. Hervieux ne voit rien de mieux que d'imiter les procédés éliminateurs de la nature; et il en déduit une méthode thérapeutique à laquelle il donne le nom d'*éliminatrice*, et dont tous les moyens doivent tendre à pousser hors de l'organisme le poison puerpéral. Il préconise donc, dans le traitement des accidents puerpéraux, les vomitifs, les purgatifs et les vésicatoires. Seulement il entoure cette médication de tant de sages restrictions, de tant de réserves prudentes, de tant de précautions opportunes, qu'il faut être doué d'une certaine dose de tact, de sens pratique, de sagacité et d'expérience pour ne pas dépasser la mesure, pour saisir nettement les indications, et pour mener à bien un traitement qui participe autant de la thérapeutique perturbatrice que de la méthode éliminatrice.

M. Hervieux préconise aussi les émissions sanguines comme un moyen propre à diminuer la masse du sang et, par conséquent, la proportion du produit toxique qui circule avec lui dans l'organisme. Nous laissons à l'auteur toute la responsabilité d'une opinion et d'un conseil qu'il nous semble dificile d'accorder avec les idées régnantes sur les maladies infectieuses. Nous ne voulons pas nier l'efficacité des émissions sanguines dans certains cas déterminés ; mais nous doutons qu'elles puissent en rien diminuer la prolifération du produit toxique, tandis que, d'après les expériences de Magendie, elles tendraient à rendre plus active l'absorption du poison.

Le travail de M. Hervieux, très-correctement écrit et fort bien lu, a été écouté avec un intérêt marqué. L'auteur a terminé sa lecture en faisant modestement appel à l'expérience ultérieure et au contrôle de ses confrères.

De l'influence des professions sur l'accroissement de la population. — On sait avec quel zèle louable et quelle ardeur persévérante M. le docteur *Lagneau*, candidat pour la section d'hygiène, se livre à l'étude statistique du mouvement comparé des populations dans les diverses contrées de l'Europe. Dans le moment présent, ses travaux, pleins d'à-propos, peuvent être considérés non-seulement comme une œuvre de science, mais encore comme une œuvre de patriotisme, puisqu'ils ont pour but et pour résultat de dénoncer l'infériorité relative de la France, en ce qui concerne l'accroissement de la population, de faire connaître les causes du mal et d'en indiquer le remède à nos moralistes, à nos législateurs, et à tous ceux qui ont souci de la grandeur et de la prospérité du pays.

Cette fois encore, M. Lagneau signale l'influence funeste qu'exercent à cet égard la désertion des campagnes pour les villes, et l'abandon des professions agricoles pour les professions libérales, industrielles et commerciales. La première cause entraîne « un accroissement physiologique de la population moindre de plus de moitié » ; la seconde cause « amène dans les familles exerçant ces professions une diminution variable d'un sixième à plus de moitié, selon les professions. »

Toutefois, ajoute M. Lagneau, malgré les conditions défavorables créées par l'habitat urbain et par l'abandon des travaux agricoles, qui, d'ailleurs, ne portent que sur une portion plus ou moins limitée de la population, une nation peut continuer à s'accroître rapidement si sa natalité est suffisamment considérable. Or, la France est une des nations de l'Europe dont la population s'accroît le plus lentement, parce que la natalité est minime ; tandis que l'accroissement de la population est rapide en Angleterre et en Allemagne, où la natalité est considérable.

Malheureusement l'accroissement de la natalité n'est pas une question qui se puisse régler par une loi ou par un décret ; c'est une affaire de mœurs et de ménage.

Traitement de l'hydropéricarde par la ponction et l'aspiration pneumatique. — M. le docteur *Chairou*, médecin de l'asile du Vésinet, lit l'intéressante observation d'une péricardite avec épanchement, traitée et guérie par la ponction, à l'aide des aiguilles capillaires et de l'appareil aspirateur de M. Dieulafoy. Ce qui frappe surtout dans ce fait, c'est l'innocuité de l'opération et sa prompte efficacité. Le malade a été arraché instantanément à une mort imminente ; il a été ramené à la vie comme un noyé qu'on retire à temps de la rivière. Cette nouvelle observation vient s'ajouter à celles du même genre qui ont été publiées déjà par M. Dieulafoy et par d'autres auteurs, et qui démontrent combien la méthode de la ponction capillaire et de l'aspiration est une ressource précieuse dans le traitement des épanchements péricardiques, qu'on hésitait naguère à ponctionner, à raison de l'imperfection et de l'insuffisance des instruments. La crainte de produire une lésion grave du tissu cardiaque est désormais écartée grâce aux aiguilles et aux trocarts capillaires. C'est, sans contredit, un des plus utiles progrès de la médecine contemporaine.

A. Linas.

Société de chirurgie

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. TRÉLAT.

REPRODUCTION DES OS PAR LE PÉRIOSTE. — FRACTURE DE LA ROTULE. — ÉPANCHEMENT SANGUIN CONSIDÉRABLE DANS LE GENOU; PONCTION ASPIRATRICE. — TUMEUR FIBREUSE DÉVELOPPÉE DANS LA LÈVRE POSTÉRIEURE DU COL UTÉRIN HYPERTROPHIÉ.

M. *Prestat* (de Pontoise) lit une observation de reproduction des os par le périoste. Enfant de treize ans, tombé de la hauteur de 12 mètres sur le poignet droit. L'avant-bras s'était fracturé à sa partie inférieure; le radius, séparé de son épiphyse inférieure, avait déchiré la peau et faisait une saillie de 2 centimètres sur la face antérieure du poignet. Cubitus fracturé au-dessus de l'apophyse styloïde. La fracture fut réduite. Au bout de quatre semaines le radius était nécrosé dans sa partie inférieure; résection de 3 centimètres 1/2 de cet os. La partie d'os enlevée s'est reproduite. Les mouvements de flexion et d'extension de la main sont entiers; la main est portée sur le bord radial, et le fragment du cubitus formé par l'apophyse styloïde s'est coudé à angle aigu.

— M. *Dubreuil* communique le fait suivant. Il y a huit jours, un individu entra à Beaujon avec une fracture transversale de la rotule. Écartement considérable des fragments; épanchement sanguin articulaire très-abondant. Comme le malade souffrait beaucoup, M. Dubreuil, pour le soulager, songea à vider la synoviale avec l'appareil de Dieulafoy. Première ponction sur le côté interne de la rotule avec le trocart moyen : rien. Autre ponction en dehors de la rotule : pas une goutte de liquide n'est évacuée. Les piqûres furent couvertes de baudruche collodionnée et le membre placé dans une gouttière.

Hier matin, fièvre considérable; genou douloureux et tuméfié. La piqûre interne est cicatrisée; la piqûre externe est béante et sous l'influence d'une légère pression laisse écouler un liquide sanguinolent. Aujourd'hui, malgré un traitement antiphlogistique local, du pus s'échappe par la piqûre. Selon M. Dubreuil, c'est l'intervention chirurgicale qui a déterminé l'arthrite, et dorénavant il s'abstiendra en pareil cas de toute ponction articulaire.

M. *Chassaignac* déclare que M. Dubreuil rend un grand service à la science en apportant à la tribune la relation d'un fait malheureux. Il est nécessaire de s'élever contre l'abus des ponctions capillaires évacuatrices dans les épanchements de toute nature. M. Laboulbène a pratiqué des ponctions évacuatrices dans un cas d'arthrite blennorrhagique (Acad. de méd., séance du 16 juillet, *Gaz. hebd.*, p. 474). Jusqu'à ce jour, on n'avait pas eu besoin de ces ponctions pour guérir les arthrites rhumatismales ou blennorrhagiques.

M. *Desprès* rappelle que Jayavay ponctionnait avec une lancette les hémo-hydarthroses du genou. Mais cette pratique est en opposition avec ce principe : les épanchements sanguins ne doivent pas être ouverts ni évacués. M. Desprès ne partage pas cependant la réprobation montrée pour les ponctions des articulations dont la séreuse est malade; il a guéri deux malades atteints d'hydarthrose chronique par les ponctions et les injections iodées.

Selon M. *Verneuil*, il est utile de mettre un frein à la manie avec laquelle on ponctionne les articulations ou les kystes. On vient dire que dans l'hydarthrose aiguë et douloureuse la ponction seule soulage les malades; c'est une erreur, les douleurs de l'hydarthrose ne résistent pas à une bonne position du membre et à l'immobilisation.

M. *Guyon* croit aussi à la puissance de l'immobilisation contre les hydarthroses. Dans un cas analogue à celui de M. Dubreuil, il eut la tentation de faire la ponction capillaire, mais il n'y céda point; un large vésicatoire amena la résolution de l'épanchement.

M. *Trélat* est pour le précepte qui conseille de ne jamais ouvrir les épanchements sanguins; mais il ne faut pas faire rentrer dans la discussion les ponctions dans les épanchements séreux anciens, car il y a des hydarthroses qui résistent à tous les moyens médicaux; alors on peut employer la ponction, qui est inoffensive dans le plus grand nombre des cas.

M. *Marjolin* dit qu'on a abusé des ponctions évacuatrices en les appliquant aux épanchements sanguins; pour le céphalématome, en particulier, Danyau disait : « N'y touchez pas, quelle que soit la finesse du trocart. »

M. *Larrey* voudrait que la Société formulât une proposition destinée à réprimer cette tendance que l'on a à introduire les procédés chirurgicaux en médecine; il est curieux de remarquer que plus les chirurgiens deviennent conservateurs, plus les médecins ont de la tendance à se lancer dans la chirurgie.

— M. *Le Fort* communique l'observation suivante. Il y a huit jours, une femme jeune encore entre dans son service avec une tumeur qui faisait issue à travers la vulve; le pédicule de cette tumeur avait le volume de la moitié du poignet. Elle était noirâtre, vasculaire. M. Le Fort crut à l'existence d'un polype de l'utérus; mais le toucher ne révéla rien qui ressemblât au col de la matrice; on ne sentait pas le cercle du col. MM. Verneuil et Le Fort diagnostiquèrent une tumeur fibreuse entraînant le corps de l'utérus renversé. L'état général de la malade était mauvais : la tumeur se sphacélait; l'opération fut résolue. On incisa circulairement le pédicule avec le galvano-cautère. La malade mourut quelques jours après.

L'autopsie montra que l'utérus était en place et normal; il s'agissait d'une tumeur fibreuse développée dans le col de l'utérus hypertrophié et allongé. La tumeur s'était développée au milieu du tissu propre du col utérin.

M. *Tarnier* a vu un cas analogue il y a deux mois; la malade avait des hémorrhagies considérables, et la tumeur était du volume d'une tête de fœtus; le pédicule gros comme quatre doigts. Impossible de trouver l'ouverture du col utérin. M. Tarnier crut à une tumeur fibreuse implantée sur le col de l'utérus et aplatissant l'orifice au point qu'on ne pouvait le trouver. M. Huguier, qui avait déjà vu deux faits semblables, fut d'avis d'attendre pour opérer que le pédicule s'effilât.

M. *Chassaignac* pense que par le toucher rectal on eût dû trouver l'utérus en place, et alors on eût été moins craintif pour sectionner le pédicule.

M. *Tarnier* dit que le plus souvent on peut s'assurer de la position de l'utérus par le toucher ou le palper abdominal; mais cela n'est pas toujours ainsi. Il a vu à la Maternité une femme ayant une tumeur faisant saillie dans le vagin; à la moindre tentative de toucher, issue d'un flot de sang. Par le palper, on ne pouvait savoir si l'utérus était en place; le diagnostic exact ne put être établi.

M. *Chassaignac* insiste encore sur les renseignements que donne le palper rectal. A l'hôpital Saint-Antoine, Grisolle fit examiner par M. Chassaignac une femme chez laquelle on croyait à une absence de l'utérus. Le palper abdominal, le toucher rectal, le toucher vaginal, l'introduction d'une sonde dans la vessie démontrèrent qu'il n'y avait pas d'utérus.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'antagonisme de la fève de Calabar ou physostigma et de l'atropine, par le docteur Bourneville.

Comme complément de notre analyse des recherches de Fraser sur l'antagonisme de la fève de Calabar et de l'atropine, il nous paraît utile de rappeler les expériences faites sur le même sujet par M. Bourneville. Elles offrent cet avantage

de montrer que les deux observateurs, sans avoir connaissance de leurs travaux réciproques, sont arrivés pour le fond à des résultats analogues.

Dès 1867, M. Bourneville publiait à la Société de biologie une observation de tétanos traité sans succès par la fève de Calabar; il y ajoutait la relation d'une expérience dans laquelle un cobaye, empoisonné par la fève de Calabar, avait été guéri par une injection de quinze gouttes de solution d'atropine au centième.

En juin 1870, M. Bourneville rapporte une série d'expériences dans lesquelles l'action antagoniste de l'atropine, à l'égard de la fève de Calabar est démontrée par cinq expériences. L'auteur conclut en ces termes : « Des expériences qui précèdent, il nous semble possible de conclure que les effets produits par la fève de Calabar, sont neutralisés par ceux de l'atropine, et par conséquent que dans les empoisonnements par la belladone, on pourrait avoir recours avantageusement à la fève de Calabar. »

Il nous semble que ces dernières déductions ne ressortent pas clairement de la démonstration de l'antagonisme entre l'atropine et la fève de Calabar, parce que les doses d'atropine sont bien inférieures à celles de physostigmine neutralisées par l'atropine, que l'antagonisme n'est pas réciproque, ou du moins n'est pas encore démontré comme tel, qu'en définitive il faudrait des doses considérables de fève de Calabar pour agir dans l'empoisonnement par l'atropine, et qu'alors rien ne prouve que l'antagonisme existerait. L'observation de Kleinwachter, citée par Bourneville, et dans laquelle un individu empoisonné par l'atropine a guéri après l'emploi de fève de Calabar, n'est pas convaincante au sujet du rôle que ce dernier agent a joué dans la guérison.

Quant à la question de priorité qui pourrait être agitée entre Bourneville et Fraser, les dates de publication permettent de la résoudre.

La première expérience de Bourneville date du 21 décembre 1867; d'autres expériences ont été publiées par lui dans la Santé publique (1869, p. 44) et résumées dans The Lancet, 1869, vol. II, p. 233.

M. Fraser a communiqué, le 30 mai 1869, à la Société d'Édimbourg, une note préliminaire établissant l'antagonisme du physostigma et de l'atropine.

En 1869, le professeur Bartholow (de Cincinnati), dans un essai sur l'atropine, rapportait des expériences sur la grenouille et le chat, démontrant le même antagonisme.

En juin 1870, Bourneville publie, dans la Revue photographique des hôpitaux, les expériences complémentaires que nous signalons.

Enfin, le 29 mai 1871, M. Fraser lisait, devant la Société d'Édimbourg, le mémoire que nous avons examiné, et dans lequel il indique lui-même les recherches de Bourneville et de Bartholow, se félicitant de l'accord qui existe entre des expériences faites de diverses parts. Nous ajouterons que, tout en appréciant l'importance des faits établis définitivement par Fraser, nous avons principalement cherché à mettre en relief la précision et l'importance de la méthode qu'il a suivie. (*Revue photographique des hôpitaux*, juin 1870.)

Des injections parenchymateuses dans les tumeurs, par le docteur Heine.

L'auteur de ce travail rappelle les tentatives faites par Thiersch, Nussbaum, Lang et Lücke; il oublie ou ignore celles de Luton (de Reims), qui est le créateur de la méthode des injections parenchymateuses substitutives (*Gazette hebdomadaire*, 1863, p. 859).

Les observations de M. Heine prouvent que cette méthode de traitement chirurgical mérite une étude sérieuse.

Dans un premier fait, il s'agit d'une femme de quarante-huit ans, atteinte de cancer des deux seins. Le cancer était propagé aux ganglions axillaires, et des noyaux cancéreux disséminés existaient sur le parcours des lymphatiques, au niveau du bord du pectoral. Un de ces noyaux fut extrait et présenta les caractères microscopiques du carcinome. Le docteur Heine fit, au début, plusieurs injections avec une solution de chlorure de zinc au centième et au deux-centième; ces injections ne paraissent pas avoir produit des effets bien remarquables, puisqu'au bout de six semaines le volume de la tumeur injectée n'était pas modifié. L'auteur employa alors des injections d'acide chlorhydrique au millième, cinq à sept gouttes; il les pratiqua surtout à la périphérie des tumeurs, dans l'espoir de détruire les éléments jeunes ou de formation nouvelle; le traitement dura huit mois. Le volume des tumeurs diminua de 4 à 5 centimètres dans les trois dimensions.

Dans deux autres cas de cancer secondaire de l'aine chez un homme opéré de l'amputation du pénis pour une tumeur carcinomateuse, il y eut également une destruction notable d'une grande partie de la tumeur.

Enfin, M. Heine a injecté de la teinture d'iode dans des prostates hypertrophiées, à travers le rectum : dans deux cas, il aurait obtenu la guérison de l'hypertrophie, ou du moins la disparition des symptômes de l'hypertrophie.

Ces faits prouveraient l'innocuité des injections parenchymateuses, et leur action thérapeutique ou plutôt destructrice sur les éléments jeunes de la périphérie des carcinomes et leur action curatrice dans l'hypertrophie de la prostate. Les détails opératoires, l'indication des doses, ne sont malheureusement pas indiqués avec précision dans les observations rapportées par M. Heine. (*Archiv für klinische Chirurgie*, 15e Bd., 1 Heft, 1872.)

Sur la pathogénie des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur B. Stilling.

L'anatomie normale de la texture de la muqueuse uréthrale explique les particularités anatomo-pathologiques des rétrécissements de l'urèthre. Le corps spongieux est un tissu essentiellement composé d'espaces dont les parois sont musculaires, c'est-à-dire composées de fibres lisses. Ces fibres lisses se prolongent dans les papilles de la muqueuse, par conséquent toute inflammation de la muqueuse uréthrale s'accompagne d'altérations dans les fibres musculaires lisses. Ces altérations aboutissent à une dégénérescence fibreuse des muscles lisses, qui est la cause mécanique du rétrécissement. (*Archiv für klinische Chirurgie*, 15e vol., 1er fascicule, 1872.)

Travaux à consulter.

De l'uréthrotomie, par le docteur F. Dron. — Cet article renferme des appréciations pratiques sur les uréthrotomes fort intéressantes. On y lira la relation d'un fait dans lequel l'uréthrotome a coupé la bougie conductrice adaptée à son extrémité. L'auteur considère l'uréthrotomie interne comme n'offrant d'avantages que dans les rétrécissements superficiels n'atteignant que la muqueuse uréthrale, sans induration ni complication. M. Dron s'affirme partisan de l'uréthrotomie externe dans les cas compliqués de rétention d'urine, d'abcès urineux, d'infiltration ou de fistules; il cite les résultats de 24 opérations d'uréthrotomie externe parmi lesquelles 7 sans conducteur. Dans 18 cas la guérison s'est maintenue; elle a été constatée de nouveau au bout de 8 à 11 ans dans 6 cas, et de 4 à 6 ans dans 8 cas; la guérison est établie définitivement pour 18 cas; il n'y a pas un fait de mort. (*Lyon médical*, 13 octobre 1872, n° 21).

Amputation des deux pieds par le procédé de Hey, par le docteur Henry Thompson. — Le fait est surtout remarquable parce que la marche a pu être rétablie très-complétement après la guérison. (*Ibidem*, p. 86.)

Tétanos par refroidissement; rupture du psoas, par le docteur A. Foot. — Il s'agit d'un cas de tétanos traumatique. Cette affection, très-fréquente dans l'Inde, produit une mortalité supérieure à celle du tétanos traumatique : elle est évaluée à 76 morts par 100 malades, tandis que la mortalité du tétanos traumatique est de 72 pour 100. La rupture des muscles dans le tétanos a été observée par Dupuytren, et H. Earle. Il est d'ailleurs démontré que dans le tétanos il y a des altérations musculaires; dans le cas présent, elles se sont affirmées symptomatologiquement pendant la vie. (*The Dublin journal of medic. sc.*, p. 181, n° IX, septembre 1872)

De la résection intra-buccale du nerf maxillaire inférieur, par le docteur A. Menzel. — L'auteur rapporte deux observations qui démontrent la possibilité de la résection du nerf maxillaire inférieur par une incision pratiquée dans la bouche. Le procédé qu'il a employé présente les avantages suivants : lésion n'offrant aucun danger, possibilité de la résection du nerf en un point élevé, absence de cicatrice, de paralysie faciale et de fistules salivaires consécutives, facilité du manuel opératoire. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd. 13, Heft. 3, 1872.)

Tumeur polypeuse de la vessie non cancéreuse, par le docteur Gersung. — Dans le cas cité par l'auteur, il y avait une production polypeuse développée autour d'un calcul ayant pour noyau et pour origine une portion de cathéter. (*Archiv f. klinische Chirurgie*, Bd. 13, Heft 1, p. 135, 1871.)

Tubercule solitaire du cervelet; amaurose; ataxie locomotrice; vomissements; mort, par le docteur A. Foot. (*Ibidem*, p. 162.)

Tumeur épithéliale du vagin, par le docteur Kidd. (*The Dublin journal of med. science*, août 1872, n° 8, p. 158.)

Psammome du cerveau, par le docteur Yeo. — Il s'agit d'une tumeur d'aspect calcaire pesant 1gr,25 siégeant dans les couches du septum lucidum. (*Ibidem*, p. 147.)

BIBLIOGRAPHIE.

L'Officine, ou Répertoire général de pharmacie pratique, par Dorvault. In-8, 1530 pages. Huitième édition. — Chez Asselin.

Nous n'avons pas à faire l'éloge d'un livre arrivé à sa huitième édition et qui figure aujourd'hui, à titre de *vade mecum*, dans toutes les pharmacies. Un des éléments principaux du succès de l'ouvrage est sans aucun doute le soin avec lequel l'auteur l'a complété à chaque édition, en y introduisant toutes les modifications ou additions nécessitées par les progrès de la science.

L'ouvrage date de vingt-sept ans, et la faveur générale qui l'a accueilli montre qu'il répondait à un besoin réel.

Tout ce qui a rapport à la matière médicale, à la pharmacie envisagée aussi largement que possible, et même à la thérapeutique, se trouve dans ce livre véritablement unique, renfermant, sans trop les écourter, les notions essentielles au pharmacien et au thérapeutiste.

Dans une introduction fort développée, et qu'on lira avec intérêt, M. Dorvault fait une histoire de la pharmacie en France au point de vue de son organisation, des services multiples qu'elle peut rendre, du rôle élevé que le pharmacien est appelé à jouer par l'application des connaissances variées qu'il doit posséder. Il énumère avec un légitime orgueil les grands travaux de ces pharmaciens-chimistes, plus soucieux du laboratoire que de l'officine, dont les découvertes ont eu une si grande influence sur le développement industriel de notre pays. Ce sont de véritables fastes pharmaceutiques.

L'ouvrage se divise en quatre parties, ou plutôt en cinq; car ce que l'auteur appelle les *prolégomènes* contient une quantité de matériaux déjà considérable : poids et mesures comparés; documents physico-techniques (densité, température); documents chimiques ou tableaux synoptiques des caractères des sels et des diverses réactions indispensables à connaître pour les analyses; synopsis du règne végétal, description des principales opérations pharmaceutiques; classification thérapeutique des médicaments; art de formuler, posologie, etc.

Les quatre parties proprement dites de l'officine sont : 1° le *dispensaire* pharmaceutique. C'est la partie principale, le corps de l'ouvrage, comprenant toute la matière médicale, histoire naturelle des médicaments, préparations variées, doses thérapeutiques, indications. Tous les hommes de l'art savent avec quel soin et quel luxe de détails toute cette partie est traitée dans l'Officine; chaque édition s'enrichit des découvertes récentes, enregistre les préparations nouvelles, en un mot est mise au courant.

La seconde partie comprend la *pharmacie légale*, c'est-à-dire la législation pharmaceutique, la toxicologie, l'essai des médicaments.

L'*appendice* pharmaceutique forme la troisième partie. Sous ce titre, M. Dorvault a réuni beaucoup de matières assez disparates; on y trouve la pharmacie vétérinaire, un exposé complet de pharmacie homœopathique avec toutes les notions nécessaires à la préparation des remèdes hahnemanniens. Un chapitre plus intéressant comprend, sous le nom de *chimie pharmaceutique*, un exposé des connaissances nécessaires au pharmacien dans les expertises et les recherches difficiles qu'il est souvent appelé à faire.

Un dernier chapitre des plus curieux contient, sous le nom de *Micellanées*, une foule d'indications, de formules, de procédés relatifs à tout ce qui peut intéresser le médecin, le chimiste et quelquefois la modeste ménagère, qui y trouverait plus d'une recette à son usage.

L'ouvrage se termine par un tarif général de la pharmacie et des branches accessoires.

Nous ne devons pas oublier une table des matières faite avec un soin extrême, contenant plus de trente mille indications. On comprend l'importance toute particulière qu'acquiert cette table dans un ouvrage de la nature de l'Officine. Sans elle, il serait presque impossible de se retrouver à coup sûr dans l'immense quantité de matériaux accumulés.

En résumé, nous dirons, avec l'auteur, que rien n'a été négligé pour donner à son livre un caractère d'utilité générale, et pour faire de l'Officine un guide pratique de tous les instants, qui doit être entre les mains de tous les membres de la famille médicale.

VARIÉTÉS.

Glanes.

La terre comme topique chirurgical.

Le docteur Addinelle Hewson, chirurgien à l'hôpital de Pensylvanie, à Philadelphie, rapporte 93 cas dans lesquels il a employé la terre comme topique. Suivant l'auteur, la terre est un excellent antiseptique. Nous doutons fort que tous les sols soient doués de cette propriété.

Un traité de l'hémophilie.

Le docteur Legg définit l'hémophilie : une maladie héréditaire et congénitale durant ordinairement toute la vie, et caractérisée par une diathèse hémorrhagique et une tendance au gonflement des articulations. L'hémophilie se propage par les filles, mais celles-ci n'en sont pas ordinairement atteintes; les hommes qui présentent cette disposition hémorrhagique ne la transmettent pas aussi souvent.

Recrutement du corps des médecins militaires.

Nous publions avec satisfaction le rapport suivant, qui fixe de nouvelles bases pour le recrutement du service de santé militaire; d'autant plus qu'il est, sur la plupart des points, en accord parfait avec les appréciations de la Gazette hebdomadaire. Nous espérons voir la mesure actuelle se compléter à l'égard des médecins volontaires d'un an, qui pourront contracter des engagements à partir du 1er janvier prochain.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette nouvelle organisation, à propos de la publication des programmes.

RAPPORT A M. LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE.

Paris, le 5 octobre 1872.

Monsieur le Président,

Depuis quinze ans, l'école instituée auprès de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, sous le nom d'École du service de santé militaire, a fourni au corps des officiers de santé de l'armée de terre, dans des conditions qui ne sont pas à l'abri de la critique, les ressources nécessaires à son recrutement. Après les événements de guerre dont Strasbourg a été le théâtre, les élèves qui appartenaient à cet établissement ont été placés en situation de poursuivre le cours régulier de leurs études près des Facultés de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie de Paris et de Montpellier, et jusqu'à la fin de l'année 1874 on trouvera là des éléments suffisants pour combler les vides qui se produiront dans le cadre de la médecine et de la pharmacie militaires.

Dans cette situation, j'ai dû me préoccuper des moyens d'assurer l'une des conditions fondamentales de l'existence du corps de santé militaire, en déterminant les bases d'un nouveau recrutement. Dans cette pensée, m'appuyant sur les propositions des hommes compétents, et après avoir pris l'avis du conseil de santé des armées, je me suis arrêté à un ensemble de dispositions qui peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

Chaque année, au mois de septembre, un concours aura lieu pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire, d'après un programme arrêté par le ministre de la guerre, et qui sera rendu public avant le 1er mai.

Seront admis à concourir :

Pour les emplois d'élèves en médecine :

1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint ;

2° Les étudiants ayant 4, 8 ou 12 inscriptions valables pour le doctorat, et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions.

Pour les emplois d'élèves en pharmacie :

1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet ;

2° Les étudiants ayant 4 ou 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe, et ayant subi avec succès les examens trimestriels.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français ;

2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscriptions), moins de vingt-deux ans (élèves à quatre inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à huit inscriptions) et moins de vingt-quatre ans (élèves à douze inscriptions) ;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins ; elle pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen ;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de l'admission au grade de major de 2e classe.

Toutes les conditions qui précèdent seront de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les épreuves auront lieu devant un jury composé d'un médecin-inspecteur du service de santé, président, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires, désignés par le ministre de la guerre.

Les candidats reconnus admissibles recevront, dans la proportion déterminée par les besoins du service, une commission d'élève du service de santé militaire, et seront classés en deux catégories.

Les élèves compris dans la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui auront moins de douze inscriptions en médecine ou de huit inscriptions en pharmacie, seront répartis, suivant leur convenance, entre douze villes principales, y compris Paris, qui possèdent à la fois une Faculté de médecine et une École supérieure de pharmacie, ou une École préparatoire de médecine et de pharmacie et un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil. Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront à l'exécution du service médical et pharmaceutique; en même temps ils suivront les cours et travaux pratiques de la Faculté, ou de l'École préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune solde. Toutefois, afin de venir en aide dans une juste mesure à des positions exceptionnellement intéressantes, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle dont le chiffre sera fixé ultérieurement.

Les élèves de la seconde catégorie, c'est-à-dire ceux qui seront en possession de douze inscriptions pour le doctorat ou de huit inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe, seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce. Inscrits à la Faculté de médecine ou à l'École supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité, ainsi que les cliniques de la Faculté. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens du doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la 1re année du séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens du doctorat, qui seront subis entre la 12e et la 16e inscription, dans l'ordre déterminé par le décret du 18 juillet 1860. Après la 16e inscription en médecine, et la 12e inscription en pharmacie, à dater du 1er juillet jusqu'au 1er mai suivant, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Pour les uns et les autres, le stage proprement dit commencera le 1er mai et se terminera avec le mois d'août.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde attribuée à l'ancien grade de sous-aide. Dès qu'ils auront obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire leur sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplômes seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'État.

Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel, ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

Telles sont, monsieur le Président, les dispositions qui me paraissent susceptibles de répondre, au moins d'une manière provisoire, à une nécessité de premier ordre. Si vous voulez bien y donner votre approbation, je vous prie de revêtir de votre sanction le rapport que j'ai l'honneur de vous soumettre, après m'être concerté avec mon collègue le ministre de l'instruction publique sur les points qui comportent dérogation à la législation universitaire.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de la guerre,

E. de Cissey.

Approuvé :

A. Thiers.

LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG DE 1842 à 1872.

Le docteur Herrgott, président de la Société, dans un discours prononcé à la réunion annuelle du 4 juillet 1872, a rappelé les travaux qui témoignent de la participation active de cette Société au mouvement scientifique. Citer Küss, Forget, Schützenberger, Sédillot, Bœckel, Michel, Stoltz, Kœberlé, Tourdes et Herrgott, c'est remettre en mémoire les progrès de la médecine. Avec Küss nous retrouvons les théories histologiques auxquelles la publicité a malheureusement fait défaut (voy. au *Premier-Paris*) ; avec Schützenberger la démonstration de l'embolie, complétée par les travaux de Feltz. Nous retrouvons aussi les ovariotomies de Kœberlé, l'enseignement des Forget, des Sédillot ! Ces beaux exemples nous prouvent que l'école de Strasbourg possédait une originalité scien-

tifique parfaitement déterminée, et qu'elle ne représentait nullement cette conception quelque peu banale d'une école chargée de vulgariser en France les travaux allemands. A notre avis, c'est à Paris que la vulgarisation des travaux étrangers a été faite avec la plus grande activité, à condition que l'on ne juge pas de cette vulgarisation par le nom et le lieu de naissance des traducteurs des œuvres étrangères. Pour nous, l'école de Strasbourg était une école française et non simplement une école de transmission germanico-française, et nous admirons en elle, et bien plus, nous revendiquons en sa faveur les tendances anatomo-physiologiques qui constituent l'origine et la consécration de sa gloire.

Service des aliénés. — M. le docteur E. Dumesnil vient d'être promu aux fonctions d'inspecteur général du service des aliénés, en remplacement de M. le docteur Rousselin récemment nommé médecin en chef de la maison de Charenton.

M. le docteur Ach. Foville fils vient d'être nommée directeur-médecin de l'Asile public des aliénés de Quatre-Mares, près Rouen, en remplacement de M. Dumesnil, promu inspecteur général.

— Nous apprenons avec regret que l'état de souffrance de M. le professeur Daremberg ne s'est pas amélioré. — M. le professeur Dolbeau, qui vient d'être indisposé, est en voie de guérison.

École de médecine navale de Brest. — M. Rochard, directeur du service de santé à Brest, est élevé à la 1re classe de son grade.

École de médecine navale de Rochefort. — M. Jossic est promu au grade de directeur du service de santé.

— M. Béranger-Féraud, médecin principal, est promu au grade de médecin en chef, et prend la direction du service de santé au Sénégal.

MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours dans les amphithéâtres de l'École pratique, sont prévenus que la distribution aura lieu jeudi, 31 octobre, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, en date du 5 octobre 1872, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés :

Au grade d'officier : M. Duplouy, médecin professeur.

Au grade de chevalier : MM. Thibant (Justin-Félix), médecin aide-major de 1re classe; Warnier (Prosper-Ferdinand-Casimir), pharmacien major de 2e classe.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. Leconte, officier de santé à Batignolles.

Faculté de médecine. (*Année scolaire* 1872-1873.)

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 4 novembre :

Physique médicale (Physique générale : électricité, lumière), par M. Gavarret, les mercredis et vendredis.

Physique biologique : phénomènes physiques de la vision), par M. Gavarret, les mercredis et vendredis, à midi, et lundis, à cinq heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale (Affections chirurgicales de l'appareil génito-urinaire), par M. Dolbeau suppléé par M. Cruveilhier, agrégé, les lundis, mercredis, et vendredis à trois heures.

Anatomie (les appareils de la locomotion, de la circulation et de l'innervation), par M. Sappey, les lundis, mercredis, vendredis à quatre heures.

Pathologie et thérapeutique générales (Éléments morbides communs; éléments de thérapeutique générale), par M. Chauffard, les lundis, mercredis et vendredis à cinq heures.

Chimie médicale (Chimie générale), par M. Wurtz, les jeudis et samedis à midi.

(Chimie biologique : phénomènes chimiques de la respiration et de la nutrition, par M. Wurtz, les mardis, à quatre heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale (Maladies des organes génito-urinaires), par M. Axenfeld, les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Opérations et appareils, par M. Tillaux, agrégé, chargé du cours, les mardis, jeudis et samedis, à quatre heures.

Histologie (Histologie proprement dite, 2e partie du programme), par M. Robin, les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie (Histoire de la médecine), par M. Daremberg, suppléé par M. Auguste Ollivier, agrégé, les mardis, à cinq heures (petit amphithéâtre).

(Histoire des maladies, principalement au point de vue du diagnostic), par M. Daremberg, suppléé par M. Auguste Ollivier, agrégé, les jeudis et samedis à quatre heures (petit amphithéâtre).

Clinique médicale. M. Bouillaud, suppléé par M. Bouchard, agrégé à la Charité, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. G. Sée, à la Charité, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Lasègue, à la Pitié, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

Clinique chirurgicale. M. Gosselin, à la Charité, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Verneuil, à la Pitié, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

Clinique d'accouchement. MM. Broca et Depaul à l'hôpital des cliniques de la Faculté, de huit heures à dix heures. Tous les jours, le matin.

M. Broca fera ses leçons à l'amphithéâtre, les lundis, mercredis et vendredis.

Cours cliniques complémentaires. — *Maladies des Enfants*, M. H. Roger, à l'hôpital des Enfants, samedi, à huit heures et demie.

Semestre d'hiver. — Division des études.

1re année. Chimie médicale, physique médicale.

2e année. Anatomie, histologie, dissections.

3e année. Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.

4e année. Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

MM. les Étudiants sont prévenus que le registre destiné à recevoir le montant de l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1872-73, est ouvert tous les jours de dix heures à midi précis, à partir du 4 novembre 1872.

Les élèves qui commenceront leur cours d'études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat, jusqu'au 9 novembre au plus tard, leur acte de naissance, un certificat de bonnes vie et mœurs, le diplôme de bachelier ès lettres, à la condition de justifier du diplôme de bachelier ès sciences restreint avant de prendre la troisième inscription; s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris, devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès sciences ou celui de bachelier ès lettres ; mais ils devront justifier du certificat de grammaire, obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Vu : *Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*
A. Mourier.

Le Doyen de la Faculté,
Ad. Wurtz.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 12 octobre au 18 octobre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 2.— Rougeole, 2. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 30. — Typhus, 0. — Érysipèle, 18. — Bronchite aiguë, 21. — Pneumonie, 45. — Dysentérie, 4. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 11. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 8. — Autres affections aiguës, 223. — Affections chroniques, 316 (1). — Affections chirurgicales, 57. — Causes accidentelles, 4. — Total, 762.

Londres : Décès du 6 au 12 octobre 1872, 1218. — Variole, 7; rougeole, 7; fièvre scarlatine, 21; fièvre typhoïde, 20; croup, 13; coqueluche, 34 ; diarrhée, 45 ; bronchite, 143; pneumonie, 78.

Rome : Décès du 23 au 29 septembre 1872, 176. — Fièvre typhoïde, 10; variole, 2; rougeole, 9; diphthérie et croup, 4; pneumonie, 10; bronchite, 10.

Bruxelles : Décès du 29 septembre au 5 octobre 1872, 72. — Scarlatine, 1; fièvre typhoïde, 3; bronchite et pneumonie, 4 ; entérite et diarrhée, 10.

(1) Sur ce chiffre de 316 décès, 164 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction du docteur A. Dechambre. 1re série, tome XIII, fascicule 1. 1 vol. grand in-8. G. Masson. 6 fr.

Manuel d'obstétrique, ou Aide-mémoire de l'élève et du praticien, par M. Nieilly. 1 vol. in-18 diamant, cartonnage souple à l'anglaise, illustré de 37 figures dessinées sur bois d'après nature par M. Émile Beau. G. Masson. 4 fr.

Mélanges médico-psychologiques, par le docteur Cerise, avec une notice biographique sur le docteur Cerise, par le docteur Foissac. 1 vol. in-8. G. Masson. 7 fr. 50

Gymnastique de chambre, médicale et hygiénique, par Schreber. Troisième édition, traduite sur la 13e édition allemande, par Aug. Delandre. 1 vol. in-8 avec figures dans le texte. G. Masson. 3 fr. 50

Le cancer, considéré comme souche tuberculeuse, par le docteur Édouard Burdel. 1 vol in-8. G. Masson. 4 fr.

Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie, par M. le professeur Maurice Perrin. Deuxième partie, 1 fascicule grand in-8 de 200 pages. G. Masson. L'ouvrage complet, avec atlas. 35 fr.

Précis de manuel opératoire ; ligature des artères, par le docteur L. H. Farabeuf. 1 vol. in-18 avec 43 figures dans le texte. G. Masson. 4 fr. par G. Martin, chef de clinique (opérations pratiquées pendant le second semestre de 1871). In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

Manuel de chirurgie anatomique, par W. Roser. 2e édition. Ouvrage traduit de l'allemand par les docteurs Culmann et Sengel (de Forbach), avec 90 figures intercalées dans le texte. La première édition française a paru sous le titre d'*Éléments de pathologie chirurgicale spéciale et de médecine opératoire.* 12 fr.

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur Xano. T. II, III, et dernière partie, avec figures intercalées dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 5 fr. 50
Ouvrage complet, 2 fort vol. in-8. 28 fr.

De la myélite aiguë, par le docteur Dujardin-Beaumetz. Brochure grand in-8 de 162 pages. Germer Baillière. 2 fr. 50

La suppuration, recherches modernes, par le docteur Émile Leriche Grand in-8 de 102 pages. Paris, 1872, F. Savy. 2 fr.

Étude de physiologie thérapeutique : L'alcool, son action physiologique, son utilité et ses applications en hygiène et thérapeutique, par le docteur Angel Marvaud. In-8 avec 25 planches lithographiées. Paris, Victor Rozier.

De la température dans les maladies, par le docteur C. A. Wunderlich; traduit de l'allemand, sur la deuxième édition, par F. Labadie-Lagrave ; précédé d'une introduction par le docteur Jaccoud. 1 vol. grand in-8 de 480 pages avec 38 figures dans le texte et 7 planches lithographiées. Paris, 1872, F. Savy. 10 fr.

Lehrbuch der Geburtshülfe, mit Einschluss der Pathologie, der Schwangerschaft und des Wochenbettes, par le docteur Karl Schroeder. 3e édition, avec 25 figures dans le texte. Bonn, chez Max Cohen et Sohn.

Des eaux minérales sulfureuses de Cauterets (Hautes-Pyrénées), par MM. les docteurs Moinet et Gouët. 1 vol. in-8. Paris, G. Masson.

De la maladie expérimentale comparée à la maladie spontanée, par le docteur Lancereaux. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Des caractères généraux des affections catarrhales aiguës, par le docteur G. Bergeron. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr.

Étude statistique et clinique sur les positions occipito-postérieures, par le docteur Louis Sentex. Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr.

Les eaux chlorurées sodiques thermales de Bourbonne-les-Bains et les eaux similaires d'Allemagne, par le docteur Baugard. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr.

Du traitement de l'alcool dans les maladies puerpérales, suites de couches, et de la résorption purulente, par le docteur Danet. In-8. Paris, Adrien Delahaye. 1 fr. 25

Étude sur les causes de la mortalité excessive des enfants pendant la première année de leur existence et des moyens de la restreindre. Recherches sur l'infanticide, par le docteur Anner (de Brest). Ouvrage couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris. In-18. Paris, Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né, par le docteur Quinquaud. 1 vol. in-8 avec 17 planches dans le texte. Paris, Adrien Delahaye. 3 fr. 50

Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire, par le docteur F. Mallez, avec la collaboration de E. Delpech. 1 beau vol. in-8. Paris, Adrien Delahaye. 7 fr. 50

Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux, faites à la Faculté des sciences de Paris par M. H. Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut. Tome X. Première partie. 1 vol. in-8. G. Masson. 5 fr.

Sommaire. — **Paris.** Les doctrines physiologiques et médicales de M. le professeur Küss. — **Travaux originaux.** Thérapeutique : Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium — **Correspondance.** Quel est l'anesthésique le moins dangereux ? — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **Revue des journaux.** De l'antagonisme de la fève de Calabar ou physostigma et de l'atropine. — Des injections parenchymateuses dans les tumeurs. — Sur la pathogénie des rétrécissements de l'urèthre. — Travaux à consulter. — **Bibliographie.** L'Officine, ou Répertoire général de pharmacie pratique. — **Variétés.** Glanes. — La terre comme topique chirurgical. — Un traité de l'hémophilie. — Recrutement du corps des médecins militaires. — La Société de médecine de Strasbourg de 1842 à 1872. — Faculté de médecine (année scolaire 1872-1873). — Index bibliographique.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 31 octobre 1872.

Académie de médecine : DE LA GENÈSE DU TYPHUS EXANTHÉMATIQUE : M. CHAUFFARD.

Depuis vingt ans, la genèse du typhus exanthématique a maintes fois attiré l'attention du monde médical et donné lieu aux plus intéressants travaux.

Rapporté surtout à l'influence des miasmes d'origine animale, en particulier de ceux que provoque l'encombrement, quand on l'a vu, comme Lind et Pringle, se développer brusquement dans des locaux mal aérés et trop étroits : prisons, bagnes, vaisseaux, etc.; considéré plus spécialement comme un des résultats de l'extrême misère physique et morale, par les observateurs qui ont assisté à son développement progressif, après une longue période de privations et de souffrances des populations ou des armées, le typhus a été placé, près du scorbut, au nombre des affections que l'homme saurait créer de toutes pièces, et si bien mis en rapport étiologique avec les moyens de la puissance humaine, qu'on l'a même déclaré : « un châtiment qu'un peuple s'inflige à lui-même par son ignorance et son indifférence ».

Pour d'autres enfin, le développement actuel des épidémies de typhus rentre dans un ordre de faits plus précis et plus invariables ; analogue aux fièvres exanthématiques, il ne naît aujourd'hui nulle part; il se manifeste par le fait de son existence antérieure, au même titre que la plupart des maladies virulentes, et l'explosion d'une de ces épidémies n'a rien de plus étrange que l'explosion d'une épidémie de variole; il suffit d'un germe transporté dans un milieu favorable à son développement.

Ces deux doctrines, spontanéité ou contagion, réclament plus ou moins exclusivement la genèse des épidémies de typhus; et nous voyons telles provinces, comme la Silésie, où l'explosion de l'affection, attribuée par les uns à la profonde misère de la population, résulte, suivant les autres, de l'importation d'un contage provenant de la Pologne ou de la Russie.

La divergence d'opinion subsiste encore, une fois la maladie déclarée, au point de vue de sa transmissibilité, et correspond à la différence des milieux où l'on a observé. Ainsi, pour les uns le contage du typhus est-il extrêmement dangereux et subtil, tandis que pour d'autres observateurs il sera moins redoutable que certains miasmes provenant d'individus atteints de formes morbides, congénères sans doute, mais qui cependant ne sont pas le typhus : « La puissance infectieuse des Arabes faméliques était telle sur les Européens, que j'ai dû la regarder comme beaucoup plus active dans la production du typhus que ne l'est le typhus lui-même traité dans de bonnes conditions hospitalières. » (J. Périer, *Effets de la misère et du typhus dans la province d'Alger.*)

L'opinion de chacun a même varié fréquemment sous l'influence des faits qui chaque jour viennent troubler les convictions qu'on avait pu tout d'abord accepter relativement aux conditions géographiques et aux caractères cliniques de cette affection.

Au point de vue géographique, après avoir été considéré comme une affection des climats tempérés, où, grâce à la densité des populations, à la fréquence des relations sociales, aux mouvements des armées, il a fourni ses plus terribles épidémies et mérité le nom de peste de guerre, le typhus a été justement rattaché, en raison de sa permanence, de son endémicité qui lui permet d'y paraître aussi bien sporadique qu'épidémique, au groupe des affections des climats froids ; on connaît aujourd'hui son existence dans les régions juxta- ou intra-tropicales, plus spécialement sur les hauts plateaux du Mexique et sur les pentes méridionales de l'Himalaya ; mais quelques observations récentes, qui réclament encore un contrôle, peuvent permettre de croire que dans ces pays, aux Indes surtout, le typhus endémique n'existe pas exclusivement à des altitudes où il retrouverait quelques conditions des climats plus froids.

L'inconstance des caractères cliniques du typhus exanthématique est plus notoire encore : dans telle épidémie le diagnostic sera d'emblée évident, déterminé par l'exanthème, tout aussi bien que le diagnostic des autres fièvres éruptives ; dans telle autre, cette éruption, qui a valu son nom à la maladie, sera singulièrement modifiée, quelquefois nulle ; l'affection prendra le masque indéterminé du genre typhus, mais non celui de l'espèce, et l'autopsie démentira les diagnostics les plus laborieusement étudiés.

On comprend le retour fait alors fréquemment vers l'étiologie du typhus exanthématique, pour se demander si l'affection, au lieu de correspondre à l'action d'un virus invariable, toujours identique, ne se rattache pas plutôt aux influences plus instables des conditions hygiéniques dont on estimerait, doserait la puissance pathogénique d'après les différences si grandes d'intensité du mal produit.

Quoi qu'il en soit, de l'ensemble des notions admises avant cette dernière guerre, il résultait que si jamais armée française avait à subir, durant un siége prolongé, les longues rigueurs du froid, de la disette, de l'encombrement et des maladies, et qu'en outre l'assiégeant fût atteint de typhus de guerre, on pourrait considérer comme très-probable, sinon infaillible, le développement de cette affection parmi nos soldats.

L'immunité de notre armée à cet égard, durant la dernière guerre, et spécialement pendant les siéges de Paris et de Metz, vient d'être, à l'Académie de médecine, le sujet d'une communication du plus haut intérêt de la part de notre éminent confrère, M. le professeur Chauffard.

Tout en appuyant de l'autorité de sa parole l'influence pa-

thogénique de la misère et de l'encombrement, conditions essentielles du maintien et de la rigueur du typhus dans les pays où il est importé, M. Chauffard n'admet pas que ces conditions seules puissent créer la maladie. De même que le choléra et la fièvre jaune, le typhus a son berceau exotique, où il est entretenu par des conditions spéciales de race, de sol ou de climat, et dont il ne peut franchir les limites que par importation; en dehors de ce berceau, un seul élément de persistance existe pour le typhus, c'est le renouvellement du contage, son unique moyen d'existence et de développement.

Cette opinion a une importance d'autant plus considérable que l'auteur a fait ressortir, il y a quelques années, le grand rôle de la spontanéité dans le développement des affections spécifiques; c'est donc surtout d'après les faits récents qu'il conteste aujourd'hui la possibilité, sur notre sol, du développement spontané de celle de ces affections qui en semblait le plus susceptible, et qu'il en ramène toute l'étiologie à l'action d'une cause fixe, unique, spécifique elle-même, le virus typhique.

Cette communication a de plus l'avantage de présenter pour base principale de ses conclusions l'appréciation de faits dont les nombreux témoins pourront répondre à un appel scientifique si nettement et si savamment formulé.

L'endémicité du typhus est incontestable; la prédisposition de certaines races ne l'est pas moins. A Londres, l'Irlandais est plus atteint que l'Anglais, celui-ci que les étrangers. Nous constatons des faits du même genre dans le nord-est de l'Europe : les populations slaves sont plus spécialement prédisposées, et l'Allemand dirait volontiers du Polonais ce que l'Anglais dit de l'Irlandais : que sa naissance l'a voué au typhus, dont le germe, comme une malédiction, le suivra dans ses plus lointaines émigrations.

Ce qui doit faire admettre, entre autres preuves, que la misère seule n'engendre pas le typhus dans ces populations, mais que la race est pour beaucoup dans cette étiologie, c'est que nous voyons la misère, dans ses conditions les plus lamentables, dans celles qui lui donnent la puissance de procréation typhique, ne développer cependant que difficilement cette maladie chez certains peuples; témoins ces Arabes mourant de la faim et des maladies qu'elle engendre : diarrhée, entérite, dysentérie, etc., mais n'offrant que rarement ou incomplètement les symptômes du typhus, alors que, véritables miasmes vivants, ils le donnaient aux colons et aux soldats européens.

Ce développement du typhus, au contact des Arabes seulement faméliques (J. Périer, *loc. cit.*), semblerait indiquer chez les Français une réceptivité relativement prononcée pour le miasme ou le virus typhique. En Crimée, d'après la répartition de l'épidémie dans les armées alliées, on eût pu conclure, en dépit de la géographie du typhus endémique, à une prédisposition plus grande chez nos soldats que chez les soldats anglais; mais la différence des conditions hygiéniques des deux armées suffisait à expliquer cette modification de leurs réceptivités respectives. Ces faits, du reste, s'accomplissant en dehors de la France, ne sauraient être entièrement invoqués comme contraires à l'idée d'une immunité dont les éléments seraient non-seulement la race, mais encore le sol et le climat de notre pays.

Si nous bornons notre enquête aux observations recueillies dans les limites mêmes de ce pays, nous voyons qu'en général les grandes épidémies de typhus, qui s'y sont manifestées depuis un siècle y ont été importées du dehors; qu'habituellement encore elles n'y ont pas trouvé un terrain très-favorable à leur extension; que souvent même, dans les cités les plus populeuses, elles n'ont sévi que dans les hôpitaux et les ambulances. Il en a été de même à Bruxelles en 1846-1847, et certainement les choses ne se passent pas ainsi en Allemagne ni en Angleterre.

Mais peut-on en conclure que chez nous le développement du typhus sur place soit impossible? J'espère que, grâce aux progrès de l'hygiène, il le deviendra; mais, s'il y a un certain nombre d'épidémies locales dont on puisse à bon droit contester, soit la nature typhique, soit l'explosion spontanée, combien n'y a-t-il pas eu de circonstances où le typhus, soit nautique, soit carcéraire, semble bien s'être développé indépendamment de toute importation?

Dans ces conditions, les limites bien déterminées, souvent infranchissables du milieu, eussent rendu facile la constatation de la pénétration du contage, d'autant plus qu'en général le germe du typhus est transporté, dans nos pays au moins, non par un individu isolé, mais par une masse humaine plus ou moins considérable; les cas isolés de typhus restent d'ordinaire stériles au milieu des populations saines, et Fodéré observait déjà qu'à la rentrée des troupes d'Italie, à la fin du siècle dernier, l'armée française répandait le typhus sur son passage, tandis que les soldats qui regagnaient isolément leurs foyers n'en transmettaient pas les germes.

La différence des races peut se traduire par la différence des affections résultant de causes morbides similaires, et le même foyer infectieux développera quelquefois chez les uns de simples affections intestinales : diarrhée, dysentérie; chez d'autres, les différentes formes du typhus. J'admettrais donc la possibilité d'un fait analogue à celui de ce bâtiment arrivant à Liverpool chargé d'Égyptiens atteints de dysentérie, et occasionnant, au débarquement, l'explosion d'une épidémie de typhus dans la population indigène; je crois cependant que ce fait même a été contesté par un hygiéniste d'une grande autorité, Parkes, suivant qui le typhus existait à bord de ce navire, le *Scheah Gehald*, avant son arrivée à Liverpool.

Mais il faut reconnaître que cette variabilité de la détermination morbide, sous l'influence de conditions d'infection en apparence identiques, pourrait devenir un argument en faveur de la spontanéité du typhus.

Il est certain que le tableau si exact et si frappant, donné par M. Chauffard, des misères de la population parisienne pendant le siége, rappelle les conditions qui ont souvent précédé les épidémies de typhus. Sans doute, les souffrances, l'encombrement, les maladies antérieures avaient été moins graves qu'en Crimée; mais il y avait en plus le voisinage d'une armée ennemie qui recélait peut-être le germe de cette affection; et, au moment où cette armée, prenant possession de nos forts, se plaçait au contact presque immédiat de notre population, j'écrivais moi-même dans ce journal : « Il faut se demander si l'armée qui assiége nos portes ne recèle point le germe de ces fièvres de famine, des typhus dont la Silésie est une des terres natales, et prévenir les dangers du contact de ce germe avec une population prédisposée par ses souffrances et ses privations. »

A Metz n'en était-il pas de même? Les craintes n'étaient-elles pas encore plus justifiées? Dans son livre, dont je voudrais pouvoir dire tout le bien qu'il mérite, M. Grellois ne nous montre-t-il pas, renaissantes chez lui, les préoccupations

que jadis il avait éprouvées en Orient au moment où l'évolution des maladies régnantes dans l'armée allait aboutir au typhus?

Affirmer cependant que la prolongation de cet état de misères aurait entraîné le typhus, est affirmer une simple hypothèse, comme le dit M. Chauffard; d'autant plus qu'à la fin du siége de Metz, l'état sanitaire, au point de vue de l'imminence du typhus, était en somme moins alarmant que quelques semaines auparavant.

Mais un point très-important dans la question, ce serait la connaissance exacte de l'état sanitaire des armées allemandes durant cette guerre. Constituaient-elles pour nous, comme je le redoutai moi-même un instant, une imminence de typhus exanthématique? Subissaient-elles ce typhus à un degré de fréquence moyen, comme dans les épidémies mixtes de Stockholm ou de Londres, où le nombre des cas de typhus abdominal balance celui des cas de typhus pétéchial? Le typhus pétéchial dominait-il la situation, et absorbant les autres formes, constituait-il une véritable épidémie de guerre? Ou au contraire n'existait-il que du typhus abdominal? Questions d'une haute importance au point de vue de nos propres armées, dans leurs contacts incessants avec les troupes allemandes.

Je n'ai connaissance d'aucun document complet à cet égard, mais, soit effet du hasard, soit parce que réellement la forme typhique dominante chez les soldats allemands a été la forme abdominale, c'est uniquement cette forme que je trouve mentionnée dans quelques monographies des médecins allemands observant sur des points très-différents de notre territoire, sous les murs de Metz (Virchow), aux ambulances de Compiègne (C. Binz), et dans l'armée qui assiégeait Paris (relation d'un médecin du 12e corps, près de Romainville).

Pour dire *fièvre typhoïde*, les Allemands, dans leurs conversations, sans doute, comme dans leurs écrits, emploient le mot *typhus* qui, dans bien des localités, a pu tromper les habitants sur la nature réelle de l'affection. L'absence de typhus parmi les populations de nos départements de l'Est, malgré les conditions de misère et de contage que leur créait le passage de ces nombreuses armées, me porte également à croire que le typhus pétéchial ne régnait point parmi celles-ci. Si, au moment de la capitulation de Metz, cette maladie eût été très-répandue parmi les assiégeants, comment expliquer la préservation de nos prisonniers si susceptibles alors d'en contracter les germes? Et comment concevoir que, durant les trois mois suivants, sous l'influence d'un rigoureux hiver, l'épidémie n'ait point pris une extension considérable dans l'armée allemande elle-même?

La solution de cette question exigerait d'autres documents que ceux qui sont tombés sous mes yeux. Le typhus des Allemands a-t-il frappé plus spécialement les médecins, les infirmiers? S'est-il développé dans des conditions de milieu propres au typhus pétéchial, etc., etc.? Si cette dernière forme a réellement existé, ce que j'admets, dans l'armée allemande, la fréquence comparative de la fièvre typhoïde peut être precisément considérée comme une manifestation des influences préservatrices de notre sol et de notre climat à l'égard du vrai typhus.

Sans doute les conditions de développement et de transmissibilité du typhus dans les armées allemandes eussent été tout autres si la guerre avait eu lieu à une époque de recrudescence de l'endémie typhique aux frontières orientales de la Prusse, comme en 1846. On voit de quel intérêt serait une enquête plus complète à cet égard. Espérons que de nouveaux éléments seront apportés à l'étude de l'importante question soulevée par M. Chauffard sur la genèse du typhus; et, si nous formulons quelques objections aux conclusions de notre savant confrère, c'est dans la pensée de contribuer à rendre aussi solide et aussi scientifique que possible la solution de cette question.

La solution, dans le sens de la spécificité étiologique, nous l'appelons de tous nos vœux. Elle donnera : satisfaction à la science en prouvant que le typhus, lui aussi, a sa cause unique et déterminée; satisfaction à l'humanité en établissant qu'il n'est pas dans ses aptitudes de créer un semblable fléau.

En fin de compte, bien qu'à différentes époques nos armées aient été frappées de typhus dans les régions les plus diverses de l'Europe, ce qui faisait admettre trop facilement, par les uns, sa spontanéité, par les autres, la diffusion de ses germes, une véritable panspermie typhique, nous reconnaissons qu'aujourd'hui le typhus permanent est concentré dans les limites de quelques berceaux endémiques; ce caractère d'endémicité est assez prononcé pour le distinguer des deux groupes morbides auxquels on l'a plus spécialement rattaché, groupe typhoïde, groupe exanthématique. De ces berceaux il peut rayonner en épidémies plus ou moins graves, comme le choléra, comme la fièvre jaune, comme autrefois la peste. Mais nous n'osons encore espérer que l'expérience de la dernière guerre soit suffisante pour faire révoquer en doute la possibilité de son développement sur place, dans nos pays, sans aucune importation des lieux où il est permanent; développement qui le distingue de ces trois affections dont l'origine première n'a lieu que dans des foyers endémiques déterminés.

Léon Colin.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Des effets physiologiques et thérapeutiques des bromures de potassium et d'ammonium, par Edward H. Clarke et Robert Amory (de Boston). 1872. — Traduit de l'anglais par F. Labadie-Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris.

(Fin. — Voyez les numéros 40, 41 et 43.)

Les phénomènes les plus importants et les plus curieux que produit le bromure à dose continue sont : la diminution des facultés intellectuelles, la perte de la mémoire, la dépression des forces, l'affaiblissement de la sensibilité réflexe générale et une sensation de faiblesse physique dont le malade se plaint tôt ou tard. En outre, son facies revêt une expression d'hébétude toute particulière, les membres deviennent paresseux et tout le corps reste à peu près indifférent aux impressions objectives ou subjectives. Quand la quantité ou la continuité de la dose sont assez grandes pour devenir toxiques, ces symptômes s'aggravent et peuvent arriver jusqu'à l'hébétude complète ou l'idiotie, aux hallucinations, à la paralysie.

Il est bon toutefois de faire remarquer que lorsque la dose continue ne dépasse pas la limite thérapeutique (et c'est précisément le cas qui nous occupe), la diminution des facultés intellectuelles est plus apparente que réelle; les malades du moins m'ont souvent affirmé ce fait. Un ecclésiastique bien connu par ses écrits, à qui j'ai été obligé d'administrer du bromure à la dose continue, m'a souvent dépeint cet état de faiblesse intellectuelle apparente qui avait particulièrement

attiré son attention et qu'il avait soigneusement étudié. Il perdait, me disait-il, toute envie de parler, de lire ou d'entreprendre le moindre travail, de marcher, de faire le plus léger exercice; il restait indifférent à tout ce qui d'ordinaire pouvait préoccuper son esprit, il se trouvait en somme extrêmement paresseux, indifférent, endormi, et cependant, à l'aide d'un faible effort de volonté, il pouvait causer, écrire, se livrer à l'étude, travailler, composer même, marcher, courir et s'irriter, tout cela aussi bien qu'avant l'usage du bromure. Un dimanche, il monta en chaire d'un pas chancelant et commença les exercices religieux avec une certaine gêne et sans son aisance accoutumée.

Mais l'impérieuse nécessité du moment et l'excitation produite par la solennité du lieu et de la circonstance dissipèrent tous ces symptômes alarmants et il dirigea l'office aussi bien que jamais. Un autre dimanche, il se sentit extrêmement abattu et déprimé, et en dépit de mes assertions, il resta convaincu que ses facultés intellectuelles étaient émoussées et affaiblies. Après l'office, il interroge confidentiellement un de ses paroissiens sur le sujet qui le préoccupe. Mais celui-ci le rassure aussitôt en lui disant : « Docteur (1), vous n'avez jamais prêché si bien ni avec plus d'animation qu'aujourd'hui. »

Dans ce cas, comme dans tous ceux que j'ai observés, la suspension du traitement bromuré était immédiatement suivie de la disparition de ce sentiment pénible de faiblesse et de dépression. Chez quelques individus, la mémoire est affectée d'une façon étrange et bizarre : oubli des mots, ou suppression constante d'une syllabe dans un mot, toutes les fois que le malade vient à le prononcer, ou bien encore interversion constante de deux mots : ainsi une dame de vingt-huit à trente ans atteinte d'une maladie chronique de l'ovaire, qui prenait environ 12 grains (60 centigrammes) de bromure trois fois par jour (ce qui faisait une dose continue d'environ 1gr,80 par jour), commença, après deux ou trois semaines de ce traitement, à confondre constamment deux mots et à les prendre l'un pour l'autre. C'est ainsi qu'elle appelait un gâteau (2) : un *peigne*, et un *peigne* : un *gâteau*. Le matin, en faisant sa toilette, elle disait à sa femme de chambre de lui apporter son *gâteau* et de la coiffer; pendant son déjeuner, s'il y avait au dessert des *gâteaux*, elle demandait qu'on lui donnât un *peigne* à manger. On prit d'abord cela pour de la folie et, pour ma part, j'en fus aussi alarmé que toute sa famille. Mais bientôt, en l'absence de tout autre trouble psychique chez cette malade, mes craintes se dissipèrent, et, comme elle intervertissait invariablement ces deux mots, sa famille et ses domestiques finirent par s'habituer à cette sorte d'idiosyncrasie étrange, et se mirent au diapason de cette hétérologie particulière. Je fis de vains efforts pour lutter contre son erreur de langage et pour la convaincre qu'elle transposait ces deux mots et que le terme peigne était le signe vocal d'un peigne et non d'un gâteau. Elle ne confondait et ne transposait jamais dans son esprit les idées de peigne et de gâteau, mais seulement les mots qui les représentent dans le langage articulé.

Peu de temps après la fin de son traitement bromuré, cette étrange confusion verbale disparut et, à son insu, elle appliqua exactement les deux termes qu'elle avait précédemment intervertis. Depuis cinq ou six ans environ que j'ai observé ce curieux phénomène chez ma malade, sa santé s'est maintenue excellente et elle n'a, depuis cette époque, jamais présenté aucun trouble cérébral ni la moindre perversion intellectuelle. Je lui ai parlé depuis du symptôme bizarre dont elle avait été autrefois atteinte, mais elle m'a assuré qu'elle n'en avait jamais eu conscience ni souvenir.

(1) On sait, en effet, que, dans la religion réformée, les ministres sont appelés docteurs. Ils sont tous en effet docteurs en théologie. Nous n'avons, du reste, fait que reproduire la propre expression dont s'est servi l'auteur. (F.L.-L.)

(2) Littéralement, *buckwheat* signifie gâteau de sarrasin.

Voisin (*Bulletin général de thérapeutique*, 1866, vol. 71, p. 108) rapporte un fait analogue : c'est celui d'un malade d'hôpital qui, pendant tout le temps qu'il fut soumis à l'usage continu du bromure, oublia certaines syllabes ou des parties de certains mots; lorsqu'il écrivait ou quand il parlait, il ne les traçait ou ne les prononçait pas. Ainsi pour *quelques*, il disait ou écrivait : *q-ques*, et parfois il doublait une ou deux syllabes dans un mot.

De tels exemples sont curieux et pourraient même jeter quelque lumière sur certains cas d'aphasie. Ils font croire à l'existence d'un organe spécial du langage articulé et suggèrent l'idée que si le médicament en question paralyse la sensibilité réflexe avant la sensibilité commune, le langage peut être dû à une action réflexe particulière.

On trouve intimement lié à la sensation d'affaiblissement intellectuel et à la perte de la mémoire, la diminution du pouvoir excito-moteur ou de la sensibilité réflexe. Il suffit pour produire cet effet d'une dose continue plus faible que celle qui amène un trouble de la sensibilité générale. L'anesthésie est un effet toxique et non thérapeutique de l'administration du bromure. La diminution de la sensibilité réflexe qu'il produit, quelle que soit l'interprétation physiologique que l'on en puisse donner, est l'un des phénomènes les plus fréquemment observés, en même temps que l'un des plus importants au point de vue thérapeutique.

M. Gubler (*Bulletin général de thérapeutique*, 1864) a vu un pareil traitement diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle épinière et par là, mettre fin à des convulsions tétaniques et diminuer les mouvements réflexes.

A. Voisin (*Bulletin général de thérapeutique*, mai 1871. — *Ibid.*, 1866), appuyé sur ses propres observations et sur les expériences de Cl. Bernard, assure que le bromure a pour effet de diminuer le pouvoir réflexe.

Laborde (*Archives de physiologie*, mai 1868), en se fondant sur des expériences pratiquées sur des animaux, est porté à croire que le premier effet du bromure se fait sentir sur la moelle considérée comme centre modérateur des actes réflexes; il fait ressortir l'influence de cet agent sur le système nerveux en général, influence qui s'exerce à la fois aux extrémités des nerfs périphériques et centraux. Les observations cliniques et les expériences physiologiques de Brown-Séquard ont péremptoirement démontré ce fait. Eulenberg et Guttman (*Gazette des hôpitaux*, n° 77, 1867) sont également convaincus de son influence paralysante sur le système nerveux en général, comprenant la sensibilité réflexe et la sensibilité commune. Les expériences faites par le docteur Amory éclairent le mode d'action du bromure sur les actes réflexes, en démontrant l'existence d'une ischémie correspondante des tissus et de la substance nerveuse.

Martin Damourette (*Gazette des hôpitaux*, février 1868) a corroboré les expériences et les conclusions de Voisin relativement à l'influence du bromure sur le pouvoir excito-moteur.

Puche (Stillé, *Materia medica and Therapeutics*, article : *Bromide of Potassium*), en étudiant son action physiologique chez l'homme, a indiqué les troubles de la locomotion, la faiblesse musculaire et l'anesthésie que les physiologistes modernes rapportent à un trouble du pouvoir réflexe. Les recherches de cet investigateur, qui remontent déjà à une trentaine d'années, sont restées à peu près inconnues de ses contemporains.

Etcheverria (Gonzalez Etcheverria, *On Epilepsy*, p. 31) a noté, chez ses épileptiques, l'anesthésie de la peau et des muqueuses, la titubation, l'inaptitude à tout effort intellectuel ou physique, et tous les autres symptômes de l'affaiblissement du pouvoir réflexe. Mon expérience personnelle m'a fourni des résultats analogues : l'inertie du regard et du mouvement, la diminution de l'excitabilité morale ou physique, l'indifférence absolue, les sensations généralement obtuses, émoussées plutôt qu'abolies ou éteintes, l'anesthésie localisée quelquefois dans l'arrière-bouche, dans l'appareil génital, ou

dans un département cutané quelconque, d'autres fois uniformément généralisée dans tout l'organisme. Tels sont les phénomènes les plus constants que j'ai observés à la suite de l'administration du bromure à dose continue.

Ces symptômes surviennent assurément à divers degrés, mais d'une façon si constante, que je suis arrivé à les considérer comme des résultats infaillibles du traitement bromuré.

L'observation clinique a confirmé les données fournies par la physiologie expérimentale. La plupart des auteurs ont diversement interprété les faits, mais tous s'accordent sur le même point, à savoir : qu'à l'aide du bromure de potassium le médecin peut, à son gré, diminuer, affaiblir, émousser non-seulement la sensibilité réflexe normale, mais encore l'hyperesthésie anormale si fréquente chez les malades. Les avantages que l'on peut retirer d'un pareil agent pour soulager ou calmer les souffrances des malades sont réellement inappréciables. Il n'y a peut-être pas d'affection dans laquelle ne surgisse l'indication de diminuer la sensibilité réflexe. Nous traiterons ultérieurement des maladies où cette indication doit être particulièrement remplie.

L'influence perturbatrice qu'exerce la dose continue sur la nutrition des tissus et que je n'ai fait qu'effleurer à peine jusqu'ici, mérite toute l'attention du médecin. Le docteur Roberts Bartholow (*Cincinnati Lancet and Observer*, 1865) a été conduit par ses intéressantes recherches expérimentales sur l'effet physiologique de l'administration prolongée du bromure de potassium (ce que nous appelons ici la dose continue), à considérer comme l'une des quatre propriétés primordiales de cet agent, l'atteinte portée à l'assimilation secondaire et, par conséquent, la diminution qu'il fait subir à la nutrition des tissus. Les trois autres propriétés du bromure seraient, selon cet auteur : 1° la diminution ou la suppression des désirs sexuels ; 2° l'amyosthénie ; 3° l'irritation gastrique, lorsque la dose est trop élevée.

Le docteur Z. C. Mc Elroy (de Lanesville, dans l'Ohio) (*New-York Medical Journal*, juillet 1870), dans un récent et ingénieux travail (bien moins fondé, il est vrai, sur l'observation clinique et sur les données expérimentales que sur des raisonnements à priori, arrive à cette conclusion que « il résulte des relations entre le brome et les bromures d'une part, les tissus et la structure du corps humain d'autre part, que leurs effets physiologiques et thérapeutiques sont toujours d'accélérer la dénutrition ou de détruire : d'abord tout ce qui est dans une condition dynamique subnormale ; en second lieu, tous les tissus ou produits organisés d'une structure ou d'une forme étrangère à l'économie ; enfin les tissus normaux eux-mêmes. » Les expériences du docteur Amory l'ont conduit à des conclusions analogues. En m'appuyant sur l'observation clinique plutôt que sur l'expérimentation, je me suis convaincu que la dose continue augmentait la dénutrition sans accroître proportionnellement le travail réparateur ; et que, par conséquent, elle doit amener forcément l'émaciation et la pâleur. Heureusement, si elle n'augmente pas le travail d'assimilation, elle ne l'arrête pas cependant ; elle n'enraye pas la réparation physiologique de l'économie, même si elle accélère la dénutrition. De plus, on peut par un bon régime et des moyens analeptiques appropriés, reconstituer l'organisme, favoriser la nutrition et neutraliser ainsi l'action dévastatrice de cet agent sur l'économie. De cette façon, le bromure peut être donné pendant des années sans produire d'amaigrissement, de décoloration des tissus, ni de diminution réelle des forces. Je l'ai administré à un grand nombre d'individus des deux sexes, certainement à plus de vingt personnes, pendant deux et même trois ans consécutifs, combiné à un régime approprié, dont la base était le fer, le vin, le quinquina, etc. Non-seulement le bromure fut inoffensif, mais il produisit chez eux de manifestes et avantageux résultats. Leur teint, leurs forces et leur embonpoint étaient aussi bons à la fin du traitement qu'au début, et même meilleurs chez quelques-uns.

Action de la dose toxique. — J'ai déjà dit qu'il était impossible de préciser la quantité de bromure qui rendait une dose toxique. Ce qui serait toxique pour un individu sain, sera souvent pour un malade seulement thérapeutique. De plus, la dose varie beaucoup avec les idiosyncrasies individuelles. Certains individus supportent aisément une quantité qui produirait chez d'autres une forte intoxication bromurée.

Etcheverria (*Op. cit.*, p. 315) a rarement vu « un traitement de 40 grains (2 grammes) répété trois fois par jour pendant cinq ou six jours, ne pas être suivi de bromisme. » Les résultats de ma propre expérience viennent confirmer ce fait. J'ai observé ordinairement quelques-uns des symptômes du bromisme après l'ingestion de 30 grains (1gr,50) répétée trois fois par jour pendant une ou deux semaines. On peut regarder comme dose thérapeutique maxima : 100 grains (5 grammes) donnés en fractions, à des intervalles égaux, dans le courant des vingt-quatre heures, pendant plusieurs jours de suite. Une quantité plus grande est généralement toxique. A ce propos, on ne doit pas oublier ce fait sur lequel j'ai déjà insisté : qu'en donnant les 100 grains en une seule fois, il y a moins de chances d'intoxication qu'en les donnant à doses fractionnées, à des intervalles égaux, dans les vingt-quatre heures. Par ce dernier mode d'administration, le sang garde plus de bromure et pendant plus de temps que par le premier.

Les symptômes de la dose toxique ne sont que l'exagération des effets thérapeutiques : l'haleine fétide devient nauséeuse, l'œdème s'ajoute à la congestion de l'arrière-bouche et de la luette, la raucité de la voix dégénère en aphonie, la faiblesse sexuelle en impuissance, l'amyosthénie en paralysie complète, les sensibilités réflexe, générale et spéciale s'éteignent ; la vue, l'ouïe et le goût sont à peu près abolis, l'expression d'hébétude de la face devient stupide et idiote, les hallucinations des sens avec ou sans manie, précèdent l'asthénie cérébrale, l'apathie et la paralysie.

La respiration, sans présenter le stertor produit par l'opium ou par l'alcool, est facile mais lente ; la température du corps s'abaisse ; à mesure que le bromisme fait des progrès, le malade est tranquillement couché dans son lit, incapable de se mouvoir, de sentir, d'avaler ou de parler ; les pupilles sont largement dilatées et immobiles, la peau et la face changent à peine de couleur ; les extrémités se refroidissent graduellement, les contractions du cœur deviennent de plus en plus faibles et lentes jusqu'à ce qu'elles cessent tout à fait.

Le cas que je vais bientôt rapporter reproduit fidèlement ce tableau morbide, qu'Etcheverria (*op. citat.*, p. 311) a complété par sa description du bromisme chez les épileptiques : « A ceux, dit-il, qui avaient besoin pour l'amélioration de leur état, d'une forte dose de bromure de potassium, 40, 50, 60 et jusqu'à 65 grains (2 grammes — 3gr,25) ont été administrés toutes les trois ou quatre heures avant que le bromisme se soit produit. Les symptômes observés dans ce cas étaient les suivants : congestion avec tuméfaction de l'arrière-bouche et de la langue, rougeur des conjonctives et des joues, dilatation des pupilles, amblyopie, gêne de la parole, lenteur du pouls et de la respiration, augmentation des sécrétions salivaire et rénale, quelquefois hallucinations des sens de la vue et de l'ouïe, manie, et, dans trois cas, folie-suicide. Le gonflement de l'arrière-bouche s'étendant jusqu'à la trompe d'Eustache, a produit quelquefois de la surdité passagère qui cessait avec le traitement. L'anesthésie de la peau et des muqueuses a été très-manifeste à cette période d'intoxication, de même que la démarche chancelante et l'impossibilité de faire le moindre effort utile (comme celui d'écrire, de boutonner son habit, etc.), une nonchalance et un accablement extrêmes. Jamais les malades n'ont perdu l'envie de manger ni de fumer.

J'ai souvent remarqué que la fétidité de l'haleine des individus soumis au traitement bromuré, est plus précoce et plus accusée chez ceux qui ne prennent pas soin de leurs dents. »

Lorsque le bromisme survient, même lorsqu'il est excessif, la suppression du traitement suffit pour le faire disparaître. Aussitôt que le bromure est complétement éliminé, les fonctions reprennent leur jeu régulier et la santé revient.

La mort par le bromure est rare. Les cas suivants (l'un de bromisme extrêmement intense, l'autre de mort causée probablement par lui) sont des exemples intéressants des accidents produits par des doses toxiques.

Obs. V. — *Épilepsie. Bromisme. Guérison.* — Un homme de loi d'une ville voisine, se livrant activement aux travaux de sa profession, qui joignait les excitations de la politique et les talents d'écrivain à ses travaux de légiste, fut pris d'une attaque d'épilepsie, immédiatement après un plaidoyer long et pénible. Dans ces dernières années, il a eu d'autres attaques très-violentes. Il consulta le professeur Brown-Séquard, qui lui prescrivit une mixture, dont le principe actif était du bromure de potassium. Peu de temps après le début du traitement, l'éminent médecin et physiologiste quitta l'Amérique pour se rendre en Europe, et le malade continua son traitement sans aucune surveillance médicale. Il prenait le médicament quatre fois dans les vingt-quatre heures, le soir triplait la dose en fractions séparées par des intervalles de temps égaux, et il en ingérait environ 80 grains (4 grammes) par jour. Il prit cette quantité chaque jour, sans interruption, pendant près de quatre ans; se trouvant incommodé par une foule d'accidents fâcheux, il vint alors réclamer mes soins. Il était complétement bromurialisé : l'air hagard, la démarche chancelante, l'œdème et l'anesthésie de l'arrière-bouche, la somnolence habituelle, la voix presque éteinte, le pouls lent et faible, l'affaiblissement physique et intellectuel ; il présentait, en un mot, tous les symptômes que j'ai précédemment décrits. Sa main tremblait tellement que ses essais graphiques étaient réellement illisibles; ses amis le regardaient comme « perdu » et sa femme vint toute inquiète me demander s'il n'était pas atteint d'un ramollissement cérébral et s'il n'était pas menacé d'idiotie. Son appétit et ses digestions avaient conservé leur intégrité. Il était pâle et un peu amaigri ; il n'avait jamais eu, heureusement, de manie, d'hallucinations ni de troubles visuels.

La fin de son histoire est courte à raconter : la suspension du traitement et un voyage en Europe dissipèrent tous ces symptômes fâcheux. Sa santé revint avec la disparition du bromisme. Cela s'est passé il y a plusieurs années ; je dois dire à la louange du traitement prescrit par le docteur Brown-Séquard que l'épilepsie n'a pas reparu. Assez d'années se sont écoulées depuis la dernière attaque, pour qu'on puisse considérer le malade comme guéri. Il a été assez heureux pour échapper à l'affreux malheur dont il était menacé.

Obs. VI. — *Maladie cérébrale. Bromisme. Mort.* — Un général de l'armée fédérale des États-Unis, âgé d'environ cinquante ans, fit un service actif durant toute notre dernière guerre civile. Ses occupations étaient pénibles et son travail incessant ; il prit part aux travaux, aux fatigues et aux dangers du dernier siége de Richmond, ainsi qu'aux péripéties et aux succès de la courte et décisive campagne qui se termina à Appottamox Court House. Aussitôt après la fin de la guerre, il présenta quelques symptômes d'aliénation mentale ; il fut traité à Washington pendant quelque temps, puis envoyé à Boston. Avant de quitter Washington, son médecin lui prescrivit du bromure de potassium et dit à son domestique de lui en donner autant qu'il serait nécessaire pour lui procurer du repos. Ce général voyagea lentement de Washington à Boston, s'arrêtant quelques jours dans les villes qu'il traversait. Son ordonnance, exécutant au pied de la lettre les prescriptions du médecin, augmenta graduellement les doses. Je le vis, le jour de son arrivée à Boston, il prenait par doses fractionnées, dans les vingt-quatre heures, au moins 480 grains (24 grammes) de bromure. Cette dose lui fut encore donnée le lendemain, car jusqu'alors je ne m'étais pas encore informé du médicament qu'il prenait. Aussitôt que j'en appris la quantité, je fis cesser le bromure. Cette suspension du traitement fit rapidement disparaître l'espèce de manie dont il était atteint, mais il lui resta un état de lourdeur, de stupeur et de paralysie. Ces phénomènes persistèrent jusqu'à sa mort, qui survint au bout d'une semaine. Son autopsie ne put malheureusement pas être faite et je ne puis déterminer s'il fut enlevé par la maladie cérébrale, par le bromisme ou par ces deux causes réunies. Les antécédents morbides permettent de supposer qu'il était atteint d'une affection cérébrale mortelle, à laquelle était venu s'ajouter le bromisme; en tout cas, il était complétement saturé de bromure.

REVUE CLINIQUE.

Physiologie pathologique.

Observation pour servir a l'histoire de l'infection purulente, par le docteur Servier, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Observation. — Le nommé Gautier (Charles), du 1er régiment de cuirassiers, est entré à l'hôpital du Val-de-Grâce le 10 octobre 1871 ; il est placé au n° 8 de la salle 28. C'est un homme âgé de vingt-sept ans, très-grand et très-vigoureux ; avant la chute de l'empire, il servait dans l'escadron des cent-gardes. Ce militaire nous est envoyé de l'hôpital d'Orléans, par évacuation, avec ce libellé sur son billet : Cancer inopérable de la parotide gauche.

Il y a un an, il a vu se développer dans la région sous-maxillaire gauche une glande assez dure, non douloureuse, dont il s'inquiéta dès qu'elle eut un médiocre volume, celui d'une petite noix ; il suivit alors un traitement à l'iodure de potassium *intus et extra ;* sous l'influence de ce médicament, la glande disparut complétement en assez peu de temps.

Aujourd'hui, il se présente à nous avec une tumeur volumineuse, occupant la région parotidienne gauche ; son début remonte à trois mois. Le volume de cette tumeur est représenté par celui d'un poing d'adulte ; elle ne présente ni bosselures, ni dépressions, ni ulcérations ; la peau qui la recouvre est parfaitement lisse : elle a l'aspect de la peau saine ; sa consistance est très-ferme, même dure ; la tumeur ne peut pas être déplacée, elle adhère fortement aux parties profondes, avec lesquelles elle semble faire corps ; ses bords ne sont pas nets et bien arrêtés, ils se confondent par une gradation presque insensible avec les parties saines. Cette tumeur est le siége de douleurs très-vives, douleurs profondes et continues, mais nullement lancinantes. Le malade, interrogé à plusieurs reprises sur le caractère des douleurs qu'il ressent, répond toujours de la même manière.

Depuis quinze jours, le malade s'est aperçu d'une ulcération peu étendue sur le bord gauche de la langue.

L'état général est assez bon, car cet homme est encore très-robuste ; mais la persistance et l'acuité de ses souffrances lui enlèvent l'appétit et le sommeil ; sa santé est plutôt troublée par la douleur qu'ébranlée par la maladie.

Interrogé sur ses antécédents, il nous apprend qu'il a eu un chancre induré il y a deux ans et demi ou trois ans, et qu'assez longtemps après la guérison de ce chancre, des plaques muqueuses se sont développées à l'anus et au gosier ; ces plaques muqueuses auraient été la seule manifestation syphilitique observée; elles auraient disparu au bout de quelques semaines, sous l'influence d'un traitement mercuriel. Cet homme jouissait d'une excellente santé au moment de l'apparition de sa tumeur.

Il est entré à l'hôpital d'Orléans le 3 septembre. Pendant un mois, il a pris chaque jour 1 gramme d'iodure de potassium, et son état ne s'améliorant pas, il a été évacué sur le Val-de-Grâce, dans les conditions et avec le diagnostic que nous avons dits.

Notre avis fut à peu près conforme à celui des chirurgiens de l'hôpital d'Orléans ; cependant, nous avons cru prudent d'admettre des réserves en faveur d'une tumeur syphilitique, et nous avons immédiatement institué un traitement par l'iodure de potassium à doses élevées et rapidement croissantes.

Le 12, notre malade prit 1 gramme d'iodure de potassium, puis la dose du médicament fut augmentée chaque jour, si bien que le 22 elle était de 5 grammes. Dans cette période de dix jours, l'état de ce pauvre homme était digne de pitié ; il était en proie à des souffrances intolérables qui ne lui laissaient goûter aucun repos ; il passait tout son temps à se promener dans la salle et dans les jardins ; il ne se couchait plus, et mangeait à peine ; il réclamait chaque jour une opération quelle qu'elle fût, préférant tous ces dangers à la continuation de son état misérable. Pendant ce temps, nous lui avons administré, sans succès, des potions renfermant 1, 2 et 3 grammes de chloral, ainsi que des potions à l'acétate de morphine.

Le 23, la scène change. Depuis la veille, les douleurs ont disparu, et nous constatons une grande modification dans l'état de la tumeur ; elle est devenue un peu molle, et certainement elle a beaucoup diminué de volume ; elle a diminué d'épaisseur. L'état du malade n'est plus le même; mais pour avoir changé d'aspect, il ne se présente pas sous une forme plus rassurante. Notre homme ne souffre plus, c'est vrai, mais il est accablé, il répond mal à nos questions, il nous regarde d'un air hébété, il a un peu de délire; le pouls est à 68, 70 pulsations. Sur le côté gauche de la poitrine, dans la région sous-claviculaire, nous remarquons une poussée érysipélateuse mal définie ; c'est comme une large tache, d'un

rouge sale, s'étendant dans un espace grand comme la main; nous ne remarquons pas d'élevures de la peau, pas de bourrelets sur les bords de la tache, pas de traînées inflammatoires le long des vaisseaux lymphatiques, pas d'engorgement des ganglions de l'aisselle ou du cou. L'accablement du malade est extrême. Notre inquiétude est grande; nous ne savons à quelle lésion rattacher les symptômes et les accidents mal accusés que nous observons. Comme il était devenu évident, par le résultat du traitement, que ce malade était en proie à la diathèse syphilitique, nous redoutions le développement, dans quelque organe important, d'une tumeur gommeuse ou autre.

Le 24, même état, seulement l'érysipèle a disparu et la tumeur a encore notablement diminué de volume.

Le 26, même état; pourtant l'intelligence est plus nette; le malade dort mal, il mange un peu; nous observons, au côté gauche de la face, un érysipèle mal dessiné, à forme bâtarde, si je puis dire ainsi.

Ce jour-là, le malade accuse de continuelles douleurs dans les jambes; il les compare à celles qu'on éprouve après des marches forcées. Ces douleurs, médiocrement vives, persisteront jusqu'à la fin de la maladie, malgré les liniments, les frictions, les injections hypodermiques.

Le 28, nous trouvons une certaine amélioration; le malade est moins abattu; l'érysipèle n'existe plus, la tumeur a presque entièrement disparu.

L'usage de l'iodure de potassium n'a pas été discontinué; la dose a été portée à 6 grammes; son administration est supprimée le 3 novembre.

A partir du 5 novembre, les symptômes seront plus accentués; au milieu d'accidents de différentes formes, nous pourrons reconnaître la nature de l'affection, et nous verrons le mal progresser, jusqu'à la mort, avec une lenteur méthodique et une sûreté fatale.

Dans la soirée du 4 novembre, le malade a eu un accès de fièvre, précédé d'un violent frisson. C'est le premier depuis le commencement de la maladie. On ne retrouve réellement plus de traces de la tumeur. Au-dessous de l'oreille gauche, nous observons une petite ulcération superficielle de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Ce jour-là, l'exploration des organes thoraciques et abdominaux, pratiquée de nouveau avec le plus grand soin, ne nous fait rien reconnaître d'anormal ou de particulier.

Le 7 novembre, nous constatons la présence d'un abcès au creux de l'aisselle gauche; cet abcès s'est formé rapidement et sans douleur; il est ouvert par le bistouri; il renfermait environ 100 grammes d'un pus bien lié. Nous remarquons aussi la paralysie du nerf facial gauche; l'oreille n'est pas paralysée, une portion du nerf serait seule atteinte.

10 novembre. — Abcès au-dessous de la clavicule gauche, survenu en peu de temps, sans réaction, renfermant 15 à 20 grammes d'un pus de bonne nature.

Le malade a de temps en temps des frissons et des accès de fièvre, revenant sans régularité; son état général est mauvais, marqué par une grande faiblesse, de l'inappétence, un sommeil difficile et interrompu, des douleurs vagues dans tout le corps, surtout dans le dos et dans les jambes.

La médication consiste dans l'emploi du quinquina sous différentes formes et l'usage de vin généreux.

1er décembre. — Abcès profond au côté gauche du cou; application de pâte de Vienne en dehors du cléido-mastoïdien, au-dessus de la clavicule; le lendemain, l'eschare est fendue; il s'écoule environ 60 grammes de pus; ce liquide est moins épais que celui des précédentes collections; ce n'est cependant pas du pus sanieux.

18 décembre. — Abcès profond au côté droit du cou, semblable à celui qui s'était formé au côté gauche; ouvert par le bistouri, le pus qui s'écoule est d'assez bonne nature, il n'a pas de mauvaise odeur, mais il est séreux et fluide.

L'état général s'aggrave de plus en plus, les frissons et les accès de fièvre sont plus fréquents, mais les accès ont une courte durée; enfin, le malade meurt le 2 janvier 1872, à deux heures après midi.

Autopsie, trente-six heures après la mort. — Nous nous occupons d'abord de la région parotidienne où siégeait la tumeur; nous trouvons en ce point une couche de tissu fibreux, épaisse de 4 à 5 millimètres, de l'étendue environ de la paume de la main; cette couche envoie quelques prolongements dans les parties sous-jacentes. Nous constatons aussi la dégénérescence des muscles de la région, ils n'ont pas perdu leur forme, mais ils sont durs et rigides, envahis par une véritable dégénérescence fibreuse. La glande parotide est saine. Un peu en arrière de l'angle de la mâchoire se présente une tumeur gommeuse, du volume d'une grosse noisette; elle est facilement énucléée des parties au milieu desquelles elle s'est développée; elle est formée d'un tissu légèrement mou, mais élastique, d'une teinte jaune ocre très-prononcée; elle n'est pas infiltrée de pus. C'est la seule tumeur, le seul produit de nature syphilitique que nous ayons rencontré.

L'examen des organes nous intéressait davantage. Les deux poumons renfermaient un grand nombre de petits abcès, situés surtout à leur surface. Le volume de ces abcès variait depuis celui d'un grain de café jusqu'à celui d'une noisette; leur contenu variait aussi: tandis que quelques-uns renfermaient du pus à peu près semblable au pus phlegmoneux, les autres étaient formés par un pus très-liquide, et d'autres enfin par un pus concret dépourvu de sérosité; ceux-ci avaient presque l'apparence de tumeurs caséeuses.

Le cœur était sain, mais un peu hypertrophié, l'hypertrophie portant surtout sur les parois du ventricule gauche.

Le foie était sain, mais il était aussi augmenté de volume. Il a été haché dans toute son étendue, sans qu'on soit parvenu à y découvrir la moindre trace d'abcès ou de suppuration interstitielle.

La rate était volumineuse, ses dimensions atteignaient à peu près le double de celles d'une rate normale; du reste, son tissu était sain.

Les reins étaient hypertrophiés aussi, surtout le rein gauche; leur volume était environ le double du volume normal. Leur tissu n'était pas altéré, on n'y remarquait ni suppuration, ni déformation.

Les méninges ne présentaient aucune altération; le cerveau était sain, ainsi que le cervelet, seulement sa substance était un peu ramollie.

Nous n'avons rien trouvé dans les veines du cou, non plus que dans les veines sous-clavières, et dans les grosses veines des membres supérieurs et inférieurs.

Nous avons aussi ouvert les grandes articulations et nous n'y avons observé aucune trace de suppuration ou d'inflammation.

Poursuivant nos recherches, nous avons constaté en différents points la formation de plusieurs petites collections purulentes; ainsi nous avons trouvé un abcès du volume d'une noix dans la fosse sus-épineuse gauche, et huit ou dix petits abcès le long de la colonne vertébrale, dans les régions dorsale, lombaire et sacrée, situés profondément entre les os et les muscles des gouttières.

Réflexions. — Cette observation est des plus intéressantes, ainsi qu'on a pu le voir; l'histoire de ce malade est pleine d'excellents enseignements pratiques. Elle renferme deux ordres de faits essentiellement différents au point de vue scientifique, et peut-être aussi au point de vue clinique; nous nous contenterons de signaler les uns sans nous en occuper davantage, réservant tous nos soins à l'étude des autres.

Le premier ordre de faits a rapport à la syphilis: voilà un homme qui vient réclamer notre secours pour une tumeur présentant tous les caractères des tumeurs cancéreuses, un seul excepté: les douleurs lancinantes; il a été vu par des chirurgiens distingués, des cliniciens habiles qui ont diagnostiqué un cancer de la parotide; la nature syphilitique de cette tumeur a été soupçonnée, mais l'administration de l'iodure de potassium, à la dose de 1 gramme par jour pendant un mois, n'ayant produit aucun effet, il paraît sage et rationnel de s'en tenir au premier diagnostic; certes, le cas était embarrassant, et, qui sait? peut-être si la tumeur eût été facilement attaquable, nous serions-nous assez vite décidé à en faire l'ablation. Quoi qu'il en soit, voici quelle fut mon opinion sur ce malade, opinion que j'exprimai très-nettement: les symptômes et les signes observés portent à croire que cette tumeur est cancéreuse; cependant nous devons faire des réserves appuyées sur deux faits: 1° l'absence de douleurs lancinantes; ce fait négatif n'a pas une très-grande valeur, mais en face d'une tumeur inopérable, nous n'avons pas le droit d'être difficile; 2° l'administration de l'iodure de potassium; ce médicament n'a pas été donné à assez hautes doses pour que son inefficacité soit démontrée.

L'expérience a prouvé que la vérité se trouvait dans ces réserves, quelque faiblement motivées qu'elles parussent. Voici l'enseignement clinique que nous avions recueilli, c'est que dans les cas de syphilis ancienne et solidement implantée dans l'organisme, l'iodure de potassium doit être administré à hautes doses et à doses augmentées chaque jour.

Laissons de côté ce qui a trait à la syphilis dans cette observation, pour nous occuper du second ordre de faits, je veux dire de l'infection purulente à laquelle notre malade a succombé.

La question de l'infection purulente est une des plus difficiles à résoudre; le public médical attentif aux discours des académiciens, a pu s'en convaincre l'année passée. Au milieu de toutes les opinions similaires ou contradictoires, les unes

anciennes et reprises avec talent, les autres nouvelles et présentées avec ardeur, qui ont été émises du haut de la tribune académique, il me semble qu'on peut en démêler trois auxquelles se rattachent à peu près toutes les autres : 1° L'état général, qui constitue l'infection purulente, serait un effet de la présence du pus en nature dans le sang, de son mélange avec le sang, soit qu'il ait été apporté du dehors par l'absorption, s'exerçant à l'ouverture de quelque vaisseau béant, soit qu'il ait été sécrété dans la cavité des veines. Pour les partisans de cette opinion, c'est le mélange du pus normal, du pus de bonne nature avec le sang, qui produit les accidents de l'infection purulente. 2° L'infection purulente ne serait pas autre chose qu'une septicémie grave, elle serait produite par la pénétration, dans le torrent circulatoire, d'une substance toxique, septique, engendrée spontanément à la surface de la plaie, pénétrant dans l'organisme par effraction, ne pouvant être absorbée que s'il existe une solution de continuité. 3° L'infection purulente serait une maladie générale, zymotique, analogue à la fièvre typhoïde, pouvant se développer d'emblée chez un sujet parfaitement sain, à la suite de l'absorption, par les muqueuses, d'un agent toxique mal déterminé, miasme ou ferment, répandu dans l'air.

Entre ces trois opinions, les différences paraissent bien tranchées ; laquelle est l'expression de la vérité ? Convient-il d'en adopter une résolûment en repoussant les autres ? Convient-il qu'un éclectisme éclairé et observateur recherche, dans chacune d'elles, l'explication plausible des faits qui se présentent ? Je pense que la meilleure façon d'agir est d'exposer les faits rigoureusement observés, et de reconnaître pour bonne, jusqu'à plus ample informé, l'hypothèse qui rend compte de la cause, de la nature et de l'évolution des phénomènes décrits.

Ce qui trouble l'esprit, ce qui jette le doute dans la pensée lorsqu'on étudie cliniquement l'infection purulente, ce n'est pas la différence des symptômes et des accidents qui se manifestent, ils sont les mêmes chez tous les malades à une certaine période de la maladie ; mais c'est la différence des conditions au milieu desquelles ils se produisent, c'est la différence des causes apparentes de l'affection observée ; à un certain moment, on reconnaît que les accidents sont de même nature, qu'ils sont de la même race, si je puis dire ainsi ; mais, pour continuer la comparaison, quand on recherche leurs auteurs, on s'aperçoit souvent que ces pères présumés sont de race différente. J'espère que ma pensée formulée ainsi d'une façon assez obscure, deviendra plus claire en se développant.

Recherchons d'abord la part de vérité qu'on peut attribuer à chacune des explications proposées sur la nature de l'infection purulente. La présence du pus de bonne nature dans l'appareil circulatoire, son mélange avec le sang peut-il produire l'infection purulente ? A cette question, on a le droit de répondre hardiment : oui, tout ce qui a été dit à l'Académie ne peut pas empêcher les faits d'exister. L'expérimentation sur les animaux est venue confirmer l'expérience.

Les effets de l'injection du pus dans les veines ont été observés, par M. Sédillot, d'une façon assez rigoureuse pour ne pas laisser place au doute sur ce sujet.

Ces réflexions ne sont pas un plaidoyer ; je juge donc inutile de reprendre et d'analyser les observations et les expériences, je les considère comme parfaitement connues, elles ont entraîné la conviction de la plupart des chirurgiens, c'est un point de la science que je crois jugé. On a dit, toujours à l'Académie, que le pus est un liquide inoffensif et que lorsqu'il est parfaitement pur, il n'a pas d'action nuisible sur les tissus au milieu desquels il est porté. Mais, précisément en ce moment, M. Chauveau publie, dans la *Revue scientifique*, une partie des belles expériences qu'il a instituées pour concourir à ses recherches sur les agents phlogogènes des humeurs inflammatoires ; l'action nocive du pus de bonne nature sur le tissu cellulaire, le retentissement de cette action sur l'organisme tout entier est nettement démontrée par ses observations. Pour qui a suivi les travaux du savant physiologiste lyonnais, qui a apprécié la lucidité de son jugement, la netteté du programme qu'il s'est tracé, le luxe des précautions dont il entoure ses expériences, et surtout la rigueur et la précision des conclusions qu'il en tire, les faits acquis par ses études ont un caractère indéniable de certitude. Je considère donc comme légitime l'explication de certains faits d'infection purulente par l'introduction du pus en nature dans le torrent circulatoire.

Est-ce à dire qu'il convienne de s'en tenir à cette opinion ? Non, sans doute ; car si elle est suffisante dans certains cas, dans bien d'autres elle ne suffit plus. L'infection purulente se développe sous l'influence de causes générales, en particulier l'encombrement ; elle revêt le caractère épidémique et même contagieux ; M. Legouest croit à sa transmission par contagion médiate, appuyant sa manière de voir sur des faits très-probants. Une cause simple, mécanique, accidentelle, telle que l'introduction du pus en nature dans les veines, ne donne plus la raison d'être de faits de cette nature ; encore un point que je crois inutile de discuter, je ne pourrais que redire ce que chacun sait déjà.

Beaucoup de chirurgiens, cherchant l'explication plausible de ces faits, ont pensé la trouver dans la doctrine de la septicémie. Un poison septique, subtil, insaisissable, se développe spontanément dans les foyers purulents ou à la surface des plaies, il pénètre dans l'organisme, et communique au sang des propriétés délétères ; le sang vicié agit d'une façon funeste sur les organes, et son action produit les accidents et les phénomènes qui constituent l'infection purulente. Cette doctrine est séduisante, elle paraît répondre à toutes les exigences des faits ; je crois qu'elle renferme, en effet, une bonne partie de la vérité, mais non pas la vérité toute entière. M. Verneuil l'a exposée à la tribune académique, avec son incontestable talent d'orateur et son autorité d'érudit et de clinicien.

Qu'il me soit permis de m'arrêter incidemment à deux questions de détails : M. Verneuil avance que la septicémie existe au début de toute plaie, et que la fièvre traumatique est provoquée par elle. Je ne pense pas que cette opinion soit juste. La fièvre traumatique, ainsi que l'indique son nom, me semble provoquée par un traumatisme quelconque, sanglant ou non, et je la crois la même dans tous les cas.

La fièvre observée à la suite d'une fracture simple, d'une luxation, d'une entorse, me paraît être parfaitement une fièvre traumatique, et je ne vois pas qu'on puisse l'attribuer logiquement à la septicémie. J'en dirai autant des accès de fièvre qu'on voit survenir après la pose d'appareils prothétiques très-simples, tels qu'une dent, un œil artificiel, accès de fièvre qui éclatent surtout si ces corps étrangers exercent une certaine compression sur les parties environnantes ; le corps ne supporte pas mieux la compression que l'esprit humain ne supporte l'oppression ; cette fièvre, se développant dans des circonstances analogues, doit être considérée comme de même nature dans tous les cas, et j'estime qu'il convient de l'attribuer, non à la septicémie, tout à fait hors de cause en certains cas, mais à la secousse imprimée à l'organisme, au traumatisme.

La seconde observation que j'ai à faire a trait à l'opinion émise par M. Jules Guérin, à propos de la cause de la septicémie. M. Jules Guérin dit que la septicémie, et par suite l'infection purulente, se produisent par le fait de l'altération des liquides purulents au contact de l'air. Cette assertion est trop avancée, attendu qu'il existe des cas d'infection purulente provoquée par des abcès qui s'étaient développés spontanément dans certains organes, le foie en particulier, sans plaie extérieure, sans aucune lésion de la peau. Dans ces cas, que je crois rares, l'action de l'air ne pouvait être invoquée en rien. J'en ai observé un pour mon compte : Un jeune homme, par suite d'une erreur de diagnostic, on avait cru à un phlegmon de l'aisselle, fut envoyé dans mon service ; nous recon-

nûmes qu'il n'y avait pas trace de phlegmon dans l'aisselle, mais que ce malade était atteint d'une hépatite ; il mourut rapidement, après avoir eu des frissons et présenté d'autres symptômes d'infection purulente ; à l'autopsie, on trouva un vaste abcès du foie et de petits abcès dans les poumons. J'ai le regret de ne pas avoir recueilli complétement l'observation de ce cas intéressant ; je n'en eus pas le temps, ce jeune homme étant entré au Val-de-Grâce au moment de la lutte des partis dans Paris, nos salles étaient pleines de blessés et nous surchargés de besogne. Quoi qu'il en soit, ce fait, avec tous ces détails, reste parfaitement présent à mon esprit.

J'arrive enfin à l'observation qui fait le sujet de ce travail ; pouvons-nous trouver l'explication des faits qui se sont succédé, de la nature et de la forme des différents accidents qui se sont manifestés dans la doctrine de l'absorption du pus et dans celle de la septicémie ? Je ne le pense pas. En effet, lorsque cet homme a eu son premier frisson, lequel n'indiquait pas le début, mais était la première manifestation de l'infection purulente, il ne présentait aucune trace de suppuration, aucune lésion appréciable de la peau ou des muqueuses. Les partisans de la septicémie sont très-explicites sur ce point, que le poison septique est absorbé à la surface d'une plaie, soit par auto-inoculation, soit par hétéro-inoculation ; or, chez notre malade, je le répète encore, il n'y avait pas de plaie. Rappelons-nous les traits principaux de cette observation. Treize jours après son entrée dans notre service, cet homme paraît à peu près guéri de la terrible affection dont il était atteint ; mais il est dans un état de prostration extrême, et nous voyons un érysipèle fugace, bâtard, mal accentué, se développer sur la poitrine ; l'évolution complète de cet érysipèle dure vingt-quatre heures, puis la place qu'il occupait reste parfaitement nette ; on ne trouve en ce point ni œdème, ni dureté des tissus, ni rougeur, ni douleur. Trois jours après, un érysipèle, absolument semblable à celui que nous venions d'observer, s'étale sur le côté gauche de la face ; après trente-six heures, il a complétement disparu, sans laisser la moindre trace de son passage. Enfin, cinq ou six jours après, notre malade a un accès de fièvre, précédé d'un violent frisson. Nous ne pouvons pas douter que ces différents accidents, érysipèles et frisson, ne fussent les symptômes de l'infection purulente existant à ce moment chez cet homme, et cependant, je le répète pour la troisième fois, toute sa peau était parfaitement indemne, ne présentait ni plaie, ni érosion quelconque.

Je ne dirai pas qu'à cette époque nous ayons posé avec affirmation le diagnostic : infection purulente ; la vérité est que nous ne savions pas trop à quoi nous avions affaire. C'était comme une maladie nouvelle qui se présentait à notre observation ; nous retrouvions bien des symptômes connus, mais comme nous ne pouvions pas les rattacher à la cause que nous étions habitués à leur assigner, notre esprit restait dans le doute.

Cependant ces symptômes se sont tellement accentués qu'il a bien fallu se rendre à l'évidence ; la maladie n'avait pas suivi la marche classique, mais elle n'en existait pas moins.

Comment les choses se sont-elles donc passées ? Si nous admettons l'opinion de ceux qui croient que l'infection purulente est une maladie infectieuse ou zymotique, nous pourrons nous rendre compte des faits observés. Cet homme est entré dans des salles où l'infection purulente avait longtemps régné, dans lesquelles avaient séjourné et séjournaient encore un grand nombre de blessés, dans des salles, qu'on me permette cette expression, qui, depuis un an, étaient saturées de suppuration ; il y est arrivé dans des conditions personnelles très-mauvaises, et c'est dans ces salles qu'il a contracté, par infection ou absorption par les muqueuses, la maladie qui l'a emporté.

Cette explication 'oit paraître forcée à bien des chirurgiens, car l'opinion de laquelle elle découle est basée sur une hypothèse ; si elle n'est pas vraie, au moins est-elle vraisemblable, et je crois qu'elle étonne l'esprit plutôt par sa nouveauté que par son étrangeté. Je ne puis pas affirmer sa certitude, bien entendu ; tout ce que je puis affirmer, c'est la vérité et la sincérité de l'observation que je présente : un homme dont tout le système cutané est intact, et ne présente ni plaie, ni ulcère, ni érosion, est atteint d'infection purulente ; par où est entré le poison septique, l'agent de nature inconnue, qui a causé la viciation du sang ? il n'a pu pénétrer que par les muqueuses.

Cette opinion, du reste, est loin d'être nouvelle, elle a été développée par Roser, en 1860 (dans *Archiv der Heilkunde*, pages 39 et suivantes). Elle est même plus ancienne, car, à quelques détails près, c'est celle que Tessier a défendue, il y a longtemps déjà, avec son ardeur convaincue (journal *l'Expérience*, juin 1838). On reprochait à Teissier de faire de l'infection purulente un être à part, de créer de toutes pièces une sorte de fièvre ontologique, et sa doctrine était vivement repoussée au nom de l'organicisme ; que lui manquait-il alors ? Un mot. Teissier disait : L'infection ou diathèse purulente est une fièvre produite par une cause inconnue ; Roser a dit : L'infection purulente ou pyohémie est une maladie produite par un agent supposé de la nature des ferments. La comparaison à établir entre ces deux théories, analogues au point de vue clinique, très-différentes au point de vue scientifique, pourrait donner lieu à des développements très-intéressants sans doute ; mais leur place n'est pas ici. Profitons cependant de l'occasion pour admirer, une fois de plus, la valeur et la puissance de l'observation en médecine ; voilà deux hommes dont les idées sont, non-seulement différentes, mais même opposées, et cependant ils arrivent tous deux à un résultat analogue, parce qu'ils ont cherché à édifier une théorie à l'aide des faits observés, et non à adapter les faits à une théorie édifiée d'avance.

Je me suis servi, dans cette étude, du terme *infection purulente*, parce qu'il ne préjuge rien. Certes, j'aimerais, comme tant d'autres, à embrasser vaillamment une opinion absolue, et à la défendre par toutes sortes d'arguments, vrais ou spécieux ; ce serait une satisfaction pour mon amour-propre, car l'adoption d'une idée fixe donne à l'esprit un certain caractère de résolution et de fermeté qui s'approche de la grandeur ; cependant, il ne m'est pas possible de croire à la vérité exclusive d'une des trois grandes théories de l'infection purulente, je me vois obligé de faire de l'éclectisme. D'abord, je partage l'opinion de ceux qui pensent que l'*infection purulente* classique, annoncée par des frissons, terminée par la formation d'abcès dans différents organes, n'est que la dernière période d'une maladie générale. Je crois que cette maladie générale est une maladie zymotique, c'est-à-dire qu'elle est produite par l'action nocive sur le sang d'une sorte de ferment ; quelle est la nature de cet agent ? personne ne peut le dire ; on le reconnaît à ses effets, mais on ne saurait le caractériser. Comment se fait-il, cependant, que cette maladie générale, que nous connaissons mal dans les premières périodes de son évolution, mais qui est toujours la même, puisqu'elle se termine toujours de la même manière, puisse être provoquée tantôt par l'introduction ou la formation de pus de bonne nature dans les veines, tantôt par l'introduction de pus septique, tantôt par l'absorption d'un agent toxique par les muqueuses ? Je crois que cette contradiction entre la diversité des causes, que j'admets complétement, et l'uniformité des effets n'est qu'apparente. En effet, les agents inconnus, dont nous admettons l'action sur le sang, ne sont pas des agents virulents, ceux-là sont toujours identiques, mais bien des agents de fermentation ; or, la même fermentation peut être déterminée dans une substance toujours la même, par des ferments de forme différente. Une comparaison fera comprendre ma pensée ; les comparaisons ne sont pas des preuves, je le sais, mais elles facilitent les démonstrations. Pour faire lever la pâte de farine, il n'y a pas qu'un seul ferment, qu'un seul levain ; différents corps, mis en contact avec elle, produiront le même effet, et, malgré la différence de levain, la pâte lèvera

toujours de la même manière; de même différents ferments, mis en contact avec le sang, lui communiqueront les mêmes propriétés. Nous disons que l'infection purulente est une maladie zymotique; eh bien! divers ferments de forme un peu différente, mais dont la nature intime est sensiblement la même, peuvent avoir sur le sang une action nocive identique, produisant, en dernier résultat, l'infection purulente.

J'ai dit, en commençant, que la question de l'infection purulente est une des plus difficiles à résoudre, et je suis obligé, je le regrette, de redire la même chose en finissant. J'ai observé un fait rare; je crois utile de le publier; une seule théorie me donne une explication assez plausible de ce fait, je dois la croire la meilleure.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Babinet. — M. *le Président* annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Babinet*, membre de la section de physique, décédé à Paris ce matin 21 octobre 1872.

Fermentation. — M. *Pasteur* présente quelques observations au sujet des deux notes que M. *Fremy* a publiées dans les Comptes rendus de la séance du 8 octobre. Il demande si M. Fremy continue à regarder comme confirmatives de ses théories les expériences exposées par lui, M. Pasteur, et résume ces expériences dans les termes suivants :

1° Le jus trouble de l'intérieur d'un grain de raisin, déposé dans du moût de raisin cuit, ne provoque pas la fermentation. L'eau de lavage de la surface de grains de raisins fait, au contraire, fermenter ce moût avec production de cellules de levûre, effet qui n'a plus lieu, d'ailleurs, si l'on fait au préalable bouillir cette eau de lavage avant de l'introduire dans le moût.

2° On place des grains de raisin dans des conditions de vie semblables à celles des cellules de la levûre, et les cellules intérieures de ces grains se comportent comme les cellules de la levûre vis-à-vis du sucre, sans que ces cellules des grains engendrent des cellules de levûre.

La conclusion est celle-ci : Dans aucun cas, le jus du raisin ne peut par lui-même engendrer des cellules de levûre; ces cellules viennent primitivement de l'extérieur.

La fermentation et ses rapports avec la physiologie pathologique. — M. *Sédillot* présente quelques remarques sur ce sujet. Après avoir rappelé les expériences et les théories de MM. Pasteur et Fremy, il en rapproche celles de M. Davaine, de MM. Coze et Feltz, sur les effets des ferments putrides, ainsi que les essais poursuivis sur la destruction des ferments portés dans l'organisme vivant, et enfin les expériences zymologiques de MM. Bouley, Chauveau et Colin.

Poissons osseux. — M. *Dareste* communique des études sur les types ostéologiques de ces poissons. (Renvoi à la section de zoologie.)

Acarus du cheval. — M. *P. J. Mégnin* adresse un mémoire zoologique, anatomique et physiologique, sur les trois acariens psoriques du cheval. Ce mémoire a été présenté dans la séance précédente, au nom de l'auteur, par M. Bouley. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie, fondation Montyon, pour 1873).

Allumettes. — MM. *Chevallier* adressent une nouvelle communication relative à l'opportunité qu'il y aurait à profiter de l'établissement du monopole de la fabrication des allumettes en France, pour fabriquer exclusivement des allumettes au phosphore amorphe. (Renvoi à la commission des arts insalubres.)

Phylloxera. — M. *Chatelain* adresse une note relative à un remède contre le Phylloxera.

Physiologie cérébrale. — M. *É. Fournié* demande l'ouverture d'un pli cacheté, relatif à la physiologie cérébrale, qui a été déposé par lui le 22 juillet 1872, et inscrit sous le n° 2681. Ce pli, ouvert en séance par M. le Secrétaire perpétuel, contient la note suivante :

Dans le but de donner à la physiologie cérébrale, telle que je l'ai exposée dans mon travail intitulé : *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, la sanction de l'expérimentation sur les animaux vivants, j'ai cherché d'abord un procédé qui me permît de léser n'importe quelle partie du cerveau sans compromettre la vie. A cet effet, je pratique d'abord un petit trou sur un point variable du crâne, au moyen d'une sorte de vilebrequin dont on se sert en chirurgie pour les sutures osseuses; puis, à travers ce trou, j'introduis l'aiguille de la seringue Pravaz jusqu'au point du cerveau que je veux détruire, et je pousse l'injection caustique (chlorure de zinc coloré en bleu). La partie touchée par l'injection est détruite; elle ne remplit plus par conséquent ses fonctions, et j'examine ensuite, après que l'animal s'est reposé, quels sont les symptômes qu'il présente. Après cet examen, qui dure de six à vingt-quatre heures, je sacrifie l'animal et je découvre facilement la partie lésée par l'induration des tissus et par la coloration bleue en cet endroit.

Ces expériences m'ont permis déjà de constater que la perception *simple* se fait dans les couches optiques, que la perception *distinguée*, la *mémoire*, réclament l'intégrité de la périphérie corticale, que la lésion des circonvolutions ne s'accompagne pas de paralysie des membres, mais seulement d'affaiblissement.

Évidemment, je dois confirmer ces résultats importants par de plus nombreuses expériences : c'est ce que je me propose de faire; mais j'ai cru devoir consigner dès à présent ces résultats, tant à cause de leur importance que du procédé nouveau que j'ai employé pour les obtenir.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Haute-Vienne, de Maine-et-Loire, des Pyrénées-Orientales et du Rhône, pendant l'année 1871. — *b.* Divers rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Blanc* (d'Albert-Ville), *Garret* (de Chambéry), *Crouigneau* (de Dijon). (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de MM. les docteurs *Jaccoud*, *Villemin* et *Bucquoy*, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie médicale. — *b.* Une lettre de M. le docteur *Guéniot*, qui se présente comme candidat dans la section d'accouchements. — *c.* Une lettre des administrateurs de la Compagnie générale transatlantique, qui demandent, dans le plus bref délai, un jeune médecin pour être embarqué, en qualité de docteur, à bord d'un des paquebots faisant le service postal entre Panama et Valparaiso. Engagement de deux ans. Honoraires, 300 francs par mois, la première année, et 400 francs par mois la seconde année. — *d.* Une lettre de M. le docteur *Belhomme*, relative à l'influence des événements et des commotions politiques sur le développement de la folie, à l'occasion d'un mémoire sur le même sujet lu récemment par M. le docteur *Lunier*.

M. *Larrey* présente : 1° la deuxième édition d'un ouvrage en deux volumes, intitulé : Pathologie et cliniques chirurgicales, par le docteur *J. A. Fort*. — 2° Un rapport de M. le docteur *Gouget*, médecin principal, sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne. — 3° Un rapport du comité central de vaccine du département du Tarn. — 4° Une observation de M. le docteur *Aimé Paris* (d'Angoulême), relative à l'arrachement d'un doigt et accompagnée de la pièce anatomique.

M. *Demarquay* présente : 1° Un exemplaire du dernier Bulletin de la Société française de secours aux blessés militaires, consacré au compte rendu du service chirurgical de M. le docteur *Boinet*. — 2° Un volume intitulé : Hygiène des Européens dans les climats tropicaux, par M. le docteur *Saint-Vel*.

M. *Gosselin* offre en hommage le tome 1er de son ouvrage intitulé : Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.

M. *Robin* dépose sur le bureau une note manuscrite de M. le docteur *Gimbert* (de Cannes), sur les propriétés antiseptiques de l'Eucalyptus.

M. le Président entre dans la salle des séances à trois heures un quart, marchant lentement, l'air triste, et sans l'escorte habituelle du vice-président et des secrétaires. Il monte seul à la tribune; il se plaint de cet isolement; il regrette l'absence des autres membres du bureau, que des devoirs publics retiennent loin de l'Académie, et il annonce, — fait inouï dans les annales de la savante compagnie, — qu'il n'y a point de

procès-verbal!..... Ce qui n'empêche pas M. *Davaine* de demander la parole à l'occasion du procès-verbal, ayant, dit-il, une communication à faire à l'Académie, dans le but de répondre aux dernières objections de M. Bouley.

M. *Vernois* occupe le siége du secrétaire annuel, et en remplit provisoirement les fonctions.

L'assemblée a écouté en silence et dans une sorte de recueillement les doléances arrachées à M. le président par le désarroi du bureau. On ne disait rien; mais, sans doute, on n'en pensait pas moins. Car il paraît difficile à tous que le zèle de M. Béclard, quelque infatigable qu'il soit, puisse toujours suffire à la double et laborieuse tâche de secrétaire perpétuel et de secrétaire annuel, qu'il remplit depuis si longtemps avec tant d'intelligence et de dévouement. Aussi, avons-nous entendu un *bravo* sur les bancs de l'Académie lorsque M. Barth a parlé timidement de l'utilité d'un secrétaire adjoint.

M. *Barth*, en annonçant la mort de M. *Daremberg*, membre associé, paye un juste tribut de louanges à ce savant modeste, qui a rendu de si éminents services à l'histoire de la médecine.

Empoisonnement par la saumure. — Les recherches de M. le professeur Reynal, confirmées plus tard par les expériences de plusieurs physiologistes français et étrangers, ont mis hors de doute que la saumure peut, dans certaines conditions déterminées d'altération, produire des accidents toxiques chez les animaux. On a cherché naturellement d'où pourrait provenir cette funeste propriété. M. Bouley a prouvé qu'elle n'était pas imputable au sel marin; M. Reynal a démontré qu'elle ne devait pas être attribuée non plus à la présence d'un acide gras spécial. A bout d'explications, on a imaginé que l'empoisonnement pouvait être dû à un champignon microscopique, dont l'existence n'a pas été établie.

M. Davaine a repris cette question restée irrésolue, et a institué une série d'expériences nouvelles, dont il expose les résultats à l'Académie, mais d'une voix tellement faible, que nous avons toutes les peines du monde à distinguer ses paroles et à prendre quelques notes.

Ce que nous avons le mieux entendu, c'est que M. Davaine a fait ces expériences suivant son procédé habituel, en injectant la substance toxique au moyen d'une seringue de Pravaz, soit dans les veines, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il a employé de la saumure de diverses provenances, tantôt pure, tantôt diluée dans des proportions d'eau variables. Les lapins soumis à ces injections sont morts de la même manière que les lapins empoisonnés par du sang putride ou du sang septicémique. Pour voir jusqu'où irait l'analogie, M. Davaine a pris du sang des lapins ainsi tués par la saumure, et l'a injecté à d'autres lapins qui ont succombé comme les premiers.

Les injections de saumure produisent les mêmes effets toxiques sur le porc, la brebis, le chien et le cheval.

M. Davaine conclut de ses expériences qu'il existe dans la saumure un ferment putride, analogue à celui du sang putride et du sang septicémique, et qui empoisonne les animaux avec la même énergie.

M. *Bouillaud* renouvelle les réserves déjà faites par MM. Bouley et Verneuil, au nom de la clinique, sur une application prématurée des surprenantes expériences de M. Davaine à l'histoire de la septicémie humaine.

M. *Vulpian* a calculé qu'un trillionnième de goutte de sang septicémique, avec lequel M. Davaine prétend empoisonner les lapins, équivaut à une goutte dans 50 000 mètres cubes d'eau!

Ce calcul ne paraît pas trop effrayer M. Davaine, qui explique et maintient le bien fondé de ses affirmations.

De l'extirpation des tumeurs utérines et péri-utérines, fibreuses ou fibro-cystiques. — En 1869, M. Kœberlé a adressé à l'Académie la relation d'un cas d'extirpation, par la gastrotomie, d'une tumeur fibro-cystique de la matrice, du poids de 14 kilogrammes, terminée par la guérison.

L'année suivante, le 26 avril 1870, M. Boinet communiquait à l'Académie une laborieuse et remarquable étude sur les tumeurs dites fibro-cystiques de l'utérus et sur les dangers de leur extirpation.

Une commission, composée de MM. Richet et Demarquay, fut chargée d'examiner l'observation de M. Kœberlé et le travail de M. Boinet, et de décider entre ces deux ovariotomistes également habiles, dont l'un préconise et l'autre condamne l'extirpation des tumeurs fibro-cystiques par la gastrotomie.

Le rapporteur, M. *Demarquay*, a rempli avec beaucoup de tact, de talent, de conscience et d'impartialité, sa tâche délicate d'arbitre. Pour juger une question de cette importance, il a réuni et consulté tous les éléments de conviction qu'il a pu recueillir dans les auteurs américains, anglais et français, qui se sont le plus occupés de la gastrotomie. Il a exposé et discuté les faits et les statistiques, invoqués contradictoirement par les partisans et par les adversaires de l'extirpation. Il a montré les dangers et la gravité de cette opération, qui échoue presque toujours, même entre les mains des chirurgiens les plus expérimentés.

Sous ce rapport, M. Demarquay n'a fait, du reste, que reproduire, en les confirmant et en les appuyant de son autorité, les arguments développés avec tant d'érudition dans le mémoire de M. Boinet. M. Boinet, en effet, passe en revue et soumet à une critique sévère tous les cas d'ablation de tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de la matrice, signalés dans la science depuis Heath, de Manchester (1843) et Clay (1844), jusqu'aux opérations plus récentes de MM. Spencer Wells, Kœberlé, Péan et Boinet lui-même. Il établit que la plupart de ces opérations ont été pratiquées accidentellement et ont eu pour point de départ une erreur de diagnostic. Les chirurgiens croyaient avoir affaire à un kyste de l'ovaire et ne s'apercevaient de leur méprise qu'après avoir incisé l'abdomen et mis à nu la tumeur. Quelques-uns, dans ce cas, ont jugé prudent d'interrompre l'opération; d'autres l'ont achevée, avec des résultats divers, mais le plus souvent avec des complications graves et des accidents mortels. Encouragés, cependant, par un très-petit nombre de succès exceptionnels, M. Kœberlé et M. Péan n'hésitent pas à proposer la généralisation de la gastrotomie pour le traitement des tumeurs fibro-cystiques, comme pour la cure radicale des kystes de l'ovaire.

C'est contre une pareille tendance que s'élève M. Boinet. Cette pratique est, suivant lui, très-dangereuse et souvent mortelle; et les cas rares de succès d'ablation de tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques avec amputation de la matrice n'autorisent pas à la considérer comme une opération régulière. Aussi déclare-t-il que cette opération doit être repoussée toutes les fois que la tumeur fibreuse n'est pas pédiculée et surtout lorsqu'il faut enlever l'utérus, soit en partie, soit en totalité.

M. Demarquay, qu'on ne peut pourtant pas accuser de pusillanimité chirurgicale, partage complétement l'opinion de M. Boinet.

Sur la proposition de la commission, l'Académie vote des remercîments à M. Kœberlé et à M. Boinet, et le renvoi de leurs travaux au comité de publication.

M. *Giraldès* soulève quelques objections à propos des statistiques citées par M. Demarquay. Il fait observer que des relevés qui comprennent des cas si divers, des lésions si disparates, ne sauraient servir de base à une appréciation définitive de l'opportunité de l'extirpation des tumeurs fibro-cystiques par la gastrotomie.

M. *Demarquay* reconnaît la nécessité d'une nouvelle enquête sérieuse, approfondie; et il l'appelle de tous ses vœux.

M. *Larrey*, demandant une approbation entière et formelle de l'Académie pour les opinions si sages et si rationnelles ex-

primées dans le rapport de M. Demarquay, M. *Barth* pense qu'il y a lieu de discuter sur la nature, le siége et l'origine des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus ; M. *Richet*, de son côté, quoique membre de la commission, se réserve de prendre la parole au sujet d'une question qui ne lui paraît pas encore définitivement résolue. Il ne veut pas, avec juste raison, que l'Académie s'expose à condamner sommairement une opération qui inspire encore des craintes, comme autrefois l'ovariotomie, mais qui pourrait bien aussi, comme cette dernière, entrer plus tard dans la pratique chirurgicale, en dépit de la réprobation académique.

Il est donc décidé que la discussion sur le rapport de M. Demarquay viendra à la suite de ce débat actuellement engagé sur la septicémie.

De l'infection putride aiguë. — M. le docteur *Maurice Perrin*, candidat pour la section de médecine opératoire, lit sur ce sujet un très-savant mémoire, qui emprunte à la discussion sur la septicémie un intérêt tout particulier d'actualité.

Après une relation complète des faits cliniques qui servent de base à son travail, et qu'il a recueillis sur des blessés pendant les deux siéges de Paris, M. Perrin développe et soutient, avec un talent très-persuasif, cette opinion, que les plaies contuses, surtout lorsqu'elles sont compliquées de fractures ou d'épanchements de sang interstitiels, exposent à un ordre d'accidents graves qui ne peuvent être attribués qu'à une intoxication du blessé par la plaie en voie de décomposition putride. L'état putride de cette dernière est indiqué par la couleur et surtout par l'odeur fétide des liquides qu'elle produit, par un œdème profond et progressif aboutissant rapidement au sphacèle, avec ou sans production gazeuse apparente. L'intoxication, qui en est la conséquence, se traduit et se révèle par des troubles généraux, promptement mortels, semblables à ceux que provoquent les altérations septiques du sang.

Voulant spécifier cette forme particulière et accidentelle des complications des plaies, M. Perrin la désigne sous le nom d'*infection putride aiguë*, en raison de la nature bien définie de sa cause, de l'uniformité de ses symptômes et de sa ressemblance si complète avec les effets développés spontanément ou provoqués expérimentalement chez les grands animaux sous l'action de produits putrides. L'auteur pense qu'on pourrait attribuer à la même cause d'autres faits désignés sous le nom d'emphysème traumatique.

Contre de tels accidents, le traitement doit être surtout préservatif et avoir pour but, d'une part, de neutraliser la matière putrescible, et, d'autre part, d'opposer une barrière à la pénétration des agents putrides dans l'économie.

M. Maurice Perrin conseille et emploie, à cet effet, des irrigations non interrompues d'eau fortement alcoolisée ; il recommande de les pratiquer immédiatement après l'accident et de les continuer sans relâche jusqu'à la fin de la période infectieuse des plaies, c'est-à-dire jusqu'à ce que la surface traumatique soit recouverte de bourgeons charnus. Les irrigations alcooliques peuvent être employées conjointement avec toutes les méthodes de traitement et tous les appareils de contention usités dans le traitement des fractures et des résections.

A. Linas.

Société de chirurgie.

Séance du 16 octobre 1872. — Présidence de M. Trélat.

Diagnostic des tumeurs fibreuses de l'utérus. — Rétrécissements du rectum ; traitement par la rectotomie verticale. — Commission pour l'examen des titres a la place de membre titulaire.

M. *Guéniot*, à propos de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, offre à la Société un mémoire qu'il a publié dans les Archives de médecine, 1868, et qui a pour titre : De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe. On a indiqué différents moyens de diagnostic : le toucher rectal, le palper abdominal, l'introduction d'une sonde dans la vessie, etc. Malgré cela, le doute peut parfois subsister. En pareil cas, lorsque la tumeur est volumineuse et de date récente, l'acupuncture peut rendre des services. Avec une épingle à insecte on détermine aisément l'existence de deux caractères très-accusés dans les myomes : la dureté et l'insensibilité. S'il s'agissait, au contraire, de l'utérus renversé, on trouverait peu de résistance, et la malade percevrait une certaine douleur.

M. *Le Fort* n'a jamais cru à un renversement simple de l'utérus ; il fallait établir le diagnostic entre un myome ayant renversé l'utérus et un myome développé dans une lèvre du col utérin. L'acupuncture n'était donc d'aucune utilité ; et comme la tumeur était sphacelée à sa surface, elle ne pouvait donner des signes de sensibilité. Par le toucher rectal, on ne peut établir où commence la matrice et où finit la tumeur.

— M. *Verneuil* fait une lecture sur le sujet suivant : « Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum et de leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie verticale à l'aide de l'écraseur linéaire. (Ce travail sera analysé dans le prochain numéro de la *Gazette hebdomadaire*.)

— MM. *Giraldès*, *Duplay* et *Tarnier* sont nommés membres de la commission pour l'examen des titres à la place de membre titulaire.

Séance du 23 octobre 1872. — Présidence de M. Trélat.

Traitement des épanchements du genou par aspiration. — Remarques sur le traitement de la syphilis. — Deux observations de kéloïdes cicatricielles du col de l'utérus. — Fistule vésico-vaginale chez une enfant de neuf ans. — Polype du rectum. — Rétrécissement syphilitique du rectum.

M. *Dieulafoy* lit un travail intitulé : Du traitement des épanchements du genou par l'aspiration. Ce travail renferme dix-neuf observations avec un total de soixante-cinq ponctions avec aspiration. Aucune ponction n'a été suivie d'accidents. Le liquide était variable, parfois purulent ou sanguinolent. M. Dieulafoy n'a point ponctionné des épanchements sanguins articulaires compliquant une fracture de rotule. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Cruveilhier et Després.)

— M. *Spillmann* lit un mémoire sur le traitement de la syphilis. Il compare le traitement tonique au traitement mercuriel et démontre la supériorité de ce dernier. (Commission composée de MM. Després, Sée et Duplay.).

— M. *Cazin* lit deux observations de kéloïdes cicatricielles du col de l'utérus. Dans la première, il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, ayant eu un enfant à l'âge de dix-huit ans. Pas de syphilis. Au toucher, le col est douloureux à la pression et paraît recouvert d'élevures. Le spéculum montre que ces élevures sont de forme triangulaire, d'un aspect blanc nacré ; elles sont dures, insensibles, de 2 à 4 millimètres de diamètre. On en compte six. La malade avait eu autrefois une métrite soignée dans le service d'Aran, qui avait fait appliquer des sangsues sur le sol. L'examen histologique montre qu'il s'agit là de tissu de cicatrice. Ces élevures ne sont donc autre chose que les cicatrices hypertrophiées des piqûres des sangsues.

L'autre malade, âgée de quarante ans, est mère de six enfants, dont le dernier a sept ans. Il y a trois ans, M. Cazin fit une cautérisation sur le col avec le fer rouge, pour guérir une ulcération rebelle aux autres traitements. Aujourd'hui, on voit une kéloïde qui a envahi la lèvre postérieure du col dans le point où la cautérisation a été faite il y a quelques années.

— M. *Cazin* lit une observation de fistule vésico-vaginale observée chez une fille de neuf ans. Cette enfant, envoyée à Berk pour un mal de Pott, rendit un jour par le vagin un

calcul du volume d'un œuf de pigeon. Ce calcul est formé de phosphate ammoniaco-magnésien. Toute la cloison vésico-vaginale est détruite. On ne s'était point douté de la présence de ce calcul dans la vessie. (Commission composée de MM. Marjolin, Tarnier et Dubreuil.)

— M. *Dubreuil* présente une pièce recueillie sur le cadavre d'un homme âgé de soixante-dix ans. Il s'agit d'un polype du rectum dont le pédicule, très-volumineux, était implanté dans la paroi antérieure du rectum, à 13 centimètres de l'anus, et par conséquent au-dessus du cul-de-sac péritonéal. Il est donc probable qu'une opération eût été suivie de péritonite.

— M. *Lannelongue* présente un rétrécissement syphilitique du rectum siégeant à 6 centimètres de l'anus. La malade mourut de péritonite par le seul fait de l'exploration avec le doigt. A l'autopsie, outre la péritonite purulente, on voit une ulcération qui commence avec le rétrécissement et se prolonge à 20 centimètres plus haut. A ce niveau se trouve dans la paroi intestinale ulcérée un petit foyer purulent communiquant avec le péritoine, et qui a déterminé la péritonite.

REVUE DES JOURNAUX.

Altérations des membranes synoviales dans la pyohémie, par le docteur Rob. Hamilton.

L'existence de collections purulentes dans les articulations des malades morts d'infection purulente est un fait bien connu, dont la fréquence a été maintes fois signalée, mais dont l'explication n'est pas encore établie d'une manière satisfaisante. Le docteur Hamilton, se basant sur les observations d'infection purulente recueillies à Southern Hospital, attribue à l'inflammation des synoviales un rôle plus important qu'on ne l'avait pensé jusqu'à présent. Tous les opérés qui ont succombé à l'infection lui ont présenté des lésions articulaires, quelquefois du caractère le plus léger, et souvent très-prononcées.

Pour l'auteur, les altérations débutent par la membrane synoviale, ainsi que le démontrent les caractères de la douleur pendant la vie, et les lésions nécroscopiques.

Le poison pyohémique présenterait, suivant lui, une affinité spéciale pour certains tissus; il semblerait, à cet égard, choisir les mêmes tissus que le rhumatisme aigu. Mais il y a dans les effets produits localement cette différence que le rhumatisme ne produit pas des altérations dépassant ordinairement l'accroissement de la sécrétion de synovie, tandis que dans la pyohémie, la synovie, en outre de l'exagération en quantité, est altérée dans sa qualité, elle est en état de décomposition et produit rapidement les plus graves désordres.

Cette opinion, quelque peu vaguement exprimée par l'auteur, est en opposition avec la théorie qui suppose l'embolie dans tous les abcès métastatiques de l'infection purulente, théorie qui, pour les articulations, est difficilement admissible; elle est plutôt en accord avec les notions de la septicémie adoptées par Billroth, Verneuil, etc. (*The Lancet*, 25 mai 1872.)

Recherches expérimentales sur le développement des capillaires sanguins, par le docteur Julius Arnold.

L'auteur a étudié sur la cornée des lapins et des cobayes, sur lesquels il déterminait une panophthalmite par l'injection d'une mixture de cinnabre et d'eau pratiquée dans le corps vitré. Comme conséquence de cette inflammation, il se produisait dans la cornée une nouvelle formation de vaisseaux, c'est-à-dire une kératite vasculaire. Vingt-quatre heures après l'injection dans le corps vitré, la cornée présente un aspect trouble, et bientôt la substance entière de cet organe offre une infiltration purulente, et en même temps des vaisseaux se développent à la surface et à la périphérie de la cornée.

Plus tard, l'œil s'atrophie, la cornée se couvre de vaisseaux de formation nouvelle.

L'auteur a suivi les phénomènes histologiques qui accompagnent le développement de ces vaisseaux; il est arrivé à cette conclusion générale que les nouveaux vaisseaux procèdent des vaisseaux préexistants de la sclérotique sur les bords de la cornée; ils résultent de prolongements naissant de ces vaisseaux, mais ils ne se forment pas spontanément aux dépens du tissu de la cornée, ou d'éléments modifiés ou nouvellement introduits par émigration. (*Arch. f. path. Anat. u. Phys. u. f. Medic.*, 45 vol., 1re et 2e livr.)

BIBLIOGRAPHIE.

Iconographie photographique des centres nerveux, avec texte explicatif, par le docteur J. Luys, médecin de la Salpêtrière, etc. — Paris, 1872, chez J.-B. Baillière et fils.

Ces vingt dernières années ont vu paraître un certain nombre de travaux, d'une importance capitale, sur l'anatomie du système nerveux central. Le problème consistait surtout à décrire les connexions exactes des différentes parties de ce vaste appareil, et les investigations dans ce sens ont été poursuivies parallèlement et avec une égale ardeur, en Allemagne par Stilling surtout, en Angleterre par Lockart Clarke et en France par M. Luys. Ce dernier a publié, en 1865, l'exposé de ses travaux dans un livre remarquable et remarqué (*Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal*).

Conçues en dehors de toute idée à priori et uniquement basées sur l'anatomie, ces recherches ne laissèrent pas que d'étonner tout d'abord. Les conclusions auxquelles l'auteur était amené, conclusions inattendues par leur simplicité même, se trouvaient souvent en contradiction directe avec les idées reçues. Le schéma si net qui se dégage de cette laborieuse étude et la large synthèse à laquelle elle aboutit étaient faits pour inquiéter ceux qui connaissent la difficulté de pareils problèmes; on pouvait craindre que l'auteur ne se fût laissé guider par des données physiologiques préconçues et n'ait cru avoir vu ce que la théorie lui commandait de voir.

M. Luys a pensé que la meilleure manière de répondre à ces objections et à ces doutes était de laisser parler les faits. Aussi, renonçant à une polémique toujours inutile en pareil cas, il s'est appliqué à mettre ces faits dans tout leur jour, à les rendre à la fois plus accessibles et plus démonstratifs. En premier lieu, il s'est attaché à nous révéler son *modus faciendi*, et, s'il est ainsi permis de s'exprimer, le secret de sa manière. Le Traité du microscope, de Ch. Robin, donne des détails très-circonstanciés sur la table de section de M. Luys, sur son instrumentation spéciale et ses procédés opératoires. Dans une note récemment insérée dans le Journal de l'anatomie, nous trouvons l'exposé du procédé de durcissement et surtout de décoloration employé par l'auteur. Enfin, nous venons de parcourir un recueil de photographies, d'une exécution et d'un fini parfait, reproduisant les préparations-types de l'auteur, vues sous un grossissement plus ou moins fort.

L'idée d'appliquer la photographie à de semblables recherches est loin d'être nouvelle; mais, il faut bien le reconnaître, les résultats n'ont pas toujours répondu aux espérances que la méthode et son infaillible exactitude avaient fait concevoir. Il est facile de s'expliquer cette sorte de mécompte. La photographie excelle surtout à reproduire des formes, des saillies, ce qui, en dernière analyse, se réduit à des oppositions d'ombre et de lumière. Un élément histologique parfaitement isolé, le globule sanguin, par exemple, ou la fibre musculaire (Rouget), un protorganisme comme le diatome (Moitessier) se prêtent parfaitement à ce genre de reproduction. Mais la difficulté est toute autre quand il s'agit de représenter des détails

de *texture*. Pour pratiquer des coupes, il faut durcir les pièces, et, quel que soit le réactif que l'on emploie à cet effet, ou bien il décolore la préparation (alcool), ou bien il la colore d'une façon uniforme (acide chromique, picrique). D'une manière ou de l'autre, toute opposition de teinte disparaît, et il n'y a plus possibilité de distinguer les parties naturellement claires des parties foncées. Le progrès essentiel réalisé par M. Luys ne consiste donc point dans l'application de la photographie à de pareilles études, application déjà tentée par d'autres avant lui; ce progrès tient à une simple innovation histochimique, à l'emploi du procédé spécial auquel nous avons fait allusion tout à l'heure et qui permet de ramener à leur coloration naturelle les pièces préalablement durcies dans l'acide chromique. C'est un exemple de plus de l'importance et de la portée imprévue que peut prendre un détail technique dans des recherches de cette nature.

On s'explique ainsi, sans toutefois se lasser de l'admirer, la parfaite clarté de ces planches photographiques où les moindres détails sont accusés à la fois avec finesse et avec netteté. Rien sans doute ne saurait remplacer l'examen direct des pièces; mais nous avons là ce qui en approche le plus.

Qu'il nous soit permis ici d'exprimer un regret : Les procédés techniques imaginés par l'auteur et auxquels il doit en partie la beauté de ses résultats se trouvent, il est vrai, consignés dans les recueils spéciaux. Mais la meilleure manière assurément de les vulgariser eût été d'en donner un exposé succinct en tête même de cette collection, qui en fait si bien voir l'application et qui permet d'en apprécier toute la supériorité. C'est là une légère lacune et qu'il serait temps peut-être encore de combler.

Arrivons maintenant, et sans plus tarder, à l'exposé des résultats. Il n'entre pas dans nos vues de tenter une analyse de ces planches photographiques; elles sont précisément destinées à reproduire des détails de texture qui défient pour ainsi dire la description et qui, à fortiori, ne sauraient se prêter à un rapide compte rendu. Mais peut-être le lecteur nous saura-t-il gré de lui présenter les conclusions auxquelles aboutit l'auteur de ces patientes recherches, et qu'il expose avec autant de lucidité que de concision dans le texte explicatif qui accompagne cet atlas.

Le système cérébro spinal se divise en trois départements : le cerveau, le cervelet et l'axe spinal.

Le *cerveau* proprement dit est constitué par trois parties distinctes : 1° une lame de substance grise sinueuse et repliée sur elle-même ; ce sont les circonvolutions, l'écorce cérébrale ; 2° la substance fibrillaire, blanche ; 3° des noyaux centraux de substance grise (couche optique, corps striés).

L'étude de la substance grise périphérique appartient uniquement à l'histologie ; aussi, quoique l'auteur nous en donne une description des plus complètes, nous passons outre pour arriver à celle de la substance blanche.

Substance blanche. — D'une façon générale, on peut dire que les fibres blanches cérébrales suivent une double direction. Toutes partent de la profondeur des circonvolutions ; mais les unes offrent une direction convergente et relient les couches corticales aux régions centrales en formant autour de la couche optique et du corps strié une véritable *couronne rayonnante*, pour employer l'expression de Reil ; ce sont les *fibres convergentes* de M. Luys. Les autres affectent une direction transversale et relient les côtés homologues de chaque hémisphère. Elles constituent le système des *fibres commissurantes*.

Ces deux ordres de fibres, en partant de leur commune origine, la substance grise des circonvolutions, ne tardent pas à se séparer, et l'intervalle qu'elles laissent entre elles constitue la cavité des ventricules latéraux. Une comparaison heureuse et que l'auteur affectionne nous donne d'un trait la disposition du système convergent ; on peut considérer les fibres convergentes comme les rayons d'une roue, dont la substance grise corticale représenterait la périphérie et la couche optique le moyeu. En effet, ces fibres convergentes, disposées en trois groupes (antérieur, moyen, postérieur), forment de véritables « faisceaux collecteurs » et vont aboutir à la portion correspondante de la paroi externe de la couche optique.

Après avoir obéi à ce mouvement de concentration autour de la couche optique, quelle est la destinée ultérieure des fibres cérébrales convergentes? Les unes pénètrent directement dans cette couche optique et vont s'amortir dans les différents noyaux de substance grise que nous allons y retrouver tout à l'heure ; les autres se réfléchissent en avant et vont se perdre dans le corps strié (*fibres cortico-striées*).

La disposition générale des *fibres commissurantes* est encore plus nette, s'il est possible. Le système consiste en une série de fascicules transversaux, plus ou moins arciformes, conjuguant les régions homologues de chaque hémisphère et constituant par leur ensemble la voûte du corps calleux et la commissure blanche antérieure.

Couche optique. — Nous voici en présence de « l'appareil centralisateur » par excellence, du véritable *lieu géométrique* de toutes ces fibres, nous voulons parler de la *couche optique*. Cette région importante a été, de la part de l'habile histologiste, l'objet d'une prédilection visible, et, à coup sûr, bien justifiée si l'on considère l'originalité et la portée inattendue des résultats auxquels il est arrivé dans cette patiente étude.

L'examen anatomique de la couche optique nous présente :

1° Une série de petits amas isolés de substance grise, constituant, à l'égard des fibres cérébrales convergentes, de véritables *centres* de réception.

2° Une *région centrale de substance grise*, étalée le long du troisième ventricule et prolongeant jusque dans le cerveau la substance grise de l'axe spécial.

Les *centres* de la couche optique sont au nombre de quatre, ainsi que cela nous paraît bien ressortir des planches et des descriptions de M. Luys. Ils sont situés superficiellement et leurs saillies forment les différentes éminences que l'on rencontre à la surface de la couche optique. Chacun de ces noyaux peut être considéré comme un véritable ganglion recevant des fibres afférentes et émettant des faisceaux efférents. Du reste, les cellules nerveuses qu'on y rencontre sont bipolaires pour la plupart et offrent la plus grande analogie avec les cellules des ganglions spinaux.

D'après leur position respective, M. Luys distingue ces centres en *antérieur, moyen, médian* et *postérieur*. Chacun d'eux reçoit des fibres qui ne sont autre chose, ainsi que nous allons le voir, que des filets radiculaires des nerfs crâniens sensitifs (sensibilité spéciale) ; il en émet d'autres qui aboutissent à la périphérie corticale du cerveau et servent à l'élaboration intellectuelle des sensations.

C'est ainsi que le *centre antérieur* reçoit des fibres du *tænia semi-circulaire* qui communique lui-même indirectement avec la racine externe du nerf olfactif ; les fibres efférentes (cérébrales) se rendent à la circonvolution de l'hippocampe. L'anatomie comparée, comme le fait justement observer M. Luys, jette une vive lumière sur ces connexions. En effet, le développement du centre antérieur de la couche optique d'une part, celui de la circonvolution de l'hippocampe de l'autre (Treviranus), sont proportionnels dans la série des vertébrés au développement du nerf et de l'appareil olfactifs.

Le *centre moyen* reçoit très-probablement des fibres des corps genouillés (qui sont en connexion directe avec la bandelette optique) et très-certainement du *tuber cinereum* (duquel partent les fibres grises optiques). Les connexions de ce centre avec le nerf optique sont donc indubitables. Quant aux fibres efférentes, très-nettes, elles sont représentées par la série des fibres cérébrales convergentes qui aboutissent à la substance corticale antéro-externe des hémisphères. Il en résulte donc que « les impressions visuelles sont principalement élaborées dans les circonvolutions des régions antérieures et externes du cerveau ».

Le *centre médian* est une découverte de M. Luys ; aucun anatomiste ne l'a décrit avant lui ; sans doute parce que ce centre ne

fait pas, comme ses homologues, saillie à la surface des couches optiques. Il constitue le véritable *point central* du cerveau ; ses fibres afférentes sont ascendantes et proviennent probablement de régions sous-jacentes de l'axe spinal. Ses fibres efférentes irradient dans toutes les directions et le mettent en rapport avec l'ensemble des circonvolutions. M. Luys en conclut que ce centre reçoit les impressions de la sensibilité générale et les transmet à tous les points de la surface corticale du cerveau.

Le *centre postérieur* est en connexion, par ses fibres afférentes, avec les radicules originelles de l'auditif, probablement par l'intermédiaire des fibres de la commissure blanche postérieure ; par ses fibres efférentes, il entre en relation avec les circonvolutions postérieures, où vont donc principalement aboutir les impressions acoustiques.

On peut donc, par une induction physiologique légitime, désigner ces différents centres sous les noms de *centre olfactif, optique, sensitif général* et *acoustique*.

Quant à la *région centrale grise* de la couche optique, il faut bien la distinguer des noyaux que nous venons de décrire. Elle consiste en une nappe de substance nerveuse s'étalant sur les parois du troisième ventricule sous forme de deux bandelettes et se continuant avec la substance grise qui tapisse le canal de Sylvius et le canal central de la moelle. Elle constitue donc le prolongement cérébral de la substance grise spinale.

Nous nous sommes appesanti à dessein sur ces détails anatomiques relatifs à la couche optique, car c'est là, nous nous plaisons à le répéter, une des parties les plus neuves et les plus originales de ces recherches ; elles nous montrent clairement qu'au point de vue anatomique cet organe est un amas de ganglions conglomérés ; au point de vue physiologique, il constitue le centre où aboutissent les impressions sensorielles brutes ; c'est là, à proprement parler, le *sensorium commune*.

Nous pouvons être plus bref pour ce qui concerne le *corps strié*. Trois ordres de fibres viennent aboutir aux noyaux gris qu'il renferme ; ce sont : 1° les fibres spinales antérieures (motrices) ; 2° les fibres cérébrales convergentes (cortico-striées) que nous avons déjà mentionnées ; enfin 3° des fibres cérébelleuses que nous retrouverons tantôt. Le corps strié constitue donc comme « le réservoir commun des trois sources d'innervation cérébrale, cérébelleuse et spinale ».

En résumé, chaque hémisphère cérébral peut être envisagé schématiquement comme formé d'une sphère creuse (circonvolutions) de la concavité de laquelle partent une infinité de fibres rayonnées (fibres convergentes) qui aboutissent à un noyau central (couche optique et corps strié). Les deux hémisphères sont réunis et comme conjugués par des fibres transversales (fibres commissurales) qui assurent la synergie parfaite et l'unité d'action des deux moitiés de l'appareil encéphalique. De là cette définition anatomique aussi simple que précise à laquelle arrive l'auteur : « Le cerveau est l'ensemble des circonvolutions reliées entre elles d'un côté à l'autre et reliées à la couche optique et au corps strié. »

Abordons maintenant l'étude du cervelet. Pour M. Luys, l'appareil de l'innervation cérébelleuse constitue un sous-système nettement isolé, malgré ses connexions étroites avec le système cérébral proprement dit d'une part, et le système spinal de l'autre. C'est un véritable appareil central engendrant l'influx cérébelleux et le disséminant, par un système conducteur spécial dans un appareil de réception périphérique. En un mot, nous avons sous les yeux une disposition qui rappelle entièrement, selon l'heureuse comparaison de M. Luys, la disposition du système circulatoire : le cervelet représenterait le cœur comme appareil central ; les pédoncules qui en émergent sont les analogues des artères ; enfin le réseau capillaire sanguin seul peut donner une idée de la diffusion des plexus de substance grise périphérique où vont se perdre les terminaisons des fibres pédonculaires.

La disposition des hémisphères cérébelleux rappelle et reproduit en quelque sorte celle de l'hémisphère cérébral. De la périphérie du cervelet (*circonvolutions cérébelleuses*) partent des fibres convergentes qui vont toutes aboutir à un noyau gris central (*corps rhomboïdal du cervelet*). De ce noyau partent trois faisceaux de fibres efférentes, constituant les *pédoncules cérébelleux* supérieur, moyen et inférieur. Ces pédoncules se dirigent tous les trois en avant et se mêlent aux éléments du système nerveux qui paraissent exclusivement en rapport avec les fonctions de motricité ; tous les trois s'entrecroisent sur la ligne médiane avec leur congénère et se rendent ensuite dans des amas de cellules nerveuses constituant des noyaux étagés sur toute la hauteur de l'isthme encéphalique ; enfin de ces noyaux partent des fibrilles grises qui se jettent dans une substance nerveuse spéciale, décrite pour la première fois par M. Luys sous le nom de *substance cérébelleuse périphérique*.

C'est ainsi que les pédoncules cérébelleux inférieurs aboutissent, après décussation, à la substance grise de l'olive bulbaire (*olive inferieure et antérieure* de M. Luys). Cet anatomiste a trouvé, dans l'épaisseur de la pyramide postérieure, un noyau analogue de substance grise et qui entre pareillement en connexion avec les pédoncules cérébelleux inférieurs. C'est là l'*olive inférieure et postérieure*. Les fibres pédonculaires moyennes s'entrecroisent aussi sur la ligne médiane et se rendent dans les dépôts de substance grise de la protubérance, dépôts qui donnent précisément à cette portion de l'isthme encéphalique cet aspect bombé et *protubérant* d'où lui vient son nom. Enfin les pédoncules cérébelleux supérieurs, pareillement après un entrecroisement total, viennent se terminer dans un amas de substance grise, déjà décrit par Stilling sous le nom de *noyau rouge*, et que M. Luys propose d'appeler *olive supérieure*, vu son analogie frappante avec le noyau gris de l'olive bulbaire.

De ces différents noyaux partent des fibrilles grises, terminaison ultime des fibres pédonculaires qui se mettent en connexion avec les fibres du système spinal antérieur par l'intermédiaire de la *substance cérébelleuse périphérique*. Celle-ci s'étend depuis le collet du bulbe jusqu'au corps strié, en couche continue présentant çà et là des intumescences dont la plus apparente est le *locus niger* de Sœmmerring. Histologiquement, cette substance grise est constituée par un réseau de cellules polygonales pourvues de prolongements nombreux et formant un véritable chevelu. C'est probablement par l'intermédiaire de ces cellules rameuses et anastomosées que s'établissent les connexions entre les fibres de l'appareil cérébelleux et celles de l'appareil spinal.

Pour ce qui concerne ce dernier appareil, nous ne pouvons, faute d'espace, entrer dans des détails circonstanciés. Du reste, la façon dont M. Luys l'envisage s'accorde presque en tout point avec la manière de voir de Stilling, de Kölliker et des autres classiques. Rappelons seulement que les fibres postérieures sensitives de cet appareil aboutissent toutes à un ganglion. De ce ganglion partent deux ordres de fibres dont les unes se mettent en connexion avec le centre gris de la moelle (*fibres ganglio-spinales*) ; ce sont là proprement les fibres réflecto-motrices. Les autres prennent une direction ascendante, s'entre-croisent au niveau du bulbe, et, selon toutes les apparences, aboutissent à la couche optique (*fibres ganglio-cérébrales*).

Quant aux fibres antérieures ou motrices, elles émergent des grandes cellules étoilées de la substance grise des cornes antérieures. Vers le bulbe et la protubérance ces cellules s'agglomèrent, se tassent et forment des noyaux gris d'où émanent les filets d'origine des nerfs crâniens moteurs (hypoglosse, facial, moteur oculaire externe, masticateurs, etc.). Tous ces noyaux sont indiqués avec toute la netteté désirable sur les coupes photographiées de M. Luys. Enfin, les cellules des cornes antérieures sont réunies entre elles et avec les noyaux du corps strié par des fibres dont l'ensemble constitue le cordon antéro-latéral, et après décussation au niveau du bulbe, les pédoncules cérébraux.

Que si maintenant, laissant là les détails, nous essayons avec

l'auteur de nous élever à une vue d'ensemble, à une conception générale du système, nous verrons que tous ces faits, si complexes en apparence, simplifient le problème loin de l'obscurcir.

Prenons pour point de départ les fibres sensitives; une partie d'entre elles, après avoir traversé le ganglion spinal, se rendent directement dans les grandes cellules de la moelle; l'impression, dans ce cas, n'est pas sentie, l'activité de la moelle seule est mise en jeu, et tout se borne à un simple réflexe. Les autres fibres sensitives, au contraire, aboutissent directement à la couche optique; là, les impressions subissent un premier relai, puis elles sont irradiées par les fibres cérébrales convergentes, vers les cellules des circonvolutions, où elles deviennent les matériaux des opérations ultérieures de l'entendement. La volonté ainsi éveillée entre en jeu et transmet à son tour ses déterminations par la voie des fibres convergentes (surtout les fibres cortico-striées). L'impulsion volontaire arrive de la sorte au corps strié; elle s'y renforce et s'y matérialise en quelque sorte, puis se répartit le long de pédoncules cérébraux et de l'axe gris de la moelle, et va finalement exciter les filets radiculaires des nerfs moteurs et déterminer le mouvement.

Quant à l'appareil cérébelleux, placé au confluent du système cérébral et du système spinal, il constitue une sorte de réservoir d'influx nerveux, influx qui paraît se répandre d'une façon incessante le long du système spinal antérieur et se dépense à chaque appel qui lui arrive des centres supérieurs volontaires. A l'état normal, la répartition de l'influx cérébelleux dans chaque moitié du corps entretient l'équilibre physiologique; cette répartition uniforme vient-elle à être troublée, aussitôt apparaissent des mouvements incoordonnés, des impulsions aveugles et irrésistibles, du tournoiement et une véritale titubation.

Tel est le schéma auquel aboutit cette longue série de recherches, schéma qu'à l'exemple de l'auteur nous avons traduit en langage physiologique afin de l'animer et de le rendre plus saisissant. Mais une synthèse aussi large et aussi compréhensive, tout en répondant au desideratum secret et au besoin du lecteur, lui inspire quelque peu de défiance, et provoque, pour ainsi dire, le contrôle. Ce contrôle, M. Luys nous met à même de l'exercer en toute rigueur et d'une façon presque décisive. Parcourir son nouvel atlas, c'est, dans une certaine mesure, vérifier ses préparations; ce sont de vrais documents, et des documents authentiques qu'il fait passer sous nos yeux. La gravure, si impartiale qu'elle soit, interprète en même temps qu'elle reproduit; la photographie n'a pas de ces complaisances; elle ne choisit pas, elle enregistre; et, appliquée avec cette habileté et cette conscience à l'histologie, elle nous paraît appelée à donner des résultats aussi féconds que l'introduction de la méthode graphique dans l'étude des mouvements.

Dr Straus.

VARIÉTÉS.

Mort de M. Daremberg. — Une vie des plus laborieuses comme des plus honorables vient de s'éteindre dans la personne de M. Daremberg, professeur d'histoire médicale à la Faculté de médecine. Notre savant confrère était atteint d'un anévrysme de l'aorte qui avait fait dans ces derniers temps de rapides progrès.

Ses obsèques ont eu lieu samedi dernier au Mesnil-au-Roy. Les confrères qui ne pouvaient se rendre dans cette commune assez éloignée étaient avertis qu'une messe serait dite à Paris, à Saint-Germain-des-Prés, à l'heure même où serait célébrée celle du Mesnil.

On annonce également la mort d'un autre médecin célèbre : le professeur Puccinetti, de Palerme.

École de médecine de Grenoble. — M. le docteur Bisch, suppléant des classes d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite École, en remplacement de M. le docteur Allard, dont les fonctions sont expirées.

École de médecine de Nancy. — M. Simonin, professeur et directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé directeur honoraire.

— M. le docteur Bouglé est nommé médecin adjoint du lycée d'Orléans (emploi nouveau).

— L'Institut royal des sciences, des lettres et des arts de Venise décernera, en 1874, une médaille de la valeur de 3000 francs au meilleur travail sur le sujet suivant :

« Faire connaître les avantages qu'apportèrent aux sciences médicales, spécialement à la physiologie et à la pathologie, les découvertes modernes de la physique et de la chimie, avec un aperçu rétrospectif des systèmes qui dominaient en médecine dans les temps passés. »

— Le docteur Martin-Damourette commencera ses cours de thérapeutique et de chimie médicale le samedi 2 novembre, à une heure, place de l'École-de-Médecine, 17.

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. le docteur Marrotte, médecin à Paris.

Au grade de chevalier : MM. le doctour Lefebvre, médecin à Valenciennes (Nord); Robert, médecin des prisons de Pau (Basses-Pyrénées); Stanski, médecin à Paris; Boureau, médecin adjoint de l'hospice Saint-Lazare; Perriquet, médecin à Anzin (Nord); Célières, médecin à Paris.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 19 octobre au 25 octobre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 3. — Rougeole, 4. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 28. — Typhus, 0. — Érysipèle, 4. — Bronchite aiguë, 11. — Pneumonie, 42. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 12. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 3. — Croup, 10. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 206. — Affections chroniques, 321 (1). — Affections chirurgicales, 62. — Causes accidentelles, 13. — Total, 732.

Londres : Décès du 13 au 19 octobre 1872, 1369. — Variole, 17; rougeole, 15; fièvre scarlatine, 17; diphthérie, 12; croup, 19; coqueluche, 37; fièvre typhoïde, 22; érysipèle, 12; diarrhée, 36; choléra nostras, 3; bronchite, 190; pneumonie, 80.

Rome : Décès du 30 septembre au 6 octobre 1872, 202. — Fièvre typhoïde, 12; variole, 4; rougeole, 5; diphthérie 6; bronchite, 8; pneumonie, 10.

Bruxelles : Décès du 6 au 12 octobre 1872, 100. — Scarlatine, 1; croup, 2; bronchite et pneumonie, 7; entérite et diarrhée, 8.

(1) Sur ce chiffre de 321 décès, 162 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Erratum. — Dans le n° 42, p. 685, 1re colonne, 1re ligne, à la *Revue des journaux, au lieu de* L'observation suivante, recueillie par M. L. Jubial; *lisez* L'observation suivante, recueillie par M. L. Jubiot, interne des hôpitaux de Marseille.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 7 novembre 1872.

Académie de médecine : LA SEPTICÉMIE.

(Premier article.)

La question de la septicémie n'a pas fait un grand progrès dans la dernière séance de l'Académie; il semble même que la discussion ait pour résultat, sinon pour but, de montrer que les faits exposés par M. Davaine soulèvent à nouveau toutes les obscurités, les incertitudes, les divergences d'appréciation et d'interprétation qui rendent fort complexe l'étude de la septicémie.

On s'explique facilement cet état de choses quand on voit au milieu de quelles difficultés se poursuit la discussion; en même temps que l'Académie reçoit des communications successives dans lesquelles M. Davaine formule des conclusions de plus en plus nettement circonscrites, chacune de celles-ci est discutée, et de diverses parts on invoque telles ou telles expériences confirmatives ou contradictoires dont, quelquefois, les résultats définitifs sont assez peu connus pour qu'on ne puisse affirmer que, demain ou mardi prochain, de nouveaux faits ne viendront pas donner un autre cours à la discussion.

Le moment nous paraît opportun de tenter un exposé aussi succinct que possible des faits qui forment la base des débats, ainsi que des interprétations auxquelles ils ont donné lieu, ou dont ils peuvent être le point de départ.

Envisageons, en premier lieu, les faits :

Le sang de bœuf putréfié injecté sous la peau à la dose de une à 10 ou 15 gouttes, tue les cobayes ou les lapins; les cobayes meurent dans la proportion de 34 pour 100, les lapins dans la proportion de 54 pour 100. Les doses inférieures à une goutte peuvent tuer ces animaux; la limite chez le cobaye paraît être un quarantième de goutte; chez le lapin elle est bien inférieure; elle atteint un deux-millième de goutte.

M. Davaine, poursuivant ses expériences sur les lapins, inocule à un lapin le sang d'un lapin mort à la suite de l'injection de sang de bœuf putréfié; il obtient ainsi une première génération septicémique ou septique; ce lapin meurt, et son sang inoculé à un autre lapin produit la mort, c'est la deuxième génération; chaque lapin mort constitue une génération nouvelle du sang septique, si bien qu'à la vingt-quatrième génération, cinq lapins inoculés avec le sang d'un lapin de vingt-troisième génération, tué par l'inoculation d'un cent-milième de goutte, meurent tous les cinq, ayant reçu, le premier, un cent millionième de goutte, le cinquième un trillionième de goutte.

En définitive, il semble que le trillionième d'une goutte du sang d'un lapin à la vingt-troisième génération des injections septiques, ayant pour origine le sang de bœuf putréfié, soit la limite de l'action toxique ou mieux mortelle de la série septicémique cultivée chez le lapin.

M. Davaine ajoute que le grand nombre de générations démontre simplement que le virus septicémique ne s'affaiblit pas par des transmissions successives; mais, dès la deuxième génération, un dix-millionième de goutte suffit pour tuer le lapin; dès la troisième, un trillionième de goutte amène la mort; par conséquent la puissance toxique du virus septicémique est acquise dès que le sang putréfié a passé par l'organisme du lapin. Quant au cobaye, il n'y a pas eu chez lui des recherches de génération septicémique, mais le sang du lapin septicémique inoculé au cobaye donne les résulats suivants :

« Le cobaye n'est pas toujours atteint par des doses de virus relativement fortes; il l'est rarement par des doses relativement faibles; il est épargné par des doses infiniment petites qui tuent cependant le lapin. »

Se plaçant à un autre point de vue (deuxième communication, 8 octobre), M. Davaine, prouve, par une série de cent

FEUILLETON.

Les aliénés devant l'Assemblée nationale (1).

MM. Th. Roussel, Jozon, Desjardins, députés, ont soumis, le 25 juillet 1872, à l'Assemblée nationale, une proposition de loi ayant pour objet la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Cette loi d'exception, si violemment battue en brèche depuis quelques années, va donc, tout porte à le croire, être enfin l'objet d'une discussion publique, et il est probable qu'elle subira des modifications plus ou moins profondes.

Il est à peine besoin de dire à quel degré ces projets de réforme méritent de fixer l'attention et de provoquer le concours du corps médical. N'intéressent-ils pas, à des points de vue divers, mais tous d'une grande importance, d'une part, une classe nombreuse de malades et les familles auxquelles ils appartiennent; d'autre part, les médecins qui sont appelés journellement à donner leurs soins à ces malades et à résoudre les nombreux problèmes de thérapeutique et de médecine légale que l'existence de la folie entraîne nécessairement à sa suite.

Aussi, bien que la GAZETTE HEBDOMADAIRE ait fait paraître, il y a quelques années, une série d'articles de M. Bouchard sur la question des aliénés (*Gazette hebdomadaire*, 1868, p. 641, 673, 749, 817), elle doit y revenir aujourd'hui, pour la suivre dans ses phases nouvelles et dans ses développements contemporains.

En fait et en droit, la situation n'a pas sensiblement changé : la loi n'a subi aucune modification, la pratique est restée la même. Néanmoins, cette période es loin d'avoir été

(1) Au moment où l'*Assemblée nationale* va se réunir, nous croyons devoir prendre les devants pour l'examen d'une des importantes questions qui doivent lui être soumises dans cette session. (*Note de la rédaction.*)

trois expériences sur les cobayes et par des expériences semblables sur des lapins, que « le degré de septicité du sang putréfié à l'air libre et dans les conditions ordinaires n'est point en rapport avec l'intensité de la fétidité, et loin de devenir de plus en plus toxique en vieillissant, le sang perd après quelques jours une partie de la virulence qu'il avait d'abord acquise ». Le sang putréfié à l'air libre est donc moins actif que le sang provenant de l'animal inoculé; mais si le sang est putréfié dans une couveuse à 27 ou 38 degrés, au contact même du charbon animal et du carbonate de plomb qui lui enlèvent toute odeur de putréfaction, il est alors plus actif que dans le cas de putréfaction lente à l'air libre, il peut acquérir une puissance toxique telle qu'il tue le lapin à la dose de un trillionième de goutte.

Telle est, en résumé, la première série des faits exposés par M. Davaine; ceux-ci n'ont pas jusqu'à présent été infirmés par des expériences démonstratives. Au contraire, les premières expériences faites par M. Bouley nous montrent que quatre lapins ont été tués par des inoculations à doses infinitésimales de sang provenant d'un lapin mort de septicémie; c'est M. Davaine qui opérait. Il est vrai que, dans une autre série, quatre lapins inoculés par M. Tillaux avec le sang septicémique d'un lapin de M. Bouley n'ont présenté aucun symptôme six jours après l'inoculation de doses infinitésimales; mais, pour ces expériences sur lesquelles nous reviendrons, nous avons déjà fait des réserves que nous croyons devoir maintenir.

En définitive, M. Davaine est en droit de conclure des faits précédents que l'injection dans l'économie d'un lapin du sang putride provenant d'un lapin inoculé avec le sang de bœuf putréfié ou avec le sang provenant d'une génération septique chez un ou plusieurs lapins, donne au sang de l'animal des propriétés toxiques d'une puissance extraordinaire.

Ces faits toutefois ne pouvaient être admis sans un certain contrôle, et dès le début de la discussion nous signalions une lacune dans le compte rendu de ces expériences : l'anatomie pathologique n'y occupe pas la place qu'on lui assigne ordinairement dans des expérimentations de ce genre. M. Davaine a, il est vrai, répondu à M. Gosselin que les lapins mouraient sans présenter de lésions; or nous comprenons bien que, si la mort survient dans les vingt-quatre heures, les animaux ne présentent pas de lésions visibles à l'œil nu et à un examen rapide; mais il nous est difficile d'admettre que, chez des animaux mourant de dix à vingt-cinq jours après l'inoculation, on ne puisse trouver de lésions.

Nous insistons d'autant plus volontiers sur ce point, que, lorsqu'il s'agira d'examiner les déductions théoriques de M. Davaine et de comparer la septicémie expérimentale créée par lui sur les lapins à la septicémie expérimentale vulgairement étudiée et définie (sinon d'une manière parfaite, au moins pour le présent avec une certaine précision) d'après des faits extrêmement nombreux, il nous faudra bien tenir compte des symptômes, des lésions, et non pas seulement de la terminaison.

M. Davaine n'a pas trouvé de lésions autres qu'un état du sang assez difficile à préciser, et qui serait caractérisé par une facilité plus grande dans la séparation de la matière colorante.

Cette conclusion est malheureusement en désaccord avec les expériences faites jusqu'à présent sur les inoculations de matière septique à petite dose. M. Davaine, il est vrai, injectant des doses infinitésimales, semblerait ne produire la mort qu'au moyen de lésions également infinitésimales; mais le microscope doit permettre de retrouver celles-ci, et il nous paraît fort important que les expérimentateurs ne négligent pas ce moyen d'investigation, qui peut d'ailleurs permettre de constater avant la mort des lésions septicémiques. L'avenir nous réserve probablement quelques surprises à cet égard, et nous démontrera qu'il y aurait grand inconvénient à se prononcer trop rapidement sur l'innocuité d'une injection putride chez les divers animaux.

On nous permettra de parler ici d'expériences personnelles dont nous ne voulons pas prématurément indiquer les résultats complets, parce qu'il faut en pareil sujet des séries complètes et prolongées; mais nous ne saurions nous défendre du désir de citer un fait à l'appui des remarques précédentes.

Le 2 octobre, nous injectons sous la peau d'un cobaye adulte dix gouttes d'une liqueur putride, constituée par la sérosité d'une hydrocèle du cordon extraite depuis deux jours et en état de putréfaction. L'animal n'offrit pas de symptômes morbides apparents; mais, ayant été tué le 12 octobre, il présenta à l'autopsie, comme lésions les plus importantes, deux *infarctus* du foie ayant le volume d'une petite lentille et d'un grain de millet.

Le sang était coagulé dans un des rameaux de la veine porte; autour du vaisseau il y avait infiltration de leucocytes et de globules rouges; les cellules hépatiques étaient volumineuses, infiltrées de graisse, déjà dissociées; quelques-unes présentaient

---

stérile pour l'avancement de la question ; jamais, au contraire, on ne s'en est tant occupé. Plusieurs faits nouveaux sont venus ranimer la polémique des journaux et ont provoqué des discussions trop souvent violentes et passionnées; on a écrit sur la folie des livres de médecine et des livres de droit, des pamphlets légers et des mémoires sérieux, des romans à sensation et des pièces de théâtre. En même temps, on s'occupait dans le monde officiel d'enquêtes approfondies, d'études préparatoires, d'améliorations pratiques; dans le monde scientifique, l'activité n'était pas moindre et elle faisait naître un grand nombre de recherches utiles, de publications instructives.

En résumé, il est vrai que la question n'est pas résolue ; mais il est certain qu'elle a gagné en maturité et qu'elle s'est enrichie d'un grand nombre d'éléments nouveaux qui contribueront puissamment à éclairer le législateur actuel et à le guider dans l'œuvre si importante et si délicate qu'il aura bientôt à accomplir.

Aussi, avant d'examiner en lui-même le nouveau projet soumis à l'Assemblée, devons-nous indiquer rapidement les principaux faits survenus dans la question depuis 1868.

Le premier et l'un des plus importants que nous ayons à signaler, a été la création, dans les dernières années de l'Empire, d'une commission supérieure, chargée d'*étudier les diverses questions relatives à la législation sur les aliénés*. Nommée à la suite d'un remarquable rapport de M. de Bosredon, secrétaire général du ministère de l'intérieur, par un arrêté en date du 12 février 1869 pris de concert par le ministre de l'intérieur et celui de la justice, cette commission se composait d'hommes choisis dans les grands corps de l'État, dans les rangs les plus élevés de la magistrature et de l'administration ; le corps médical y était représenté par trois membres : MM. Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté ; Constans, inspecteur général du service des aliénés ; Calmeil, médecin en chef de Charenton. Elle commença par réunir tous les moyens possibles d'information. Par ses soins une en-

une segmentation en plusieurs masses granuleuses; à la périphérie, on trouvait une injection vasculaire très-vive.

Or le sang du même cobaye pris sur le vivant le lendemain de l'injection putride, ou pris au moment de la mort, ou enfin putréfié, a donné la mort à deux autres cobayes à la dose de 1/10 et 1/50 de goutte; chez un autre cobaye inoculé avec ce sang et qui a été tué vingt-cinq jours après cette opération, il existait des lésions du foie et des lésions musculaires. Ces divers animaux nous montraient, à des degrés divers, la congestion du foie, la production de taches vascularisées, et enfin des infarctus; en outre, les lésions musculaires visibles même à l'œil nu, sous forme de petits foyers hémorrhagiques, ont été constatées au microscope et représentaient de véritables petits infarctus.

Nous croyons donc que si l'on pratique toutes les autopsies, on pourra trouver, comme nous, chez les cobayes rendus septicémiques par un liquide putride, des lésions fort importantes.

Si nous sommes bien renseigné, les chiens de M. Tillaux auraient succombé à des lésions qui se sont fait attendre, mais qui seraient de nature à ne pouvoir être mises en doute, et qui rappelleraient les lésions les plus graves de la septicémie ou même de l'infection purulente.

Il n'y a donc pas lieu de se hâter de tirer des conclusions des expériences faites par des procédés plus ou moins analogues à ceux que M. Davaine a si brillamment inaugurés. De ce que des chevaux, des brebis, n'ont pas été atteints par des doses très-faibles, de ce que des cobayes ou même des lapins ont résisté longtemps, on ne peut conclure autrement que ne le fait M. Davaine, quand il insiste sur les particularités propres à l'espèce lapin.

Les faits, quant à présent, tendent à démontrer principalement que, si le lapin est doué d'une sensibilité extraordinaire au virus septicémique, il n'en est pas de même des autres animaux; et, sans craindre de s'avancer trop vite, on peut dire que, chez le cobaye et le chien, le virus septicémique peut produire des phénomènes bien différents de cette septicémie foudroyante qui tue sans lésions.

Cette sensibilité spéciale du lapin par rapport à l'action des substances putrides, sera d'autant plus volontiers admise qu'elle a déjà été souvent signalée. Pour ne citer que des exemples récents, d'une part Chauveau a observé dans ses inoculations de sérum filtré que les lapins en mouraient alors que les chevaux n'en ressentaient aucun effet local ou éloigné; et le savant expérimentateur, à ce propos, fait remarquer que « le lapin est, si l'on peut parler ainsi, le réactif le plus exquis pour l'appréciation des propriétés septiques des matières animales ». (*Revue des cours scient.*, n° 4, p. 89, 1872.)

D'autre part, Samuel, de Vienne (*Gaz. hebdom.*, 1871, p. 600), a proposé d'employer l'inoculation chez le lapin comme la « réaction physiologique du poison septique, les substances putrides développant dans l'oreille du lapin inoculé des phénomènes d'inflammation locale tout à fait caractéristiques ».

Sur ce point, un mérite qui ne peut être consesté à M. Davaine est celui d'avoir démontré jusqu'à quel degré véritablement surprenant cette sensibilité spéciale peut être portée, et cette découverte est une des conclusions immédiates des faits expérimentaux. La question des doses seule nous semble pouvoir prêter à contradiction; comme l'a montré M. Vulpian, il n'est pas probable qu'en mélangeant directement une goutte de sang dans la cuve la plus énorme on obtiendrait les mêmes effets qu'avec la dilution correspondante obtenue par le procédé de M. Davaine. Il peut y avoir là une cause d'erreur qui nous échappe; mais, dans tous les cas, les doses employées sont excessivement faibles, et d'ailleurs M. Davaine a déclaré qu'il tenait moins à la valeur mathématique du trillionième de goutte qu'à l'expression de ce fait : que les doses d'une dilution extrême agissent encore sur le lapin.

Pour compléter l'exposé des faits nous devrions parler de la vache examinée par M. Magne, et des expériences nouvelles sur la saumure; mais, pour la vache, l'histoire de la maladie originelle est un objet de doute ou de divergence d'opinions entre MM. Magne et Bouley; les expériences faites avec la saumure viennent à l'appui des interprétations des faits, ou plutôt de la théorie de M. Davaine, et il nous faut remettre à un autre numéro cette seconde partie de notre exposé.

A. Hénocque.

---

quête fut faite auprès des directeurs et des médecins des asiles publics d'aliénés, auprès des chefs de cours et de parquets; tous furent invités à faire connaître leurs opinions sur le présent, leurs propositions pour l'amélioration de l'avenir. Les chefs de plusieurs asiles privés furent également appelés à déposer; on convoqua, de même, les journalistes et les hommes de lettres qui s'étaient fait le plus remarquer par leur opposition; mais par une abstention, tenant peut-être à la conscience du défaut d'études suffisantes sur le fond de la question, presque aucun ne répondit à l'appel loyal qui leur avait été fait. Au moment où tous ces travaux préliminaires, naturellement fort longs, allaient porter leurs fruits, la chute du gouvernement vint mettre un terme violent à l'existence de la commission; mais si elle a disparu prématurément de la scène, les documents qu'elle avait réunis doivent subsister, et nul doute qu'ils ne constituent encore la source d'informations la plus sûre et la plus riche à laquelle puisse recourir l'Assemblée actuelle.

Cependant, dans les derniers temps de l'Empire, les modifications libérales apportées à la constitution avaient rendu aux députés le droit d'initiative parlementaire. Usant de cette prérogative, MM. Gambetta et Magnin soumirent au Corps législatif, dans la séance du 21 mars 1870, une proposition de loi sur les aliénés, principalement inspirée, nous pouvons le dire sans indiscrétion, car cela a été ouvertement reconnu, par les idées d'un des hommes qui avaient le plus violemment attaqué la loi du 30 juin 1838, en se plaignant d'avoir été personnellement et à plusieurs reprises victime de ses dispositions arbitraires.

L'innovation capitale de ce projet, celle sur laquelle la discussion aurait surtout porté, consistait à confier l'admission des malades dans les asiles et leur sortie de ces établissements, aux décisions d'un jury composé de douze membres dont six devaient être tirés au sort, et les six autres devaient se composer d'un juge du tribunal, d'un juge de paix, d'un avocat ou avoué, d'un notaire, d'un conseiller municipal, et

COURS PUBLICS

Médecine pratique.

LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME. — TROUBLES NERVEUX DE LA PÉRIODE SECONDAIRE. (Leçons professées à l'hôpital de Lourcine, par le docteur Alfred FOURNIER, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.)

Si l'on me demandait, messieurs, ce en quoi la syphilis de la femme diffère surtout de la syphilis de l'homme, je répondrais immédiatement et sans hésitation : c'est à coup sûr par les *troubles nerveux* de la période secondaire. Cela est assez vous dire qu'entreprenant aujourd'hui l'histoire des affections nerveuses à cette période de la diathèse, je vais avoir à vous entretenir d'une série de phénomènes qui donnent à la syphilis de la femme une allure propre, une physionomie toute particulière.

Les troubles nerveux secondaires sont, en effet, cent fois plus fréquents, plus variés et plus intenses chez la femme que chez l'homme. Sous ce rapport, une disparité complète et remarquable distingue un sexe de l'autre. Chez l'homme, la syphilis n'éveille le plus souvent qu'une réaction minime ou légère vers le système nerveux. Chez la femme, au contraire, nature plus impressionnable, elle crée un état de souffrance générale de ce système, elle détermine vers ce système une perturbation profonde, parfois même un désarroi véritable dans toutes les fonctions qui lui sont dévolues; elle engendre, en un mot, d'une façon provisoire, une véritable diathèse nerveuse, à manifestations multiples et variées.

De ces prémisses, toutefois, n'allez pas conclure que chez *toutes* les femmes, invariablement, l'infection secondaire se traduise par un cortége obligatoire d'accidents nerveux. Ce serait une erreur. A ce point de vue, il existe une grande inégalité entre nos malades. Les unes (pour un bon tiers environ), celles qui, par leur habitus, leur tempérament, se rapprochent le plus de la constitution masculine, échappent presque complétement à cette influence névropathique de la diathèse, ou n'en sont affectées qu'au même degré que l'homme. D'autres, déjà plus femmes (si je puis ainsi parler), ressentent une atteinte plus vive dans leurs fonctions nerveuses et présentent des troubles plus ou moins nombreux, plus ou moins accentués, de ces diverses fonctions. D'autres, enfin, ont leur système nerveux violemment ébranlé par la maladie et sont affligées d'une série incroyable, d'une nuée de ces désordres spéciaux qui vont nous occuper aujourd'hui.

Cette disparité, cette inégalité de phénomènes d'un sujet à un autre trouve assurément ses causes, en partie du moins, dans les prédispositions individuelles, dans la constitution, le tempérament, l'excitabilité variable du système nerveux chez les différentes malades, etc.; mais il s'en faut qu'elle soit toujours explicable par des raisons de ce genre, et bien souvent nous ne faisons que la constater sans pouvoir en pénétrer le secret.

La syphilis, messieurs, à la période où nous l'étudions, ne se borne pas à déterminer chez la femme tels ou tels accidents spéciaux du système encéphalo-rachidien. Elle fait plus que cela en nombre de cas; elle engendre un *état de souffrance générale* de ce système; elle imprime à ce système une disposition morbide particulière; elle le constitue dans un état d'excitation permanente; elle crée — je répète le mot — une sorte de *diathèse nerveuse*, toujours en éveil, toujours prête à entrer en action et à se révéler par quelques troubles. Cette disposition, cet éréthisme morbide de l'appareil sensitivo-moteur est ce qu'on a justement appelé le *nervosisme secondaire*.

C'est sous l'influence de cet état spécial qu'il est si commun de voir surgir chez la femme, à la période secondaire, un nombre plus ou moins considérable, souvent même une véritable pléiade d'accidents nerveux, intéressant tout à la fois et les centres encéphalo-rachidiens, et les nerfs proprement dits, et le système ganglionnaire. C'est ce nervosisme diathésique qui non-seulement détermine à cette époque une série de troubles propres à la maladie, mais qui, de plus, excite dans l'organisme une tendance manifeste soit au réveil d'anciennes névroses éteintes, soit à l'exaspération de névroses assoupies ou modérées, soit même à l'éclosion de névroses qui n'existaient qu'en germe, en puissance, dans l'économie, sous forme de simple prédisposition.

La syphilis, en un mot, est pour les manifestations nerveuses de tout genre une immense *opportunité morbide*. C'est un champ ouvert, c'est une occasion merveilleusement propice au développement de tous les accidents nerveux. Rappelez-vous, messieurs, le mot de M. Ricord : « la vérole est un branle-bas dans l'économie ». Eh bien, ici, dans l'espèce, on pourrait très-justement dire : la vérole est pour la femme un branle-bas dans le système nerveux.

A ce propos, messieurs, laissez-moi placer une remarque.

L'action perturbatrice qu'exerce la syphilis sur le système nerveux appartient surtout, appartient presque exclusivement *à la période secondaire*. C'est la vérole *jeune* qui ébranle, qui excite de la sorte ce système; la vérole vieillie, tertiaire, le laisse bien plus calme, bien plus indifférent. Il semblerait — mais ceci, bien entendu, n'est qu'une façon de parler — il semblerait, dis-je, que dans les premiers mois, dans la première ou tout au plus dans les premières années de l'infection, le système nerveux se révolte contre le poison syphilitique, et que plus tard, au contraire, s'habituant à lui en quelque sorte, il le tolère mieux. Quoi qu'il en soit, le fait clinique, bien constant, est celui-ci : la vérole secondaire,

---

enfin d'un médecin. Sans rien préjuger sur la suite à donner à ces propositions, la commission d'initiative parlementaire proposa au Corps législatif, le 19 juin 1870, par l'organe de son rapporteur M. Bastid, de renvoyer le projet à l'examen des bureaux, ce qui fut adopté sans discussion; mais, peu après, Corps législatif, bureaux et projet étaient engloutis dans le même gouffre.

Le gouvernement qui arriva au pouvoir après le 4 septembre entreprit, malgré la lutte qu'il avait à soutenir contre l'étranger, de régler, sans retard, un grand nombre de questions d'administration intérieure; de celles surtout qui, sous le régime précédent, avaient suscité le plus de plaintes et de réclamations. La question des aliénés était de ce nombre. Aussi, dès le 2 octobre, le membre du gouvernement de la défense nationale, délégué au département de la justice, instituait-il une commission pour *examiner les réformes à apporter à la loi du 30 juin 1838 et au régime des maisons d'aliénés*. Cette commission comptait sept membres dont trois médecins, MM. Béclard, Bouchard et Magnan, sur lesquels un seul, le dernier, était attaché à un asile d'aliénés.

Le ministre de la justice, seul, avait nommé cette commission, alors que toujours, précédemment, les mesures relatives au service des aliénés et à la législation à leur appliquer avaient été concertées entre le ministre de la justice et le ministre de l'intérieur. Ce dernier ne voulut pas, par suite d'un défaut d'entente préalable avec son collègue, renoncer au rôle important, sinon prépondérant, qu'il avait toujours rempli en pareille matière; aussi nomma-t-il, de son côté et dans le même but, le 27 octobre 1870, une autre commission composée de 12 membres, dont 7 médecins aliénistes, MM. Blanche, Lunier, Dagonet, Mesnet, Calmeil, Legrand du Saulle, Foville.

Mais les temps étaient trop profondément troublés pour que ces tentatives de réforme pussent avoir grand résultat. La commission du ministère de la justice tint quelques séances, et ébaucha la rédaction de quelques articles, mais sans avoir le temps de prendre aucune résolution d'ensemble. Quant à la

chez la femme du moins, est essentiellement *nerveuse*, et elle l'est bien plus qu'à tout autre âge, bien plus notamment qu'à une période éloignée de la diathèse.

Ce premier point établi, entrons actuellement dans le détail des accidents nerveux de la période secondaire.

Je ne m'astreindrai pas, messieurs, pour l'énumération et l'étude de ces accidents, au plan classique qui consisterait à les envisager successivement au quadruple point de vue de la motilité, de la sensibilité, de l'intelligence et de la vie organique. Une telle méthode d'exposition réaliserait sans doute l'avantage d'introduire dans cette analyse un ordre strictement méthodique; mais il comporterait, en revanche, un inconvénient sérieux, celui de placer sur la même ligne des phénomènes dont les uns sont très-habituels et les autres très-rares, c'est-à-dire de donner d'une façon au moins apparente une importance égale à des troubles morbides qui sont loin d'avoir la même fréquence et partant le même intérêt. Je suivrai un plan tout différent, un plan *clinique*, si je puis le qualifier ainsi, et je grouperai les phénomènes qui vont nous occuper sous les deux chefs que voici : l'un, comprenant les manifestations *habituelles* du système nerveux à la période secondaire; l'autre réservé aux accidents de même ordre qui ne s'offrent à l'observation que d'une façon rare ou même exceptionnelle. — Distribués de la sorte, ces phénomènes se présenteront à notre étude, je crois, d'une façon plus clinique.

Premier groupe. — Dans ce premier groupe nous rangerons.

1° La *céphalée*, la plus commune de toutes les manifestations nerveuses secondaires ;

2° Les *troubles du sommeil* (insomnie essentielle, etc.);

3° L'*asthénie nerveuse*;

4° Les *douleurs névralgiformes* ou *névralgiques*;

5° Les *troubles divers de la sensibilité* (spécialement la curieuse et fréquente *analgésie secondaire*).

Ce sont là les accidents qui, isolés ou réunis, composent la symptomatologie la plus habituelle de la syphilis chez la femme, à la période secondaire.

1° *Céphalée*. — La céphalée est une des variétés de douleurs de tête dont souffrent les syphilitiques. Je dis « une des variétés », parce que, comme vous le savez déjà, il y a plusieurs façons d'avoir *mal à la tête* par le fait de la vérole.

La douleur de tête dont nous traitons actuellement est très-distincte soit de la céphalée crânienne que nous avons décrite précédemment, soit de la céphalée névralgique dont nous parlerons bientôt. Elle se distingue de l'une et de l'autre :

1° En ce qu'elle n'est provoquée ni par une lésion de la boîte crânienne, ni par une névralgie d'un rameau nerveux crânien ; — 2° en ce qu'elle est plus *générale* que les deux autres espèces de céphalée, lesquelles sont toujours limitées soit à l'étendue d'une lésion osseuse, soit au trajet d'un rameau nerveux; — 3° en ce qu'elle est aussi plus *profonde*. Certes, je ne saurais vous dire où elle réside, mais il semble bien résulter des sensations accusées par les malades qu'elle est d'origine *intra-crânienne*, méningée ou cérébrale. C'est le mal de tête par excellence, c'est une sorte — laissez-moi forger le mot — d'*encéphalalgie*.

Comme symptôme, la céphalée dont nous parlons est donc une douleur de tête *profonde*, *interne*; — douleur généralement assez étendue, souvent même presque générale, mais avec prédominance sur certains points, tels que le front, les tempes et la nuque; — douleur très-pénible, et donnant lieu, comme forme de souffrance, à des sensations assez diverses. Ce que les malades accusent pour la dépeindre est tantôt une pesanteur, un alourdissement de la tête (céphalée dite *gravative*), tantôt une tension avec élancements (céphalée *lancinante*), tantôt une pression, une dilacération, un martellement, etc. Ils se plaignent, dans ce dernier cas, d'avoir la tête « serrée dans un étau », d'y ressentir par intervalles comme des coups de marteau; il leur semble, disent-ils, que leur crâne « va se fendre, éclater », etc., etc.

Comme intensité, cette douleur encéphalique comporte plusieurs degrés.

Dans son premier degré, elle est légère et supportable. Sa forme habituelle est alors celle d'une simple lourdeur de tête. Les malades se plaignent d'avoir « la tête prise, embarrassée »; mais ils peuvent encore dominer, secouer cette douleur, vaquer à leurs occupations, et dormir.

A son second degré, la céphalée, plus forte, plus intense, peut être comparée à un accès de migraine. Elle empêche alors presque complétement le travail, surtout le travail intellectuel, alourdit l'esprit et trouble le sommeil.

S'exagérant encore (troisième degré), elle alite absolument les malades qui sont dans un état de souffrance des plus pénibles, en proie à de véritables angoisses, incapables d'aucune occupation, n'ayant ni repos ni trêve, abasourdis, abrutis par la violence de leurs douleurs.

Enfin, à un quatrième degré — heureusement exceptionnel — elle atteint l'apogée, le summum d'intensité auquel une douleur quelconque puisse parvenir. Elle est alors atroce, *épouvantable*, et je ne saurais trouver de terme assez énergique pour la qualifier. Les malades affectés de la sorte sont littéralement fous de douleur; ils se pressent la tête entre les mains, s'agitent, se tordent dans leur lit, se lèvent et se recouchent vingt fois par heure, se roulent à terre, se démènent comme des possédés, jettent des cris, éclatent en sanglots, etc. Tout entiers à leurs souffrances, c'est à peine s'ils prêtent attention

---

commission du ministère de l'intérieur, elle n'exista jamais que sur le papier et ne fut pas même convoquée une seule fois.

Après la fin de la guerre et de la Commune, le nouveau gouvernement était trop préoccupé de la réorganisation générale du pays et de la préparation des principales lois organiques, pour songer à modifier une loi qui, somme toute, n'a qu'une importance secondaire, et qui n'a jamais cessé de fonctionner d'une manière régulière. Rien donc ne fut fait, à cet égard, jusqu'à la proposition toute récente, due à l'initiative des députés que nous avons nommés plus haut.

Pendant ces dernières années, en dehors et à côté des corps officiels, plusieurs corporations médicales ou scientifiques crurent de leur devoir d'exprimer spontanément leur opinion sur la question des aliénés.

Ce fut ainsi que dans le rapport d'ensemble sur les travaux de l'Association générale des médecins de France, lu dans la séance annuelle du 24 avril 1870, M. Amédée Latour, secrétaire général de l'Association, protesta de la façon la plus énergique contre les attaques odieuses prodiguées à la loi du 30 juin 1838 et aux médecins aliénistes. Des déclarations analogues furent faites dans des rapports, tous remarquables à certains égards, rédigés : au nom de la Société de médecine légale, par MM. Béhier et Horteloup (*Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1870); au nom de la Société médico-pratique, par M. Collineau (séance du 22 juin 1870. Paris, Félix Malteste, 1870); au nom de la Société de médecine de Paris, par une commission dont le travail, interrompu pendant la guerre et la Commune, a été tout récemment livré à la publicité (*Gazette des hôpitaux*, 1872). Quant à la Société médico-psychologique, spécialement vouée à l'étude des maladies mentales et de la médecine légale des aliénés, elle a pour ainsi dire constamment à l'ordre du jour de ses séances les questions relatives à la législation sur les aliénés, et il est peu de numéros des *Annales médico-psychologiques* et du *Journal de médecine mentale* qui ne contiennent quelque travail plus ou moins important sur ce sujet.

à ce qui les entoure, s'ils répondent par monosyllabes aux questions qu'on leur adresse. Bref, c'est la scène de la colique hépatique ou néphrétique à son paroxysme le plus aigu.

Lorsqu'elle revêt une certaine intensité (sans parler même des cas extrêmes), la céphalée retentit sur les diverses fonctions. D'abord elle diminue et éteint même complétement l'appétit. Cela du reste est le propre de toutes les souffrances violentes et continues. Elle rend de plus les digestions paresseuses, les selles difficiles et rares, le système nerveux excitable, etc., etc. Mais c'est surtout l'intelligence, le moral qu'elle affecte. Elle transforme en quelques jours les malades, qui deviennent tristes, sombres, alourdis, qui perdent leur entrain, leur vivacité habituelle de conception et d'action. A un degré supérieur, elle les abrutit véritablement. C'est ainsi que certains sujets, abasourdis par une céphalée persistante, doivent renoncer à tout travail exigeant quelque tension d'esprit, et ne vaquent plus à leurs occupations journalières que comme des automates, sous l'impulsion de l'habitude et de la routine. Écoutez-les d'ailleurs raconter eux-mêmes ce qu'ils éprouvent. « Ils ne travaillent plus, disent-ils, que par nécessité, mais ils ne sont plus à leurs affaires, ils ne savent vraiment pas ce qu'ils font. » Une de nos malades de cet hôpital, caissière dans un magasin, nous disait ces derniers jours : « Depuis que j'ai été prise de ces affreuses douleurs de tête, j'étais incapable d'établir un compte; pour dresser une simple facture, j'étais forcée de m'y reprendre à plusieurs fois; impossible de faire une addition, je ne voyais plus les chiffres, etc. » Une autre, occupée chez un commerçant à débiter des coupons d'étoffes, « égarait incessamment son mètre et se trompait sur les mesures ». Et ainsi de cent autres exemples que je pourrais vous citer.

A la douleur de tête s'ajoutent parfois des *étourdissements*, des vertiges. D'autres fois, et cela est plus fréquent, la céphalée s'accompagne de *troubles de la vue*, sans que l'ophthalmoscope révèle dans les milieux ou les membranes de l'œil la moindre lésion. Beaucoup de malades se plaignent ainsi de « ne plus voir clair par la force du mal de tête », d'avoir par instants comme un brouillard, comme un voile devant les yeux.

Enfin, lorsque la céphalée se manifeste sous une forme aiguë et violente, on la voit en certains cas se compliquer d'un véritable *subdelirium* intermittent, consistant en propos entrecoupés, en paroles sans suites, en actes inconsidérés et comme impulsifs, dont les malades ne se rendent pas compte. J'ai eu l'occasion de voir avec l'un de mes collègues, il y a quelques mois, un jeune homme qui, à la suite d'une syphilis absolument négligée, avait fini par être atteint de manifestations assez graves, notamment d'accès formidables de céphalée. Ce jeune homme répondait à peine à nos questions, paraissait indifférent à notre présence et étranger à tout ce qui se passai autour de lui. De temps à autre il articulait des mots incohérents; plusieurs fois, dans le cours de notre consultation, il se leva sans motif, comme égaré, se recoucha de même, se découvrit, se recouvrit, tout cela sans propos, sans intention suivie, à la façon d'un malade en délire.

J'ajouterai même qu'en certains cas — mais ceux-ci tout à fait exceptionnels, — on a vu des malades, exaspérés par la douleur, en arriver à des projets et à des tentatives de suicide. J'ai dû, pour ma part, faire garder à vue pendant quelques jours (le temps de produire une sédation sur la douleur) un malade qui, non sans intention, s'était élancé vers sa fenêtre dans une effroyable crise de céphalée nocturne.

Comme évolution, la céphalée secondaire affecte deux types différents, de fréquence à peu près égale : 1° Le type *continu avec exacerbation;* 2° le type *intermittent.*

Dans le premier type, les malades souffrent de la tête d'une façon continue, aussi bien le jour que la nuit, et la nuit que le jour. Seulement, les douleurs redoublent par instants, sous forme d'accès. Ces accès se produisent surtout *la nuit.* Pour la céphalée, plus que pour tout autre symptôme secondaire, l'influence nocturne de la vérole se traduit par une exacerbation marquée. C'est presque toujours *le soir* ou *la nuit* que les douleurs atteignent ces terribles paroxysmes dont je vous ai parlé précédemment.

Il est des cas toutefois (ceux spécialement d'intensité légère ou moyenne) où la céphalée se continue avec égalité à tout moment du jour et de la nuit. Je l'ai même vue redoubler d'intensité le jour et se calmer la nuit par le sommeil; mais cela est très-rare.

Sous son second type, la céphalée est *intermittente.* Dans ce cas, elle disparaît généralement pendant le jour pour se reproduire à certains moments, surtout vers le soir, vers cinq ou six heures de l'après-midi le plus souvent. Elle dure alors un temps variable, quelques heures en moyenne, parfois aussi une partie de la nuit ou même toute la nuit, pour s'apaiser vers le matin.

Fréquemment encore, elle affecte dans ces intermittences une véritable périodicité. Chez certains sujets elle apparaît vers le soir, à heures absolument régulières et si régulières que les malades vous disent : « Dans deux heures, dans une heure, dans une demi-heure d'ici, je serai pris de la tête » ; et leur prédiction s'accomplit à point nommé.

La *durée* qu'affecte ce pénible symptôme est très-variable et variable dans des limites assez larges. Chez un certain nombre de malades la céphalée disparaît en quelques jours; chez d'autres, et c'est là le cas le plus habituel, elle persiste plusieurs semaines (alors bien entendu qu'elle n'est pas traitée); chez d'autres enfin elle dure un temps infiniment plus long. J'ai

---

Enfin, une société savante récemment créée, la Société de législation comparée, a dépassé tous les autres corps analogues par les résultats pratiques qu'elle a déjà obtenus dans cet ordre de travaux. A peine fondée en 1869, elle chargeait une commission spéciale, composée de magistrats, de jurisconsultes et de médecins, *de l'étude de tout ce qui concerne les aliénés*, et quelques mois après, le président de cette commission, M. Ernest Bertrand, conseiller à la Cour d'appel de Paris, publiait un mémoire des plus complets, des plus instructifs et des plus riches en faits nouveaux, où il faisait connaître les lois relatives aux aliénés de l'Angleterre et des autres pays étrangers, et où il exposait avec précision les critiques dont la législation française avait été l'objet, et la manière dont cette législation pouvait être avantageusement modifiée. (Paris, Cotillon, 1870.)

Depuis la guerre, les travaux de cette commission ont repris leur cours, dans une direction encore plus pratique ; elle s'est livrée à une enquête minutieuse, dans laquelle beaucoup des personnes les plus compétentes, même étrangères à la Société, ont été appelées à déposer, et dont les procès-verbaux ont été récemment mis à la disposition du public. (Paris, Cotillon, 1872.) Le résultat de toutes ces études a été la rédaction d'un nouveau projet de loi, inspiré par les vues qui avaient paru réunir le plus de suffrages au cours de l'enquête.

C'est ce projet que deux membres de la commission au sein de laquelle il a été élaboré, qui sont en même temps députés, MM. Jozon et Desjardins, auxquels s'est joint un troisième député, M. le docteur Th. Roussel, ont présenté à la chambre, comme proposition ayant pour objet la révision de la loi du 30 juin 1838.

C'est donc, en réalité, l'œuvre de la Société de législation comparée qui est en ce moment soumise à la sanction de l'Assemblée nationale, et c'est elle dont nous aurons à faire l'examen dans un prochain article.

Ach. Foville fils.

vu nombre de femmes qui, par ignorance de leur maladie, ont enduré deux, trois, quatre, cinq mois de suite, d'horribles céphalées qu'elles prenaient pour des migraines ou des névralgies. Un de mes clients de la ville, affecté d'une syphilis qui resta longtemps méconnue, m'affirmait avoir souffert de violents maux de tête pendant plus d'une année.

Ajoutons que cette céphalée est essentiellement *sujette à récidives*. On n'en est pas délivré parce qu'on l'a subie une première fois. Loin de là. Elle a des retours fréquents.

S'il est des plus pénibles, ce symptôme en revanche, hâtonsnous de le dire, est des plus accessibles au traitement spécifique, des plus facilement curables. De l'aveu de tous les cliniciens, le mercure exerce sur lui une action des plus puissantes, une action véritablement merveilleuse comme sûreté et comme rapidité de résultats. En quelques jours il fait justice de la céphalée secondaire, du moins dans la presque totalité des cas. Plus vive même est la douleur, plus sensible est l'influence du remède. J'ai vu et tout le monde a vu des céphalées atroces être soulagées presque subitement par le mercure et dissipées en moins d'une semaine. Bien rares, bien exceptionnels sont les cas où ce symptôme se montre réfractaire au mercure.

Eh bien, — le croiriez-vous? — ce résultat d'expérience commune et journalière a été contesté par quelques adversaires acharnés du mercure! « Si la céphalée, a-t-on dit, disparaît à la suite de l'administration du mercure, ce n'est pas au mercure qu'il faut en attribuer le mérite; elle disparaît parce qu'elle doit disparaître, parce qu'elle n'a qu'un temps, parce qu'elle ne saurait durer toujours. Ce n'est là qu'une *coïncidence*; il n'est pas là d'action thérapeutique. » Ou bien encore : « Le mercure ne dissipe pas la céphalée par l'effet d'une vertu spécifique; ce qu'il produit, d'autres remèdes le produisent également; le sulfate de quinine ou un purgatif en font tout autant. »

Pour l'argument *« de coïncidence »*, il est en vérité, messieurs, de l'ordre de ceux auxquels on a le droit de ne pas répondre. Quand un fait s'est produit des milliers de fois, quand chacun peut le reproduire à volonté dans les mêmes conditions, il ne saurait être question de coïncidence pour l'expliquer. Passons.

Rien de plus sérieux dans la seconde objection. Dire que le sulfate de quinine et les purgatifs exercent sur la céphalée secondaire la même action curative que le mercure, c'est émettre un de ces paradoxes auxquels la pratique journalière oppose de constants et formels démentis. Que de fois n'avons-nous pas vu des malades qui, pour se débarrasser de leurs maux de tête, ont vainement essayé des purgatifs, du sulfate de quinine, de cent autres remèdes, et qui finalement n'ont été soulagés que par le mercure! Sur ce point l'expérience n'est plus à faire; elle est faite, et sûrement, scientifiquement faite de longue date. S'il est quelque chose de démontré en thérapeutique, c'est à coup sûr l'action élective, spécifique, du mercure sur certains symptômes de la vérole, sur la céphalée secondaire en particulier.

Que l'on conteste l'influence curative du mercure sur la syphilis considérée d'ensemble comme diathèse, cela se conçoit à la rigueur, cela peut souffrir discussion. Mais nier l'action curative du mercure sur les accidents de la diathèse, sur des symptômes que nous voyons chaque jour soulagés et guéris par lui, cela vraiment est incompréhensible; car cela n'est pas seulement tenir en dédain formel ce qu'ont établi sur ce point l'expérience de plusieurs siècles et l'accord unanime des meilleurs observateurs; c'est de parti pris récuser un fait constant et fermer volontairement les yeux à l'évidence.

Un dernier mot. L'iodure de potassium exerce-t-il sur la céphalée secondaire la même action sédative que le mercure? Non certes. Sur ce point, il est inférieur au mercure. Il soulage cependant, cela est incontestable, mais il ne soulage que d'une façon moins rapide et moins sûre. De là cette double conséquence en pratique : 1° Avantage évident à prescrire le mercure dans tous les cas, de préférence à l'iodure; 2° avantage possible à combiner les deux remèdes, pour obtenir de l'un et de l'autre la somme totale de leur action thérapeutique. Inutile ou superflue pour les cas légers ou moyens, cette médication *mixte* est surtout indiquée alors qu'on a affaire à ces crises de céphalée violente qu'il importe de soulager promptement, et je puis dire qu'elle fournit toujours les meilleurs résultats.

(La fin à un prochain numéro.)

(La fin à un prochain numéro.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

Fermentations. — La communication faite, dans la dernière séance, par M. *Pasteur*, a provoqué dans celle-ci, comme on pouvait s'y attendre, une vive discussion entre lui et M. *Fremy*. Le résumé de cette discussion n'occupe pas moins de 14 pages du *Bulletin* (in-4°); nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur.

Une autre discussion sur le même sujet s'est ensuite engagée entre M. *Pasteur* et M. *Trécul*. Il n'y a pas été, plus que dans la précédente, produit d'expériences nouvelles, et nous nous bornons également à la signaler.

Phylloxera. — Il résulte d'une enquête de M. *Planchon* que le Phylloxera a été authentiquement constaté dans les pays suivants :

1° Amérique septentrionale, principalement dans les États de l'est du Mississippi et presque dans le Canada (Asa Fitch, Walsh, Shimer, Riley); 2° Angleterre et Irlande : dans les *graperies*, ou serres à raisin, dès 1863 (Westwood); 3° France : départements du Gard, de Vaucluse, des Bouches-du-Rhône, de la Drôme, de l'Ardèche, de l'Hérault, du Var; département de la Gironde : environs de Bordeaux, rive droite de la Garonne; 4° Portugal : région du Douro et aussi environs de Lisbonne, d'après M. Oliveira junior.

D'un autre côté, M. *Dumas*, au nom de la commission du Phylloxera, annonce que la commission a reçu de M. Duclaux le relevé à peu près complet, effectué par lui-même et sur les lieux, de tous les points atteints par le fléau. Il en résulte que la présence de l'insecte a été constatée sur une surface qui n'est pas moindre d'un million d'hectares.

M. Maxime *Cornu* s'est livré, de son côté, à une étude délicate des changements anatomiques subis par les radicelles de la vigne lorsqu'elles sont attaquées par le Phylloxera. Des préparations microscopiques et des dessins d'une rare perfection accompagnent les documents qu'il a transmis à la Commission.

Enfin M. le ministre de l'agriculture transmet à l'Académie une lettre de M. *Ed. Loarer*, proposant contre le Phylloxera l'emploi du sulfure jaune d'arsenic dissous dans les alcalis, employé dans l'Inde contre tous les insectes, et M. *Hervier* envoie de nouveaux renseignements sur son procédé de destruction. (Renvoi à la commission.)

Moyens de prévenir la putréfaction et le développement de la vie protoplasmique et de la moisissure. Note de M. *F. Crace-Calvert*. — Les expériences de l'auteur ont donné les résultats suivants :

En comparant les résultats obtenus, les substances peuvent être divisées en plusieurs classes :

1° Celles qui préviennent entièrement le développement de la vie protoplasmique et de la moisissure : ce sont les acides phénique et crésylique; 2° celles qui préviennent le développement des vibrions, sans arrêter la production de la moisissure : le chlorure de zinc, le bichlorure de mercure et le sulfophénate de zinc; 3° celles, au contraire, qui permettent

la production des vibrions et préviennent celles de la moisissure ; ce sont : la chaux, le sulfate de quinine, le poivre et l'acide prussique ; 4° et enfin celles qui ne préviennent ni la production de la vie protoplasmique ni celle de la moisissure : acide sulfureux, acide sulfurique, acide nitrique, acide arsénieux, acide acétique, soude caustique, potasse caustique, ammoniaque caustique, solution de chlore, chlorure de sodium, chlorure de calcium, chlorure d'aluminium, hypochlorite de chaux, chlorate de potasse, sulfate de chaux, sulfate de protoxyde de fer, bisulfate de chaux, hyposulfite de soude, phosphate de soude, phosphate de chaux, permanganate de potasse, sulfophénate de potasse, sulfophénate de soude, acide picrique, essence de térébenthine, charbon de bois.

Les acides, tout en ne prévenant pas la production des vibrions, facilitent le développement de la moisissure. Cette observation s'applique surtout aux acides sulfurique et acétique. Les alcalis, au contraire, ne sont pas favorables à la production de la moisissure, mais favorisent le développement des vibrions. Le sulfate de quinine, le poivre, l'essence de térébenthine, ne préviennent pas le développement des vibrions ; mais le sulfate de quinine et le poivre empêchent complétement la formation des moisissures. Ce fait, rapproché de l'efficacité remarquable du sulfate de quinine dans le cas des fièvres intermittentes, porte à supposer que cette maladie est due à l'introduction dans l'économie de corps semblables à ceux qu'on caractérise par le mot *moisissure*, et cette explication semble encore plus probable si l'on se rappelle que ces fièvres n'existent que dans les contrées marécageuses, où se produit une décomposition de matière végétale abondante, et qu'elles ne se montrent pas dans les pays secs, même au milieu d'une nombreuse population où l'air est malsain et où prédomine la putréfaction des matières animales.

Les résultats obtenus avec le charbon de bois montrent qu'il ne possède pas de propriétés antiseptiques, mais qu'il prévient le dégagement des gaz putrides, grâce à sa porosité, en condensant simultanément les produits de la décomposition et l'oxygène de l'air, qui les détruit par oxydation.

Les résultats obtenus avec ces divers produits ont été confirmés par une seconde série d'expériences ; j'en ai fait aussi une autre où l'albumine était remplacée par la gélatine. » (Commissaires précédemment nommés : MM. Dumas, Cl. Bernard, Pasteur, Trécul.)

POISSONS OSSEUX. — M. *Dareste* communique la seconde partie de son travail sur les *types ostéologiques* des poissons osseux. (Voy. le dernier numéro.)

CONSERVATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES. — M. *Sacc* adresse une nouvelle note relative à son procédé de conservation. (Renvoi à la commission précédemment nommée.)

PROPRIÉTÉS ANTIFERMENTESCIBLES DU SILICATE DE SOUDE. Note de MM. *A. Rabuteau* et *F. Papillon*. — Les nouvelles recherches sur le silicate de soude confirment les résultats annoncés par eux, avec cette restriction que, dans certains cas, l'effet antifermentescible ou antiputride du sel paraît temporaire. Elles ont porté sur le sang, le pus, la bile, l'œuf, la farine de moutarde et la glycose. Voici l'expérience faite avec le sang :

On place dans trois flacons, n°s 1, 2, 3, 100 grammes de sang de bœuf défibriné et frais ; on ajoute au n° 2 1 gramme de silicate de soude, et au n° 3 2 grammes du même sel (le silicate est en dissolution dans 10 grammes d'eau). Dès le surlendemain, le sang n° 1, non silicaté, répand une odeur infecte. La partie supérieure est claire. Les globules sont rassemblés au fond du vase. En examinant le liquide au microscope, on voit des bactéries et des vibrions. Les globules sont à peine déformés. Les deux échantillons de sang silicaté, n°s 2 et 3, sont au contraire complétement inodores, et lorsqu'on en place une goutte sous l'objectif du microscope, on n'y aperçoit ni infusoires ni globules : le silicate a déterminé la dissolution complète des hématies et des leucocytes. La putréfaction du sang n° 1 continue. Le sang silicaté, inaltéré pendant huit jours, commence à dégager après ce temps une faible odeur de putridité.

En étudiant directement au microscope l'action d'une solution concentrée de silicate sur les globules sanguins, on constate qu'il faut une heure environ pour en obtenir la disparition.

COMPOSITION DE L'EUCALYPTUS. — M. *Rabuteau* a constaté, au moyen de l'iodure de potassium et de l'acide phosphomolybdique, que l'Eucalyptus (employé, comme on sait, contre les fièvres intermittentes) ne contient pas d'alcaloïde.

THÉORIE PHYSIOLOGIQUE DE LA FERMENTATION ALCOOLIQUE PAR LA LEVURE DE BIÈRE, par M. *A. Béchamp*. — Les expériences de l'auteur tendent à prouver :

1° Que le contact de l'air, même en large surface, loin d'augmenter la quantité d'acide acétique produit dans la fermentation, la diminue. « Des fermentations ayant produit, après expulsion de l'air des appareils par un courant d'acide carbonique, de 0^{gr},25 à 0^{gr},4 d'acide acétique pour 100 de sucre, j'ai trouvé, dit l'auteur, que, sous le contact de l'air, la quantité d'acide acétique pouvait descendre au-dessous de 0^{gr},1 pour la même levûre, en même poids, et pour 100 de sucre.

2° Que l'acide acétique ne vient pas de la levûre. Cet acide, comme les autres produits de la fermentation, est fonction de toutes les conditions du phénomène, et notamment de la nature et de l'état physiologique de la levûre.

3° Que la levûre cède de la substance au milieu fermentant, ce qui devait être, puisque tout être vivant qui se nourrit désassimile.

4° Que l'augmentation de température et l'augmentation de pression atmosphérique accroissent la quantité d'acide acétique produit.

PROPRIÉTÉS ANTIFERMENTESCIBLES DES BORATES DE SOUDE ET D'AMMONIAQUE. — M. *Jacquez* demande l'ouverture de deux plis cachetés, déposés par lui le 23 novembre 1857 et le 4 janvier 1858, et où il est dit et exposé expérimentalement que le borax et le sous-borate d'ammoniaque empêchent, détruisent la moisissure, et conservent parfaitement les matières animales.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements de l'Ain et du Calvados. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de candidatures de M. le docteur *Peter*, pour la section de pathologie médicale, de M. le docteur *Luys*, pour la section d'anatomie et de physiologie, de M. le docteur *Oulmont* et de M. le docteur *Delioux* (de Savignac), pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. — *b*. Deux mémoires de M. le docteur *Cazenave*, membre correspondant à Bordeaux, l'un sur le traitement externe des maladies cutanées dartreuses, des ulcères chroniques et de la fissure anale ; l'autre sur un nouveau mode de dilatation des rétrécissements fibro-cartilagineux de l'urèthre. — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Christian Fenger*, prosecteur à l'hôpital de Copenhague, sur l'endoscopie des plaies d'armes à feu. (*Comm.* : MM. Richard et Alphonse Guérin).

M. *Bussy* dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. *Yvon*, élève des hôpitaux, relatif au dosage instantané de l'urée dans l'urine, et l'appareil destiné à effectuer cette recherche.

M. *Devilliers* présente un instrument, fabriqué par M. *Blanc*, et destiné au traitement local des maladies de l'utérus.

M. *Tardieu* offre en hommage un exemplaire de la 6° édition de son ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LES ATTENTATS AUX MŒURS.

M. *Barth* présente une brochure sur la bière joubarbée et son emploi dans le traitement de l'angine couenneuse, par M. le docteur *L. Duval*.

M. *Béhier* présente un exemplaire de la deuxième partie du MANUEL D'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE, par MM. les docteurs *Cornil* et *Ranvier*.

NOUVEAU SUCCÉDANÉ DU QUINQUINA. — M. *Béclard*, secrétaire perpétuel *par interim*, donne lecture d'une lettre de M. *Gustave Doray*, pharmacien à Saint-Lô, qui demande l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a adressé à l'Académie, et dans lequel est renfermée une note relative à l'action fébrifuge et anti pério-

dique du laurier d'Apollon, *laurus nobilis*. Cette précieuse propriété aurait été constatée par les expériences cliniques de MM. les docteurs Letouzé, Alibert et Scelles de Mondésert, qui auraient obtenu sur 34 cas 28 guérisons, dont quelques-unes ayant trait à des fièvres pernicieuses et d'autres à des accès réfractaires au sulfate de quinine. Le mode de préparation employé jusqu'à présent est la poudre de feuilles sèches de laurier, à la dose de 1 gramme par jour, en une fois, deux heures avant l'accès.

L'innocuité de ce remède, l'extrême facilité avec laquelle on peut se le procurer, la simplicité de sa préparation, l'accent de conviction avec lequel M. Doray en affirme l'efficacité, nous paraissent des raisons suffisantes pour engager les médecins à l'expérimenter, soit dans les hôpitaux, soit dans leur clientèle, en attendant le rapport de la Commission composée de MM. Mialhe, Gobley et Bussy.

Iconographie photographique des centres nerveux. — M. le docteur *Luys*, candidat pour la section d'anatomie et de physiologie, fait mieux que d'envoyer à l'Académie l'exposé de ses titres. Il lui offre le plus bel hommage de candidature et la meilleure preuve de travail, d'aptitude et de talent qu'un concurrent puisse présenter. C'est son magnifique atlas d'iconographie photographique des centres nerveux, comprenant 70 planches grand format, divisées en 4 livraisons. Cette œuvre comptera certainement parmi les plus importantes, les plus considérables et les plus utiles qui aient été publiées, de nos jours, sur le système nerveux. M. Luys y a consacré de longues années, et il n'a reculé devant aucun labeur, aucune difficulté, aucun sacrifice, pour la mener à bonne fin. Au début de son entreprise, la photographie scientifique n'était qu'ébauchée, et ses applications à l'anatomie étaient encore timides et grossières. M. Luys a su, par des efforts habiles, persévérants, industrieux, suppléer à ces insuffisances. Son esprit inventif a perfectionné les anciennes méthodes et les anciens appareils; il a surtout créé des moyens nouveaux, imaginé des procédés plus précis, et trouvé les réactifs les plus propres à ces délicates recherches.

Son opiniâtre travail a été couronné de succès. Il a atteint le but qu'il s'était proposé, celui de donner une description méthodique, impersonnelle et authentique de l'agencement des centres nerveux encéphalo-rachidiens, de rendre évidentes à tous les yeux des régions mal explorées et peu connues, à l'aide d'un système de procédés d'amplification successifs, de fixer sur le papier les impressions quelquefois fugitives du microscope, et de vulgariser ainsi, en les multipliant par de nombreuses reproductions, des objets qui n'étaient accessibles qu'au regard d'un seul observateur.

M. Luys a exposé dans ses planches le mode de répartition des fibres blanches de l'encéphale, la structure des couches optiques et des corps striés, celle du cervelet et de ses pédoncules; il a pénétré le secret des origines nerveuses et des connexions des divers éléments de l'appareil cérébro-spinal. Grâce à ses belles recherches, à ses précieuses investigations, la constitution, autrefois si confuse et si obscure, de la masse encéphalique, n'aura plus de mystères pour l'anatomiste. Nous n'avons pas besoin d'ajouter combien de pareilles découvertes sont susceptibles d'applications fécondes à la clinique, combien elles ouvrent de larges perspectives à la physiologie du système nerveux (voy. *Gaz. hebd.*, n° 44, p. 717).

L'auteur de l'iconographie photographique des centres nerveux a donc bien mérité de la science et de l'Académie.

Nouveau moyen de préparer sans mercure les poils de lièvre et de lapin destinés a la fabrication des chapeaux de feutre. — Tel est le titre d'un mémoire de M. le docteur *Hillairet*, sur lequel M. *Delpech*, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. *Bergeron* et *Vernois*, présente un rapport fort bien étudié et du plus haut intérêt. On en peut juger, en songeant que l'industrie des chapeaux de feutre est une des plus considérables de notre pays; que la France fabrique annuellement 12 500 000 de ces chapeaux, ce qui donne une fabrication moyenne de 41 600 chapeaux par jour; que 10 400 ouvriers sont employés à cette besogne dans notre seule contrée, et 20 à 25 000 dans l'Europe entière.

Il s'agit de soustraire cette immense population aux dangers de l'intoxication mercurielle, aux conséquences funestes qui résultent de l'emploi du mercure coulant dans l'opération dite le *secretage*.

Lorsque les peaux ont été passées à la carde ou *dégalées*, battues, fendues, puis dépouillées de leurs poils les plus longs ou *éjarrées*, elles sont *secretées*, c'est-à-dire soumises à l'action d'un mélange nommé *secret*, et qui n'est autre qu'une solution aqueuse de mercure coulant et d'acide nitrique. Les peaux sont ensuite exposées à l'étuve, séchées, tendues et passées à la machine à tondre.

Inutile de faire ressortir les périls qu'entraînent pour la santé des ouvriers la manipulation de la préparation nitro-mercurielle, et l'introduction par les voies respiratoires des émanations gazeuses et des poussières hydrarygriques qui se dégagent pendant les opérations de l'étuvage et du tondage.

M. Hillairet a trouvé un moyen extrêmement simple de remédier à de si graves inconvénients. Ayant étudié le mécanisme intime du feutrage, cet observateur s'est assuré que le nitrate acide de mercure n'exerce aucune action directe sur les modifications que subissent les poils au moment du secretage. Cette influence est due surtout et même exclusivement à l'acide nitreux naissant qui se dégage au contact de la solution nitro-mercurielle avec la matière organique. Le problème hygiénique consistait donc à remplacer le mercure par une substance inoffensive, capable de provoquer aussi bien une production d'acide nitreux à l'état naissant. M. Hillairet a découvert cette substance, qui est certainement la moins nuisible qu'on puisse imaginer; c'est la mélasse. Si vous voulez savoir de quelle façon et pour quelles raisons cet agent vulgaire peut être avantageusement substitué au mercure dans l'opération du secretage des peaux, lisez dans le prochain bulletin de l'Académie le savant rapport de M. Delpech; vous y trouverez des explications chimiques très-satisfaisantes et un exposé très-lucide et très-complet de la nouvelle théorie du feutrage selon M. Hillairet. Vous y verrez aussi des considérations d'ordre économique et fiscal qui prouvent que l'industrie des chapeaux de feutre n'a rien à perdre, commercialement parlant, à l'application du nouveau procédé; que s'il expose à une augmentation de prix de la main-d'œuvre en raison de la durée plus longue de l'opération, il offre, en compensation, de nombreux bénéfices résultant de l'infériorité du prix de revient de la mélasse, du rendement plus grand des poils et de la proportion moindre de poils ainsi préparés nécessaire à la confection de la même quantité d'objets manufacturés.

M. Delpech estime, et nous croyons avec lui que la méthode de secrétage proposée par M. Hillairet mérite d'être prise en très-sérieuse considération, et que, appliquée sur une grande échelle, elle sera un progrès et un bienfait pour l'hygiène industrielle.

L'Académie adopte les propositions de la Commission, qui sont d'adresser des remercîments à l'auteur et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

De la septicémie. — La discussion commence dans le calme le plus parfait. M. *Magne* monte à la tribune et donne quelques détails sur l'origine du sang qui a servi aux expériences de M. Davaine. On croyait d'abord que la vache d'où provenait ce sang avait succombé au « charbon blanc »; mais l'autopsie démontre que l'animal était mort non pas du charbon, mais de la septicémie.

Incidemment, M. Magne parle de cette épizootie de cocotte qui a tant alarmé M. Bouley, et il déclare qu'elle est loin d'avoir la gravité que lui attribue son éminent collègue.

Il va sans dire que M. *Bouley* maintient à cet égard ses déclarations antérieures, qui sont, d'ailleurs, journellement confirmées par des renseignements authentiques venus des contrées où sévit l'épizootie.

M. Bouley revient ensuite aux expériences et aux opinions de M. Davaine concernant la septicémie. A ces expériences il en oppose une toute récente qu'il a faite, à Alfort, avec M. Colin. Deux cent cinquante grammes de sang pris sur un cheval atteint d'une gangrène traumatique et se mourant de résorption putride ont été injectés dans les veines d'un autre cheval morveux, qui n'en a pas éprouvé le moindre accident, le plus léger symptôme de septicémie. Cette expérience, aux yeux de M. Bouley, justifie pleinement les réserves qu'il a opposées aux conclusions du premier mémoire de M. Davaine; elle prouve manifestement que ces conclusions ne doivent s'appliquer d'une manière rigoureuse qu'aux lapins et aux cobayes, et que le sang de ces animaux est susceptible de contracter une virulence septicémique extraordinaire, dont on ne trouve pas d'exemple dans les autres espèces animales.

Quant à la septicémie expérimentale provenant de l'empoisonnement par la saumure, M. Bouley voulant en connaître les effets sur les grands animaux met généreusement à la disposition de M. Davaine un cheval auquel il a fait prendre dernièrement un kilogramme de cette substance et qui est près de succomber.

M. *Davaine* repousse toute assimilation entre l'expérience dont M. Bouley a parlé plus haut et les siennes. La gangrène traumatique et la septicémie sont deux choses très-différentes et qui ne souffrent entre elles aucune comparaison. Le cheval d'Alfort est mort de la gangrène, et non de la septicémie; s'il eût succombé à cette dernière affection, son sang injecté à l'autre cheval ou aux lapins eût produit certainement une intoxication septicémique. Le critérium de la septicémie est dans le résultat des inoculations. On peut toujours affirmer qu'un sang est septicémique lorsque, inoculé à un autre animal, il lui donne la septicémie. A cet égard le lapin est, sans contredit, le meilleur et le plus infaillible des réactifs vivants.

M. *Bouley* soutient que la septicémie a les affinités les plus étroites avec la putridité, et même qu'elle en dérive. La preuve en est que M. Davaine s'est servi du sang putride de bœuf pour donner la septicémie à son premier lapin. Il a donc cent fois raison d'opposer l'expérience de son cheval gangréneux aux expériences de son savant contradicteur.

M. *Davaine* répond qu'il s'agit de savoir, au préalable, si les produits de la plaie gangreneuse passent dans le sang et l'empoisonnent.

Cela ne fait pas l'ombre d'un doute pour M. *Bouley*, qui a constaté *de visu* l'altération du sang et ses caractères de putridité.

M. *Verneuil*, malgré un enrouement très-marqué, intervient dans le débat, et déclare que les expériences de MM. Davaine et Bouley, pratiquées avec des facteurs différents, ne sont aucunement comparables entre elles. Il demande encore une fois que l'expérimentation soit régularisée et faite de part et d'autre avec entente et méthode. Hors de là, il n'y a pas de lumière possible sur une question aussi obscure.

La suite de la discussion ne le prouve que trop. Le débat s'anime et se passionne. Les interpellations s'entrecroisent de toutes parts, M. Chauffard élève la voix au nom de la clinique et proteste contre les interprétations systématiques et les généralisations prématurées qu'on voudrait tirer d'expériences encore incertaines et contradictoires. M. Béhier s'écrie qu'il ne comprend plus un mot à la septicémie; c'est pour lui une expression vide de sens; et il adjure M. Davaine d'en donner une définition précise. M. Davaine avoue que c'est chose difficile. Suivant lui, le caractère principal du sang septicémique, c'est d'être inoculable et virulent à un extrême degré; c'est d'empoisonner un animal à la dose infinitésimale d'un trillionième de goutte : ce qui le différencie essentiellement du sang putride, lequel ne produit d'effet toxique qu'à la dose relativement élevée de dix à quinze gouttes. M. Davaine ajoute qu'il a obtenu ce résultat avec du sang de bœuf chauffé pendant quinze jours, à trente-neuf degrés, dans une couveuse; et il définit la septicémie « la putréfaction du sang chez un animal vivant ».

M. *Béhier* prend acte de cette définition, et se déclare satisfait de connaître le point de départ des expériences de M. Davaine : le sang de bœuf chauffé dans une couveuse à 39 degrés. Il annonce la communication prochaine d'expériences qu'il a entreprises lui-même sur l'importante question qui divise aujourd'hui l'Académie.

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET

CORRESPONDANCE. — MALADIES RÉGNANTES. — ALTÉRATION DES TUBES DE CAOUTCHOUC PAR LES INJECTIONS IODÉES. — ULCÉRATION TUBERCULEUSES DE LA LANGUE. — SCROFULIDE GRANULEUSE. — ASPIRATION DES LIQUIDES CONTENUS DANS LE PÉRICARDE.

La *Correspondance* contient un mémoire de M. *L. Colin* (du Val-de-Grâce) sur les *sels de quinine, leur action physiologique et médicale;* la deuxième partie du *Manuel d'histologie pathologique* de MM. *Cornil et Ranvier;* le numéro d'octobre des *Archives de médecine navale;* le *Bulletin de la distribution des prix de l'école des enfants idiots ou arriérés de la Salpêtrière*, offert par M. Delasiauve.

— M. *Besnier* lit le rapport sur les *maladies régnantes* pour les mois de juillet, août, septembre de l'année courante.

Tous les documents adressés à la commission, ainsi que les statistiques de mortalité de la ville de Paris, établissent la bénignité exceptionnelle de la constitution médicale pendant ces trois mois. Jamais les maladies saisonnières n'ont été ni si peu nombreuses, ni si peu graves. Il est impossible de découvrir les causes de cette extrême bénignité, ni dans la constitution atmosphérique, ni dans la situation matérielle des populations dans les divers degrés de l'échelle sociale. Dans les hôpitaux civils comme dans les hôpitaux militaires, la mortalité a atteint un chiffre très-minime. A l'hôpital militaire du Gros-Caillou, sur 462 entrées en juillet, août et septembre, il n'y a eu que 12 décès, dont 6 dus à la phthisie pulmonaire. Dans les hôpitaux civils, le chiffre de la mortalité pour ces trois mois a été de 2778, tandis qu'en 1870 il avait été de 4040.

Affections des voies respiratoires. — Moins graves et moins fréquentes qu'à la même époque de 1870. Épanchements pleurétiques toujours nombreux; nombre toujours croissant des thoracocentèses pratiquées dans les hôpitaux. M. Laboulbène signale plusieurs cas de guérison rapide par la ponction aspiratrice, et un succès après trois ponctions réitérées, et bien que le liquide, demi-louche, contînt des leucocytes.

Affections diphthéritiques. — L'endémo-épidémie de diphthérite, si grave cette année, s'est un peu atténuée pendant l'été. Il y a eu cependant encore 57 décès par ces affections, tandis qu'en 1870 elles n'en avaient produit que 32.

Fièvres éruptives. — Variole rare et très-bénigne. Dans un tableau comparatif, M. Besnier montre le degré de mortalité variolique pendant les neuf premiers mois des dix dernières années, comparé au nombre des cas de variole. En 1867, par exemple, sur 569 cas survenus pendant les trois premiers trimestres, il y a eu 59 décès; en 1868, 1611 varioles, 160 décès; en 1869, 1599 cas, 180 décès; en 1870, année la plus meurtrière, 7511 varioles, 1643 décès; en 1872 enfin, 172 cas et 36 décès.

Il ressort immédiatement de ce tableau que le petit nombre des cas d'une affection épidémique n'implique en aucune façon la bénignité de cette épidémie. En effet, en 1870, année de grande épidémie, la mortalité est 21 pour 100, et en 1872, l'année la plus heureuse au point de vue de la variole, la mortalité reste encore au chiffre élevé de 20 pour 100.

Fièvres intermittentes. — Assez fréquemment observées dans les hôpitaux militaires. A l'hôpital du Gros-Caillou, M. Libermann a eu à traiter 65 cas; plus de la moitié étaient des cas de récidives de fièvres contractées dans les camps, aux environs de Paris. Un tiers des cas a pris naissance dans les *baraquements du Champ-de-Mars* et à l'École militaire. Cette fréquence insolite des fièvres dans ces parages s'explique par les remuements de terrain qui ont suivi l'Exposition de 1867 et par les travaux de nivellement. Dans tous ces cas récents de fièvre, la rate n'était nullement hypertrophiée, et le sulfate de quinine amenait rapidement la guérison.

Affections des voies digestives. — Rien d'important à noter. Les maladies saisonnières ont revêtu le caractère de bénignité générale. Les diarrhées cholériformes, assez fréquemment observées, sont restées sans gravité le plus souvent.

Affections puerpérales. — Tandis que tous les groupes morbides subissent une atténuation toute particulière, les accidents puerpéraux, comme les affections diphthéritiques, continuent à fournir une mortalité élevée, malgré toutes les précautions dont on s'entoure. La mortalité moyenne des neuf premiers mois de 1872 a été de 5,28 pour 100, tandis que pour 1870 elle n'avait été que de 2,83 pour 100.

— M. *Beaumetz*, poursuivant ses recherches sur les altérations que subissent les tubes de caoutchouc en contact avec des solutions iodées, expose aujourd'hui les résultats de ses expériences avec des liquides iodés *iodurés* à des titres divers. Les solutions d'iodure de potassium pur n'altèrent pas le caoutchouc, mais quand il s'agit de liquides iodés iodurés, on voit se produire les mêmes détériorations que lorsqu'on opère avec des liquides iodés sans iodure. Des tubes ont été plongés dans des solutions diverses, dans lesquelles les proportions d'iode et celles de l'iodure sont en raison inverse les unes des autres, et tous ont été altérés. L'iode seul agit, et la présence d'iodure en plus ou moins grande quantité ne modifie en rien les résultats de la macération sur les tubes.

Un second point à élucider était celui-ci : la teinture d'iode des hôpitaux (iode, 10 parties; alcool, 120 parties) agit-elle plus activement quand elle est vieille, c'est-à-dire quand il s'y est formé de l'acide iodhydrique? M. Beaumetz a fait des expériences comparatives avec de la teinture pure et fraîchement préparée, et avec des solutions d'acide iodhydrique : les résultats sont restés sensiblement les mêmes avec les deux liquides.

Cette altération du caoutchouc par les liquides iodés était déjà connue, car M. Boinet a renoncé à cause d'elle aux tubes de caoutchouc et les remplace depuis longtemps par des sondes de gutta-percha vernies.

— M. *Féréol* montre à la Société deux moules, artistement faits par M. Baretta, représentant à deux époques différentes l'état de la langue du malade tuberculeux dont il a donné l'observation il y a trois mois. C'était, on s'en souvient, un cas d'ulcère tuberculeux de la langue, ainsi que le supposait M. Féréol, et ainsi que la suite des accidents et enfin l'examen microscopique après autopsie l'ont démontré.

Sur la pièce, on constate tous les caractères macroscopiques types des ulcères tuberculeux de la langue.

Le larynx et l'épiglotte offraient aussi des ulcérations de même nature. Bien que M. Isambert ait nié la nature tuberculeuse des ulcères de l'épiglotte, on ne peut méconnaître que ceux-ci ont le même aspect que les ulcères linguaux. MM. Ranvier et Thaon ont fait des préparations microscopiques où l'on retrouve les éléments des lésions tuberculeuses.

En terminant, M. Féréol se demande si le malade ne s'est pas auto-inoculé le tubercule en avalant sans cesse le pus sécrété par ces ulcères de la langue. En fait, la phthisie pulmonaire et la cachexie étaient à peine reconnaissables quand le malade entra à l'hôpital.

M. *Libermann* reconnaît, avec M. Féréol, qu'il n'y a rien de surprenant à voir des ulcérations tuberculeuses se former sur l'épiglotte.

M. *Cornil*, tout en acceptant que le cas de M. Féréol représente un type d'ulcères dits tuberculeux de la langue, croit que ces lésions ne portent pas en elles la granulation tuberculeuse vraie, petite masse arrondie, nette, dont le centre est en dégénérescence caséeuse, pas plus qu'elles ne s'accompagnent d'oblitérations vasculaires. D'après ce qu'il a vu, M. Cornil dit qu'on ne rencontre dans ces ulcères que des bourgeons charnus et une prolifération des cellules embryonnaires.

— M. *Isambert* présente pour la seconde fois un jeune malade atteint d'angine scrofuleuse (scrofulide granuleuse).

— M. *Dieulafoy* lit un mémoire sur *l'aspiration des liquides épanchés dans le péricarde*. Après avoir fait un court historique de la ponction du péricarde, il fait ressortir les avantages qu'auraient les appareils aspirateurs pour vider la séreuse, et il cite trois observations, qui ne lui sont pas personnelles il est vrai. Dans les trois cas, il s'agissait de vastes épanchements qui menaçaient directement la vie : des ponctions furent faites avec succès avec la pompe aspiratrice.

La partie la plus originale du travail de M. Dieulafoy consiste en des recherches et en des expériences faites sur le cadavre, dans le but de préciser le degré de dilatation que peut atteindre le péricarde distendu par un épanchement, et le point culminant vers lequel doit être faite la ponction sans danger de blesser le cœur. M. Dieulafoy a montré que le péricarde était susceptible de se dilater énormément et de contenir, sans se rompre, jusqu'à 3 litres de liquide, et, de plus, que le point le plus favorable pour la ponction était au niveau de la partie interne du quatrième espace intercostal.

Il insiste sur le procédé opératoire et sur le maniement des aiguilles-trocarts combinées avec l'appareil aspirateur.

La Société nomme une commission composée de MM. *Roger*, *Potain* et *Moutard-Martin*, pour faire un rapport sur ce mémoire. On discutera sur la question à propos du rapport.

La discussion promet d'être intéressante.

A. Legroux.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'action du phosphore sur l'organisme, étude expérimentale par le docteur G. Wegner.

Tandis que l'étude des effets toxicologiques du phosphore a été établie sur des recherches fort nombreuses, nous ne connaissons presque rien de l'action du phosphore employé à dose médicamenteuse; les tentatives de Gubler, Moutard-Martin, Beaumetz, Pidoux, Gueneau de Mussy, Ferrand, ne nous démontrent pas que les effets du phosphore comme médicament puissent être, dans l'état actuel de la science, considérés comme mis en évidence. Le travail de Wegner, basé sur des recherches expérimentales, doit attirer l'attention des thérapeutistes sur des résultats qui seront sans doute l'objet de vérifications.

Le point de départ des recherches de l'auteur a été une particularité d'un fait clinique observé par lui sur un individu ayant travaillé à la fabrication des allumettes, et qui fut amputé de la cuisse pour une fracture compliquée. Le docteur Wegner fut frappé, d'une part, de l'épaississement et de l'adhérence du périoste au moment de l'opération et, d'autre part, de la rapidité de la nécrose et de l'ostéo-myélite qui suivirent l'opération. Il pensa que l'intoxication phosphorée chronique pouvait produire dans tout le système osseux des altérations importantes, et il fut ainsi conduit à rechercher les phénomènes produits chez les animaux par l'intoxication phosphorée chronique. Administrant à des lapins, des chats, des chiens, le phosphore sous forme de pilules, ou leur en faisant respirer

les vapeurs, il a constaté les effets produits sur l'estomac et le foie, puis sur le système osseux.

Le phosphore, à l'état pilulaire, ne produit pas de troubles gastriques lorsqu'on emploie de faibles doses: mais à plus fortes doses ou par des doses longtemps continuées, le phosphore produit des phénomènes très-importants; la muqueuse est hypérémiée, elle devient le siége d'infarctus, des hémorrhagies se produisent, enfin apparaissent des ulcérations; par des doses faibles longtemps continuées, la muqueuse gastrique se tuméfie, acquiert une épaisseur deux ou trois fois égale à la normale, elle est indurée et d'une coloration brunâtre. Le microscope y montre des dépôts de matière pigmentaire dans les membranes et dans les glandes.

Les altérations du foie se développent parallèlement aux précédentes; dans l'intoxication chronique, les altérations portent non pas seulement sur les cellules, mais au contraire sur le tissu interstitiel; il en résulte, lorsque le phosphore a été administré pendant plusieurs mois, une véritable cirrhose du foie, avec atrophie de l'élément glandulaire et induration du tissu interstitiel. L'auteur, dans une figure, reproduit un exemple très-décisif de cette lésion.

L'action sur le système osseux a été étudiée par deux procédés distincts : dans l'un, Wegner faisait agir les vapeurs de phosphore directement sur le périoste; dans l'autre, il donnait des doses faibles de cette substance.

L'action locale des vapeurs de phosphore lui a fait obtenir des périostites et des nécroses phosphorées du maxillaire chez des lapins renfermés dans une atmosphère contenant des vapeurs phosphorées; de plus produisant des blessures à la région tibiale, il a observé de la périostite à la surface du tibia; il semblerait ainsi démontré que les vapeurs agissent à la fois localement sur les os, mais aussi que la nécrose phosphorée peut, indépendamment de toute irritation locale, être le résultat de l'intoxication générale.

L'action du phosphore sur le système osseux est produite par des doses faibles sous forme pilulaire; des doses qui n'altèrent pas l'estomac peuvent encore produire des lésions dans la nutrition des os. Ces lésions sont caractérisées par la production exagérée du tissu osseux au niveau des cartilages épiphysaires, par la diminution de l'espace médullaire, en résumé par une surabondance de la production du tissu compacte, surtout évidente dans les épiphyses, mais démontrée par le microscope sous la surface périostée. Un fait remarquable est que le rapport des substances organiques et inorganiques dans les os n'est pas sensiblement modifié.

Le docteur Wegner, après avoir longuement discuté les diverses explications qu'on pourrait donner de ces phénomènes, conclut que le phosphore administré à petites doses produit une intoxication chronique caractérisée par une altération du sang résultant de la présence du phosphore dans cette humeur, et qui agirait d'une manière spéciale sur les tissus ostéogènes, déterminant une formation exagérée de tissu compacte aux points où normalement ce tissu se forme.

Les doses employées par l'auteur étaient très-faibles pour obtenir une modification dans le développement du tissu osseux; il n'employait par jour, chez le lapin, que 1 milligramme et demi, 3 milligrammes chez le chien. (*Archiv für pathol. Anat. u. Phys. u. f. klin. Medicin*, 45 Bd., 1 u. 2 Heft, 1872.)

Sur les phénomènes histologiques produits par l'emploi de la teinture d'iode à la surface cutanée, par le docteur MAX SCHEDE.

L'auteur, étudiant l'action de certaines substances irritantes sur la peau, telles que le nitrate d'argent, la cantharide, s'est principalement occupé de l'action de la teinture d'iode, parce qu'elle offre un moyen de développer sur la peau une inflammation qui n'arrive pas jusqu'à la suppuration. Les applications de teinture d'iode ont été faites sur l'oreille des lapins. Les premiers phénomènes produits immédiatement sont l'élargissement et la turgescence des vaisseaux sanguins. Cette congestion existe surtout dans les veines; elle peut être portée à un tel degré, lorsque l'application d'iode est répétée, que des portions de l'oreille sont gangrenées. Dans les cas d'irritation moindre, il se produit, à la suite de la congestion, une infiltration des tissus par le plasma du sang. Excisant des portions de la plaie de quatre à six heures après l'application de l'iode, l'auteur leur a trouvé une épaisseur égale à quatre ou six fois celle de la peau normale, et sur des coupes fines on voit les tissus infiltrés par le plasma, si les préparations sont durcies, celui-ci est représenté par une substance trouble finement granulée, qui infiltre les éléments et leur donne une opacité qui rend les recherches très-difficiles. Cet œdème inflammatoire atteint son maximum en six heures, et après vingt-quatre heures il a disparu à ce point que les préparations ont alors leur transparence habituelle.

En outre, on trouve d'autres altérations. Déjà, au bout de deux heures, on aperçoit de nombreux éléments lymphoïdes (leucocytes), principalement au voisinage des veines et des capillaires, leur nombre s'accroît rapidement, et au bout de trois à quatre heures on trouve les veines et les capillaires enveloppés d'un manchon de globules blancs du sang.

Ces globules blancs ou les corpuscules lymphoïdes qui ne peuvent en être distingués s'accroissent en volume, leur contenu semble se segmenter en prenant des formes bizarres, et, en cinq ou six jours, ils paraissent s'être métamorphosés en corpuscules fixes de tissu conjonctif. Ces nouveaux éléments se développent pendant quelques jours, il en résulte un épaississement du tissu conjonctif; mais au bout d'une quinzaine de jours les éléments de formation nouvelle deviennent granuleux, graisseux et sont résorbés.

En résumé, la teinture d'iode produit la congestion, l'œdème inflammatoire, l'accumulation des leucocytes en dehors des vaisseaux, la formation de corpuscules de tissu conjonctif nouveaux et parcourant rapidement leur évolution pour disparaître par régression graisseuse. (*Archiv für Klin. Chirurg.*, XV Bd., 1 Heft., 18 fr.)

Travaux à consulter.

SUR LA RÉSORPTION DU CAL, par le docteur H. LOSSEN. — Rappelant et discutant les travaux de Dupuytren, Billroth, Volkmann, etc., l'auteur conclut de ses recherches que la résorbtion du cal représente une ostéite raréfiante chronique, dans le sens histologique de ce processus; celle-ci a pour caractères, d'une part l'élargissement du canal médullaire et d'autre part une nouvelle formation de canaux vasculaires qui peuvent être considérés suivant leur mode d'apparition et leurs fonctions, comme des vaisseaux de résorbtion. En même temps, il se produit une ostéite ossifiante qui, débutant par le tissu médullaire, reconstitue un os nouveau, et forme ainsi le cal définitif. (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Phys.*, Bd. 55, I, II Heft.)

BACTÉRIES DE LA LYMPHE VACCINALE. — LES MICROSPHÈRES, le docteur COHN. — Reprenant les recherches de Kéber, Hallier et Züm, l'auteur conclut qu'il y a lieu de définir et de désigner sous un nom particulier les organismes contenus dans la lymphe vaccinale, et tour à tour décrite comme micrococcus, corpuscules du vaccin, bactéries ponctuées ou cylindriques; il les considère comme appartenant à la classe des schizomycètes ou organismes végétaux de la forme la plus simple, se développant sans production du mycélium; il les nomme Microsphæra ou Kugelbactérie (Bactéries globuleuses), famille des Schizomycètes, groupe des Bactéries. Ce sont des cellules incolores, très-petites, arrondies ou sphéroïdes, ordinairement immobiles, formant par leur division ou leur étranglement des amas de 2, 4, 8 ou plus en forme de croissants; se groupant irrégulièrement et formant des amas de cellules ou des colonies nombreuses, ou semblant réunies par une substance glutineuse. Les microsphères serviraient de moyen de transport des propriétés virulentes de la lymphe variolique. (Voy. à ce sujet la *Gaz. hebdomadaire* de 1868, p. 235, et 1869, p. 610, et le travail de M. Chauveau 1868.) (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Phys.*, 45 Bd., I, II Heft, 1872.)

Ulcères tuberculeux de la bouche, par H. Reverdin. — L'auteur cite un exemple observé à la clinique de Bœckel, d'ulcérations tuberculeuses de la langue, chez un homme atteint de tubercules pulmonaires. Ce fait serait à ajouter à ceux que le docteur Juillard a publiés, mais il lui manque la consécration de l'autopsie ou tout au moins d'une observation prolongée. (*Gaz. médic. de Strasbourg*, 1er juin 1872.)

Œsophagotomie pratiquée pour un corps étranger arrêté au niveau d'un rétrécissement, par Billroth. — Il s'agit d'un enfant de six ans qui avait avalé un an auparavant une solution de potasse. Il avait été traité par la dilatation et pouvait prendre des liquides et des bouillies. Il avala un bouton qui s'arrêta au niveau de la poignée du sternum. Billroth pratiqua l'œsophagotomie avec la sonde de Vacca comme conducteur, l'incision fut de 1 centimètre, le bouton fut extrait avec une pince à polypes coudés, la plaie guérit en huit jours. Billroth avait publié, en 1870, un fait analogue; dans un autre cas semblable où l'œsophagotomie n'a pas été faite, l'enfant est mort. Ces faits prouvent en faveur de l'œsophagotomie. (*Archiv für klin. Chirurgie*, 13 Bd. 3 H., et *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er juin 1872.)

Recherches histologiques sur la guérison des fractures aux différents ages, par le docteur Nikolsky. — L'auteur a cherché à établir les différences histologiques que présente la formation du cal chez les individus jeunes et les vieillards, mais il n'a examiné que des animaux : lapins, cobayes, chiens, poules ; il est arrivé aux résultats suivants : Dans la formation du cal chez les animaux jeunes, on peut distinguer trois périodes : la première est caractérisée par la production d'un tissu granuleux ; la seconde par la transformation fibreuse de ce tissu ; la troisième par la production d'ostéoblastes ; chez les animaux vieux, les mêmes périodes se retrouvent, mais elles durent plus longtemps, et, en définitive, l'ossification manque souvent et il se produit une fausse articulation. Ces faits expérimentaux confirment les résultats de la clinique. L'auteur s'appuie sur quarante expériences. (*Archiv für pathologische Anatomie u. Phys.*, 45 Bd., 1 u. 2 Heft.)

Sur les hémorrhagies dans les uretères et les bassinets dans la variole, par le docteur C. Unruh. — L'auteur rapporte les résultats de 212 autopsies ; l'épanchement de sang a été trouvé 28 fois, c'est-à-dire dans 13,2 pour 100 des cas mortels. L'hémorrhagie se produit dans la muqueuse et dans la paroi musculaire de ces organes. Ces faits prouvent que dans la variole maligne, il faut observer à l'autopsie tous les organes, et qu'un examen complet produit toujours des résultats intéressants. (*Archiv der Heilkunde*, 2 septembre 1872, 13e année, 4 et 5 livr.)

Recherches sur la structure des veines normales et variqueuses, par le docteur S. Soboroff. — Étude histologique très-complète et renfermant des indications bibliographiques nombreuses, (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, 45 Bd., 2 u. 3 Heft, 1872.)

Du développement des capillaires étudié dans le corps vitré embryonnaire, par Julius Arnold. — L'auteur conclut de ces nouvelles recherches ajoutées à celles qu'il a déjà publiées sur le développement des capillaires dans la queue des têtards et dans la cornée enflammée, que le processus de formation des capillaires est le même dans ces diverses conditions. Les vaisseaux nouveaux ont pour point de départ les cellules endothéliales, c'est-à-dire l'épithélium des vaisseaux. Ces cellules produisent un protoplasma aux dépens duquel se forment des prolongements qui, se réunissant, constituent des sortes de cordons ou canaux pleins, qui plus tard se creusent, s'entourent de cellules et forment en définitive des canaux entourés d'une paroi mince renfermant des noyaux nombreux. Ces observations confirment celles de Robin, avec lesquelles elles offrent la plus grande analogie dans les résultats obtenus.

J. Arnold indique un procédé nouveau pour l'examen microscopique de l'humeur vitrée. (*Archiv für path. Anat. und Phys.*, 45 Bd., 3 Heft, 1872.)

Sur l'artère thyroïdienne profonde, par le docteur Wenzel Gruber. — L'auteur décrit les faits nouveaux d'origine anormale de la mammaire interne, et les compare à ceux qui ont été décrits par différents auteurs. Dans le premier cas, la mammaire interne naît de l'arc de l'aorte, anomalie vue par Cassebahm et par Meckel; dans le second, la mammaire naît de la sous-clavière ; dans le troisième cas, le tronc thyréo-cervical et la mammaire interne naissent séparément de la partie externe de la sous-clavière ; dans le quatrième cas, la mammaire naît d'un tronc thyréo-cervical issu de la portion externe de la sous-clavière. Dans le même volume des Archives, le docteur Gruber a publié des exemples nombreux d'anomalies musculaires et vasculaires. (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Phys.*, 45 Bd., 4 Heft.)

Un cas d'épistaxis menstruelles, par le docteur Otto Obermeier. — Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans qui n'a jamais été réglée, mais qui avait depuis l'âge de quinze ans des épistaxis mensuelles ; elle eut une grossesse pendant laquelle les épistaxis cessèrent, pour reprendre leur apparition régulière six semaines après l'accouchement. Ce fait constitue un des exemples les plus remarquables d'hémorrhagies supplémentaires. (*Archiv f. pathol. Anat. u. Phys.*, 45 Bd., 3 Heft, 1872.)

Un cas d'abcès du poumon avec emphysème sous-cutané généralisé, par le docteur H. Senator. (*Archiv f. pathol. Anat. u. Phys. und für klinische Medicin.*, 45 Bd., 1 Heft.)

Sur les variations d'origine de l'artère mammaire interne et du tronc thyréo-cervical, par le docteur Wenzel Gruber (de Saint-Pétersbourg).

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né, par le docteur Eugène Quinquaud, ancien interne lauréat des hôpitaux. — (In-8° de 276 pages, avec 17 planches lithographiées dans le texte. — Delahaye, 1872.)

De la fièvre puerpérale et de la réforme des Maternités, par le docteur Léon Billet. (In-8°, 89 pages. J. B. Baillière, 1872.)

Ne pouvant passer en revue chacun des nombreux chapitres qui composent le long travail de M. Quinquaud, plein d'observations consciencieusement recueillies, de recherches uroscopiques, thermométriques et microscopiques, minutieusement faites, d'indications bibliographiques aussi savantes qu'étendues, mais dont la forme aride en rend parfois la lecture pénible, nous nous bornerons à résumer les traits principaux de cette monographie imposante que l'auteur désigne sous ce titre aussi modeste que nouveau : Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né.

Réservant le mot *puerpéral* à l'état physiologique de la nouvelle accouchée, dont les suites de couches sont normales, il comprend sous le nom de *puerpérisme* l'ensemble des états pathologiques auxquels la puerpéralité prédispose. Dans ce groupe nosologique si vaste et si complexe, ce sont les formes infectieuses qui ont fixé plus spécialement son attention et qu'il s'est surtout proposé de décrire dans son travail où il s'est efforcé, dit-il, d'être exact et concis. Cette dernière épithète semblerait impropre à en juger par les 276 pages qui composent son œuvre, si l'on ne tenait compte de l'immensité même du sujet qu'il aborde et du soin minutieux qu'il a apporté dans cette étude entreprise sous les auspices de son savant maître, M. le docteur Lorain.

Il est aisé de reconnaître, en effet, à chaque page de ce travail, quel en a été à la fois l'instigateur et le guide.

Nous ferons grâce à nos lecteurs des cent trente noms propres qui servent d'introduction à cette monographie aussi bien que des six cent trente-quatre autres qui la terminent. Cette simple mention suffit assez pour donner une idée de la prodigieuse somme de travail dépensée par notre infatigable collègue pour l'élaboration de cette œuvre, puisqu'on peut évaluer à plus d'une année de lecture assidue le temps nécessaire pour parcourir l'ensemble des mémoires, traités et opuscules dont la seule liste ne remplit pas moins de 27 pages!

Après avoir payé notre tribut d'admiration à ces patients et laborieux efforts qui ont dû coûter tant de veilles, voyons maintenant quel en a été le fruit.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur examine l'état physiologique de la nouvelle accouchée, en prenant pour base ces trois éléments : le pouls, la température et la sécrétion urinaire, dont les données numériques servent à apprécier et à chiffrer pour ainsi dire cet état.

La *courbe générale de la température* chez une nouvelle

accouchée montre une première période faiblement ascendante et une deuxième presque horizontale avec de légères oscillations.

La *courbe du pouls* présente deux modalités : tantôt légère ascension dès la troisième ou la quatrième heure après l'accouchement, puis dépression et ralentissement ; le pouls remonte ensuite vers le cinquième ou le sixième jour ; tantôt il devient lent après le part, mais le troisième jour il augmente de fréquence.

La *densité de l'urine* est diminuée pendant le premier et le second jour (1010-1018), à moins qu'il ne soit survenu de la fièvre pendant l'accouchement. Elle augmente les jours suivants (1022).

Sa quantité est très-abondante dans les premières vingt-quatre heures (1600 grammes en moyenne), puis elle varie de 700 à 1200 grammes.

Les nouvelles accouchées chez lesquelles on ne constate pas de mouvement fébrile pendant le travail excrètent après l'accouchement moins d'urée qu'à l'état normal (20-22 grammes); chez les femmes qui ont eu un mouvement fébrile durant le travail, l'urée est augmentée (38 grammes). Le deuxième jour après la parturition, l'urée s'accroît; le troisième jour elle peut dépasser 30 grammes. Dans les cas où il n'y a pas de fièvre, dès le quatrième jour, si la femme a beaucoup de lait, si l'enfant tette bien, la quantité d'urée est diminuée, elle peut descendre à 19 grammes en vingt-quatre heures.

La courbe des chlorures suit exactement celle de l'urée, c'est-à-dire qu'il y a : le premier jour, diminution; les deuxième et troisième, augmentation ; le quatrième, état stationnaire; les jours suivants, diminution si la femme allaite ; si elle ne donne pas le sein et s'il survient un engorgement laiteux, les quantités d'urée et de chlore sont augmentées.

Selon M. Quinquaud, il n'y a pas, à proprement parler, de *fièvre de lait*, attendu que les deux éléments de la fièvre, chaleur et urée, ne sont pas augmentés en même temps. Avec les données scientifiques modernes, pour qu'il y ait fièvre, il faut qu'il y ait plus de chaleur qu'à l'état normal, avec augmentation d'urée ou accroissement des matières extractives. Or, l'auteur, dans ses recherches personnelles, a bien observé une augmentation d'urée, mais sans élévation de température.

Le second chapitre est consacré à la *fièvre puerpérale traumatique*, c'est-à-dire à la réaction fébrile qui survient peu de temps après l'accouchement et qui se distingue du puerpérisme infectieux en ce qu'il n'existe aucune altération ni du péritoine, ni des veines, ni des organes éloignés. Cette fièvre traumatique serait surtout en rapport avec la réaction phlegmasique qui accompagne la cicatrisation de la plaie utérine. Ses principaux caractères sont les suivants : Début à la fin du deuxième jour ou au commencement du troisième, absence de frissons et de vomissements, fréquence modérée du pouls (112-116), tracé thermique formant un angle aigu ou légèrement obtus, dont le sommet ne dépasse guère 39°,5. Dans la fièvre traumatique puerpérale, au moment où les courbes du pouls et de la température deviennent ascendantes, il survient une augmentation dans l'excrétion de l'urée (29, 32, 36 grammes, au lieu de 24 à 26 grammes, chiffre de la moyenne physiologique) et du chlore (10 à 14 grammes au lieu de 6 à 8 grammes). M. Quinquaud relève à cette occasion une erreur échappée aux auteurs allemands, et entre autres à Neubauer et Vogel, qui disent que dans tout mouvement fébrile il y a augmentation de l'urée et diminution du chlore. Autre point important à indiquer, c'est que l'urée augmente alors qu'il n'existe pas de fièvre, et elle peut s'élever à 34, 38 grammes pendant quatre ou cinq jours dans la période de convalescence chez la nouvelle accouchée.

Dans un troisième et important chapitre, l'auteur étudie le *puerpérisme infectieux* et ses nombreuses modalités qu'il range par ordre décroissant de fréquence de la façon suivante : péritonite, lymphangite, phlegmon diffus, érysipèle, pleurésie, phlébites périphériques, gangrène, scarlatinoïde, méningite, endocardite, dégénérescence aiguë du foie et des reins. Si, au lieu de puiser uniquement dans ses propres observations, l'auteur avait établi sa statistique sur les faits publiés dans la science et en particulier sur le travail de Westphal, dont il n'est même pas fait mention dans l'Index bibliographique, il est probable que la classification précédente aurait subi de notables modifications, et que certaines manifestations de ce qu'il nomme le puerpérisme, telles que l'endocardite et la phlébite, auraient occupé un rang plus élevé et seraient venues se placer immédiatement après la péritonite et la lymphangite. Ce n'est pas non plus sans étonnement que nous avons constaté l'absence complète de la métrite dans cette étude trop détaillée, pour ne pas nous donner le droit de nous montrer peut-être un peu sévère vis-à-vis de son auteur. C'est cependant l'utérus qui est le point de départ de l'infection, c'est là, comme le fait très-judicieusement observer notre excellent collègue et ami M. d'Espine, dans son remarquable travail sur la septicémie puerpérale (*Archives génér. de médecine*, février, mai, août 1872), « c'est là qu'il faut chercher l'origine du poison et les conditions spéciales qui favorisent son absorption dans les vaisseaux pour suivre ensuite ses effets locaux et généraux sur l'économie ». Cette proposition n'exclut pas la possibilité d'une source d'infection étrangère à la femme, soit par le contact direct et palpable (contagion par le doigt), soit par le contact de l'air absorbé dans l'utérus et chargé de particules septiques (septicémie hétérochthone). Tel est le point de pathogénie que M. d'Espine a si bien mis en lumière et que M. Quinquaud nous semble avoir trop laissé dans l'ombre ; il est regrettable, en effet, que le paragraphe que ce dernier a consacré à la théorie de l'infection puerpérale soit à la fois si court et si diffus. Il fait en revanche clairement ressortir la relation de cause à effet qui existe entre le milieu insalubre créé par la réunion dans le même local d'un grand nombre de femmes en couches et la production des accidents fébriles variés et des épidémies d'infection puerpérale. Aussi pose-t-il cette conclusion nécessaire, qui s'impose à l'esprit du médecin justement préoccupé des moyens les plus propres à prévenir la production de ces redoutables foyers épidémiques, c'est-à-dire : la suppression des grandes Maternités et la dissémination des femmes en couches, thèse que nous venons de voir émise et soutenue avec ardeur dans le travail de M. Billet.

Mais revenons au puerpérisme infectieux. Il peut se montrer sous deux formes, qui ne sont en réalité que deux degrés de la même maladie : on peut voir apparaître dans le cours d'une même année, ou d'une même épidémie, la *petite* et la *grande infection*, pour nous servir des propres termes de M. Quinquaud, c'est-à-dire la forme bénigne des accidents puerpéraux donnant lieu à des accès infectieux suivis de guérison, et la forme grave se terminant par la mort.

Le puerpérisme infectieux, ou infection puerpérale, peut frapper les enfants comme les mères et se manifester chez eux par des lésions tout à fait analogues aux affections maternelles. Cette proposition, que M. Lorain a défendue en 1855 avec autant d'habileté que de talent dans sa thèse inaugurale, reprise aujourd'hui par son élève, fait le sujet de la seconde partie de son travail. L'auteur, après avoir consacré un court mais intéressant chapitre à l'*état physiologique du nouveau-né*, apprécié à l'aide de la méthode des pesées successives et des données numériques fournies par le pouls, par la température et par la sécrétion urinaire, examine les formes du *puerpérisme infantile*, qui présente tous les degrés signalés dans le puerpérisme des mères : tantôt les accidents sont foudroyants, tantôt bénins et suivis de guérison. Chez les nouveau-nés, on observe principalement la péritonite, l'érysipèle, la gangrène, le phlegmon, la phlébite, la pleurésie, la méningite et l'infection purulente, et la similitude des manifestations pathologiques de la mère et de l'enfant justifie donc pleinement l'opinion de Trousseau, qui considérait l'érysipèle des nouveau-nés comme une forme de fièvre puerpérale, et l'ingé-

nieuse théorie émise par M. Lorain peut se résumer tout entière dans ces termes : « L'ombilic est au nouveau-né comme l'utérus est à la mère; de là résulte pour la mère et l'enfant une condition, un état identiques. »

— La question des Maternités est déjà posée depuis plus de quarante ans, et de tous les points du globe s'élèvent des voix autorisées qui réclament et protestent contre le système meurtrier des hôpitaux d'accouchements. C'est cette importante question d'hygiène nosocomiale que l'auteur a voulu reprendre, et l'on doit lui savoir gré d'avoir abordé ce grave sujet qui intéresse si vivement la société, et d'avoir osé poursuivre une tâche que des hommes aussi éminents que dévoués avaient déjà vainement essayé de remplir. Certes, l'audace est grande, comme le dit lui-même M. Billet, de venir battre en brèche une institution que le peuple est habitué à considérer comme une des plus belles créations de la charité publique, de dire que ces édifices construits à grands frais, aux façades riches et élevées, que ces salles spacieuses, aux larges fenêtres et suffisamment ventilées, aux parquets d'une irréprochable propreté, que ces lits, ces rideaux, ces draps blancs, ces mille soins qui entourent les nouvelles accouchées, que toutes ces choses enfin que le pauvre ne trouve pas chez lui et que les offrandes du riche lui procurent, sont dangereuses. C'est que la façon de donner vaut mieux que ce que l'on donne. C'est qu'à certains moments, dans ces Maternités, apparaît un fléau insaisissable et terrible contre lequel viennent échouer tous les efforts de la thérapeutique; contre lequel les procédés d'aération, de ventilation, les soins de propreté même, sont impuissants, et dont les effets ne peuvent être conjurés que par une réforme radicale. C'est l'accumulation et l'encombrement des malades qui créent le mal. C'est donc à ces deux causes que doit s'attaquer le remède.

Tel a été le problème que l'auteur s'est efforcé de résoudre, et nous indiquerons bientôt les solutions qu'il propose.

Après avoir tracé une esquisse rapide de la fièvre puerpérale au point de vue de la contagion, de l'infection et de l'épidémicité, il consacre un intéressant chapitre à l'étiologie de cette maladie où se trouve exposée en détails l'hypothèse des germes contagieux. Puis il passe successivement en revue les différents systèmes de services d'accouchements qui existent en France et à l'étranger, les réformes qui ont été proposées ou exécutées pour obvier à l'apparition de la maladie, et l'effrayante mortalité qu'elle entraîne dans les Maternités; il termine cette intéressante étude par l'exposé des moyens qui lui semblent les plus sûrs pour arrêter les ravages de ce terrible fléau. Les mesures qu'il propose pourront paraître radicales aux yeux des réfractaires et des endurcis, mais elles s'appuient, d'une part, sur des faits si probants, et d'un autre côté, elles sont si conformes aux conclusions posées par MM. Tarnier, Lorain et L. Le Fort dans leurs remarquables travaux sur la matière, qu'il est impossible d'en contester la justesse et d'en méconnaître la nécessité.

Voici les réformes indiquées par le docteur Billet :

1° Supprimer les grandes Maternités et en faire des hôpitaux généraux.

2° Conserver dix lits ou plutôt dix chambres particulières dans chaque hôpital général, pour les femmes qui, étant entrées à l'hôpital, y accouchent dans le courant de leur maladie, et pour celles chez qui un accouchement difficile réclame l'intervention obstétricale.

3° Créer dans chaque circonscription des bureaux de bienfaisance de chaque arrondissement, six lits, confiés à des médecins accoucheurs désignés. Ces petites Maternités seraient desservies par une sage-femme du quartier et par les sœurs du bureau de bienfaisance.

4° Créer également dans la banlieue, pour les besoins des communes environnant Paris, de petites Maternités de six à dix lits, administrées comme les précédentes;

5° Conserver la dernière et utile création des accouchements chez des sages-femmes désignées par l'administration et donner plus d'extension à cette mesure.

6° Établir sur une grande échelle le système des accouchements à domicile (polycliniques dirigées par des médecins des hôpitaux). Partout les élèves des hôpitaux seraient admis comme aides, afin de faire la part des études obstétricales et de donner plus d'extension à cet enseignement.

Nous ne pouvons nous empêcher de reproduire ici textuellement les propres paroles de l'auteur qui reflètent la plus vivante et la plus fidèle image de la pensée qui l'anime et du but qu'il poursuit dans ce travail :

« De cette étude il ressort que le mépris des pauvres femmes en couches a trop longtemps duré; que trop longtemps un indigne système a comprimé les aspirations légitimes et étouffé les voix indépendantes des médecins qui ont pris en main la cause des indigentes. Nous avons été l'écho des voix éloquentes qui, depuis trente ans, ont protesté contre l'état de choses actuel ; espérons qu'un avenir prochain fera droit à de si justes réclamations. »

A force de tomber sur le roc, la goutte d'eau finit par le creuser; à force de faire voir le mal à ceux qui sont chargés des intérêts de la société, peut-être finiront-ils par le conjurer!

F. Labadie-Lagrave.

VARIÉTÉS.

Faculté de médecine de Paris.— M. Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, dans son cours, jusqu'à la fin de l'année classique 1872-1873, par M. Bouchard, agrégé près ladite Faculté.

— M. Dolbeau, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer, dans son cours, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1872-1873, par M. Cruveilhier, agrégé près ladite Faculté.

— M. Tillaux (Paul Jules), agrégé de la Faculté de médecine de Paris, est chargé du cours d'opérations et appareils à ladite Faculté, en remplacement de M. Denonvilliers, décédé.

— M. Ollivier, agrégé, est chargé du cours d'histoire de la médecine pendant le semestre d'hiver.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique à la Charité, vendredi 8 novembre, à neuf heures, et le continuera trois fois par semaine.

— M. le professeur Chauffard ouvrira son cours de pathologie générale le vendredi 8 novembre, à cinq heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le premier semestre de l'année classique 1872-1873, par M. Grynfelt, agrégé près ladite Faculté.

Institution d'un laboratoire au Collège de France. — Par un arrêté en date du 21 octobre 1872, il est institué, près la chaire de médecine expérimentale au Collège de France, un laboratoire d'histologie, dépendant de l'École pratique des hautes études (troisième section).

M. Louis Ranvier, docteur en médecine, est chargé des fonctions de directeur adjoint dudit laboratoire.

Société de médecine légale. — La Société reprendra ses séances le lundi 11 novembre courant, à trois heures et demie, à l'École de médecine (salle des thèses).

— M. le docteur Laborde, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours public et gratuit de *pathologie interne et de thérapeutique expérimentale*, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, le lundi 11 novembre, à deux heures, et le continuera les lundis et vendredis, à la même heure. — Programme : Les maladies du système nerveux. — Principes de thérapeutique et de posologie.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de *pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire*, le jeudi 14 novembre, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

— M. le professeur Béhier reprendra ses leçons de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 13 novembre 1872, à neuf heures et demie.

Les visites et interrogations au lit des malades ont lieu tous les jours à huit heures.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 28 octobre au 1er novembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 0. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 22. — Typhus, 0. — Érysipèle, 6. — Bronchite aiguë, 14. — Pneumonie, 42. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 11. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 11. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 235. — Affections chroniques, 289 (1). — Affections chirurgicales, 64. — Causes accidentelles, 15. — Total, 734.

Londres : Décès du 20 au 26 octobre 1872, 1381. — Variole, 6 ; rougeole, 4 ; fièvre scarlatine, 22 ; diphthérie, 9 ; croup, 16 ; coqueluche, 31 ; fièvre typhoïde, 22 ; érysipèle, 10 ; diarrhée, 32 ; bronchite, 204 ; pneumonie, 104.

Rome : Décès du 7 au 13 octobre 1872, 165. — Fièvre typhoïde, 10 ; variole, 1 ; rougeole, 2 ; diphthérie et croup, 8 ; bronchite, 6 ; pneumonie, 7.

Bruxelles : Décès du 20 au 26 octobre 1872, 79. — Fièvre typhoïde, 3 ; croup et angine, 2 ; bronchite et pneumonie, 7 ; entérite et diarrhée, 7.

(1) Sur ce chiffre de 289 décès, 155 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration, par le docteur Georges Dieulafoy. Brochure in-8. G. Masson. 1 fr.

Du diagnostic et du traitement des épanchements aigus et chroniques de la plèvre par aspiration, par M. le docteur Georges Dieulafoy. Brochure in-8. G. Masson. 1 fr.

Les eaux minérales naturelles alcalines lithinées, ferrugineuses et magnésiennes de Martigny-les-Bains, par le docteur A. Buez. 1 vol in-18. G. Masson. 2 fr. 50

Du chloral, Études cliniques et expérimentales ; recherches de ses antidotes, par MM. les docteurs Horand et Peuch, de Lyon. 1 vol. in-8. G. Masson. 3 fr.

Traité de pathologie interne et de thérapeutique, par F. de Niemeyer. 8e édition. Nouvelle édition française faite sur la huitième et dernière édition de l'ouvrage allemand modifié et augmenté. Seule traduction de la dernière édition allemande. 2 vol. gr. in-8. 1872. H. Lauwereyns. 20 fr.

Étude sur les races indigènes de l'Australie, par le docteur Paul Topinard. 1 vol. in-8. C. Masson. 3 fr.

Voyage aux îles Gambier, archipel de Mangariva (possessions françaises de l'Océanie), par M. Gilbert Cuzent. 1 vol. in-8, avec 6 planches. G. Masson. 3 fr. 50

Revue des sciences naturelles, publiée sous la direction de MM. E. Dubreuil et E. Heckel. Tome 1, n° 1. Asselin. Prix de l'abonnement annuel. 20 fr.

La *Revue des sciences naturelles* paraît tous les trois mois par livraisons de 80 à 100 pages.

On the Functional Diseases of the Renal, urinary and reproductive organs, with a General Review of urinary pathology, by D. Campbell Black, M. D. S. R. C. S. Edin. 1 vol. de 320 pages. London, 1872. J. A. Churchill.

The Graft Theery of Disease bing an application M. Darvin's hypothesis of pangenesis, to the Explanation of the Phenomena of the Zymotic Diseases, by James Ross, M. D. London, 1872. J. A. Churchill.

Du cancer de la langue, par le docteur Théophile Anger. Grand in-8, avec planches. Asselin. 3 fr.

Des plaies et de la ligature des veines, par le docteur Nicaise. Grand in-8. Asselin. 2 fr. 50

Des tremblements, par le docteur Charles Fernet. Grand in-8, avec planches. Asselin. 3 fr.

De l'apoplexie pulmonaire, par le docteur Duguet. Grand in-8. Asselin. 3 fr.

Du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide, par le docteur L. Lunier. 1872. In-8 de 10 pages. F. Savy. 1 fr. 50

Contribution à l'étude de quelques-uns des phénomènes de la rigidité cadavérique chez l'homme, par le docteur Hiderkorn. In-8, avec 33 pages de tableaux synoptiques. A. Delahaye. 2 fr. 50

La pleurésie purulente et son traitement, par le docteur Moutard-Martin. 1 vol. in-8. A. Delahaye. 4 fr.

De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques, par le docteur Charpentier. 1 vol. in-8. A. Delahaye. 3 fr.

Pansement des plaies chirurgicales, par le docteur Benjamin Anger. In-8. A. Delahaye. 3 fr. 50

Étude médico-légale. Des effets de la foudre sur l'homme ; lésions anatomiques observées sur le cadavre d'un foudroyé, par le docteur Fruchs. In-8. A Delahaye. 75 c.

Paralysies obstétricales des nouveau-nés, par le docteur Nadaud. In-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

De l'urine dans quelques maladies fébriles, par le docteur Hœpffner. In-8. A. Delahaye. 2 fr. 50

Épithélioma perlé ou margaritoïde de l'iris, par le docteur Monoyer. Note accompagnée d'une planche lithographiée. Gr. in-8 de 24 pages. Berger-Levrault, éditeur à Nancy et Strasbourg.

Étude sur le coup de chaleur, maladie des pays chauds, par le docteur Hestres. In-8. A. Delahaye. 2 fr. 50

De l'Eucalyptus globulus, par Debray. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

De l'ivrognerie et des moyens de la combattre, par le docteur Burill. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 14 novembre 1872.

Encore l'étiologie du typhus exanthématique (1).

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Messieurs,

Dans le cours des répétitions d'épidémiologie que je suis chargé de faire aux stagiaires du Val-de-Grâce, j'ai depuis longtemps, et surtout depuis la dernière guerre, émis des doutes sur la genèse spontanée du typhus, au moins pour les épidémies de ce siècle. Comme la même opinion vient d'être mise et soutenue avec talent à l'Académie, je crois pouvoir, sans présomption, présenter ici quelques considérations qui viennent à l'appui de cette thèse et ont trait à l'étiologie du typhus exanthématique en général.

Une esquisse rapide sur la distribution géographique de la maladie est indispensable, car elle jette déjà une certaine lumière sur son mode étiologique.

Le typhus est endémique dans certains pays de l'Europe, mais nulle part il ne l'est autant qu'en Irlande. Depuis près de deux siècles il couvre de calamités ce malheureux pays. Il y règne d'une façon permanente comme s'il était identifié avec la constitution des habitants qui le transportent partout où la misère les pousse. Depuis le commencement du dernier siècle, il ne se passe pas en moyenne une période de dix ans sans que l'endémie prenne, sous l'influence de circonstances accidentelles dont les plus ordinaires sont les mauvaises récoltes et la famine, les proportions d'épidémies terribles qui presque toujours se propagent aux principales villes d'Angleterre et d'Écosse où viennent affluer les émigrants irlandais pour l'Amérique, comme Glascow, Liverpool, Édinbourg, Birmingham, Londres. Stark a démontré que le typhus d'Écosse est toujours d'importation irlandaise. Si cette affirmation laisse encore quelques doutes pour l'Écosse, elle semble tout à fait certaine pour l'Angleterre.

L'endémicité du typhus se montre encore dans les provinces frontières de la Russie, de la Pologne, de l'Allemagne, et surtout dans la haute Silésie où les épidémies de 1831-1834, 1847-1848, ont révélé le caractère profondément endémique de la maladie, lié aux mêmes causes générales qu'en Irlande : la misère profonde, la nourriture insuffisante et impropre, les habitudes sociales et hygiéniques tout à fait arriérées de ces malheureux Slaves qui, il y a quelque trente ans, en étaient encore réduits à l'état de serfs du moyen âge. Le reste de l'Allemagne, la Suède, le Danemark et la France ne connaissent pas le typhus endémique.

Depuis la fin du dernier siècle, il a infligé souvent des épidémies sérieuses aux villes de l'Amérique du Nord, et au commencement de celui-ci, le « spotted fever » y a même acquis une extension presque pandémique. Dans l'immense majorité des cas, ces épidémies furent d'origine irlandaise. Wyme n'admet d'autre cause que l'importation à laquelle on a pu rattacher toutes les épidémies qui se sont succédé de 1817 à 1856, et qui presque toujours ont frappé les villes du littoral où viennent débarquer les émigrants irlandais; ceux-ci ont également transporté la maladie à plusieurs reprises dans les possessions anglaises du nord de l'Amérique. L'Amérique du Sud paraît en avoir été éprouvée plusieurs fois. Aux dates de 1576, 1736, 1762, 1811, 1813 se placent des épidémies formidables importées, dit-on, d'Europe par les Espagnols.

Il n'est cependant pas certain qu'il se soit toujours agi du typhus exanthématique dans ces diverses épidémies. Ce qu'il y a de positif, c'est qu'elles sévissaient ordinairement dans l'intérieur du continent, sur les hauts plateaux, au milieu des indigènes, de préférence aux étrangers. Il ne s'agissait donc pas d'une fièvre jaune, dont les caractères épidémiques sont absolument opposés aux précédents.

Ceci dit, passons aux considérations étiologiques proprement dites.

Le typhus est éminemment contagieux : ce serait banal d'insister sur ce fait sanctionné par les pertes du corps médical lors de chaque épidémie. Mais se développe-t-il et se propage-t-il toujours et exclusivement par le mode contagieux, à la façon des fièvres éruptives, ou peut-il en outre naître spontanément sous l'influence de circonstances susceptibles de créer de toute pièce la cause spécifique? En d'autres termes, quelle est la part de la contagion, quelle est celle de l'infection, c'est-à-dire de la genèse autochthone dans son développement et sa propagation? A cette question, aujourd'hui débattue, je réponds tout de suite que j'incline en faveur de la prépondérance du rôle de la contagion. Cette opinion a été soutenue récemment par Virchow, elle l'est depuis longtemps par Bancroft, Davidson, Budd et Watson. D'après l'enseignement classique, il n'y aurait cependant pas de fait mieux assis que celui de la genèse spontanée de cette maladie sous l'influence d'un concours de circonstances exceptionnelles, telles que l'accumulation d'un grand nombre d'individus dans un espace trop étroit, la misère, la famine, la malpropreté, la démoralisation, les maladies, etc. Cela est si vrai, qu'on a pu prévoir souvent l'explosion du typhus lorsque l'ensemble de ces conditions se trouvait réalisé.

Néanmoins, on pourrait tout aussi bien soutenir qu'elles ont simplement favorisé la transmission d'un germe préexistant; de fait, elles ne produisent pas *nécessairement* le typhus; maints exemples le prouvent. Les siéges de Metz et de Paris resteront certainement célèbres sous ce rapport; l'encombre-

(1) Les considérations que j'ai l'honneur de vous adresser sont à peu près le résumé d'une conférence faite au Val-de-Grâce dans le courant de l'été.

ment d'hommes sains et de malades, la famine, le froid, la démoralisation, tout cela a régné dans ces grandes forteresses, et non pas durant quelques jours, mais des mois entiers; et cependant pas un seul cas de typhus ne fut observé, ni dans l'armée française, ni dans le camp ennemi, ni dans ni autour de Metz et Paris. J'insiste, en passant, sur l'absence du typhus exanthématique chez les Prussiens, parce qu'en France beaucoup de médecins, M. Chauffard lui-même, croient que les Allemands ont eu affaire à cette dernière maladie, tandis que chez eux, comme chez nous, la forme typhique régnante était la fièvre typhoïde que dans la conversation, et même dans leurs écrits, ils appellent souvent typhus tout court; ce qui probablement a induit en erreur certains médecins peu familiarisés avec le langage allemand; j'ai déjà signalé le fait dans une critique d'un article de Virchow « Sur le typhus de guerre » (*Arch. de médecine*, février 1872), et, au surplus, on peut consulter à ce sujet cet article même (*Virchow's Arch.*, t. LII, p. 1).

S'il s'est trouvé au commencement du siége de la capitale des personnes portées à redouter le développement du typhus tacheté au milieu de la grande cité, il y en a eu d'autres aussi, M. le professeur Villein par exemple, qui ont déclaré que nous ne l'aurions qu'à la condition de le recevoir de l'ennemi, par des prisonniers ou autrement, qu'absent dans le camp des assiégeants, il ne se montrerait pas non plus parmi les assiégés. L'événement a donné raison aux contagionnistes.

L'absence du typhus tacheté n'est pas une particularité propre à la guerre franco-allemande : Dans la guerre de la sécession, les maladies dominantes furent la fièvre typhoïde, la diarrhée et la dysentérie, et il est douteux qu'il y ait eu un seul cas de typhus tacheté.

Woodward, en effet, considère comme des erreurs de diagnostic le peu de cas produits sous cette désignation, et Bartholow, qui a fourni le rapport sur la fièvre des camps (*camp fevers*) hésite à admettre que l'encombrement et le défaut de ventilation suffisent pour produire du typhus exanthématique; et à l'appui de sa manière de voir, il mentionne, en y insistant, son absence dans la fameuse prison d'Andersonville.

Le rôle de la contagion ressort de l'histoire des épidémies qui, périodiquement, affligent les grandes villes d'Angleterre, d'Écosse, de l'Amérique, épidémies ordinairement importées par les émigrants irlandais.

Virchow qui, lui aussi, est devenu contagionniste après avoir longtemps incliné vers l'opinion opposée, raconte que la plupart des épidémies qui ont régné à Berlin dans ces dernières années ne pouvaient être rapportées à d'autre cause qu'à l'importation par les ouvriers silésiens que le besoin attire vers les grands centres. Ce qui est vrai pour Berlin l'est également pour la plupart des villes d'Allemagne qui ne développent pas le typhus, mais le reçoivent des pays slaves. On peut en dire autant pour l'armée française, qui a puisé dans ces derniers le germe des deux plus terribles épidémies dont elle ait été affligée dans le courant de ce siècle : la première sévit sur les débris de la grande armée à son retour de Moscou, et fut propagée par elle dans les principales villes du nord de l'Allemagne et de la France; la deuxième remonte à 1855, à une guerre qui mit de nouveau une armée française en contact avec des élements slaves.

Il y a sans doute un grand nombre de faits qui semblent plaider en faveur d'un développement spontané (voy. surtout Murchison : *Des fièvres continues de la Grande-Bretagne*). Mais la plupart d'entre eux sont empruntés aux temps passés, à des époques où le typhus tacheté était très-répandu et ordinairement confondu avec l'abdominal; ils brillent plutôt par leur nombre que par leur force démonstrative, et partant ne sont pas convaincants. Loin de moi cependant la pensée de les récuser tous : ce serait faire trop bon marché des enseignements de l'histoire des épidémies. Mon but est de ramener à sa vraie proportion la valeur pathogénique de chacun des deux modes étiologiques invoqués, et non pas de nier l'un ou l'autre. Or, je pense que dans notre siècle la plupart des épidémies de typhus exanthématique qui ont régné sur l'ancien continent et le nouveau, sous forme de typhus de guerre ou autre, se laissent ramener tout simplement à l'importation; l'encombrement agit alors en concentrant le contagium; la misère, la famine, les maladies, en diminuant la résistance organique : de là l'épidémie. Je ne suis pas plus contagionniste que cela. Quant aux foyers générateurs d'où nous viennent ces invasions épidémiques, nous les connaissons : c'est l'Irlande pour la Grande-Bretagne, l'Amérique; ce sont les provinces slaves, la Pologne, la Silésie, pour l'Allemagne et en général le centre de l'Europe. Là, le typhus règne en permanence, provoqué et entretenu par des causes que j'énumérerai tout à l'heure. Mais la triste condition physique, intellectuelle et sociale du Silésien, de l'Irlandais, était autrefois celle du bas peuple de la plupart des villes de l'Europe : alors aussi ces villes pouvaient être et étaient en effet des foyers générateurs du typhus que les armées incessamment en mouvement portaient de tous côtés. Depuis cent ans des progrès énormes ont été accomplis en hygiène; les transformations sociales ont élevé le niveau des classes inférieures et augmenté leur bien-être; les épidémies ont diminué, le typhus en particulier a disparu de partout et s'est relégué dans quelques pays misérables dont les habitants n'ont pas participé à ce mouvement progressif. C'est la Silésie, c'est l'Irlande, c'est l'Algérie, qui logent en permanence ce vieil ennemi de l'Europe; c'est de là qu'il fait de temps en temps des retours offensifs vers l'ancien théâtre de ses exploits.

Eh bien! dans ces foyers d'endémicité, quelque restreints qu'ils soient, quelles sont les causes qui président à l'élaboration incessante du miasme typhique? A l'encontre de ce qui se voit pour la fièvre typhoïde, le typhus se montre tout à fait indépendant des influences saisonnières. Ni en Irlande, ni en Allemagne, nulle part les médecins n'ont constaté quelque affinité de la maladie pour telle ou telle saison. La même indépendance s'observe par rapport au climat, ainsi que cela ressort de la distribution géographique.

La température, qui traduit surtout les influences saisonnières et climatiques, ne joue donc qu'un rôle secondaire dans la genèse du typhus. Il serait oiseux de mettre en avant la constitution et l'élévation du sol : en Irlande, par exemple, le typhus règne dans les ports de mer, dans les bas-fonds humides, tout aussi bien que sur les plateaux rocheux les plus élevés.

De tout temps, on a eu l'habitude de considérer comme multiples les causes du typhus. On a invoqué la famine, l'encombrement, et surtout l'encombrement d'hommes préparés par des maladies de toute nature, par les privations, la misère, etc. En Angleterre, on a voulu même rapporter à chacune de ces influences une forme particulière de typhus. C'est

ainsi que Murchison fait naître la fièvre récurrente de la famine, le typhus exanthématique de l'encombrement, l'abdominal des miasmes développés par les cloaques et les égouts. Cette distinction cependant est plus séduisante que vraie : d'autres auteurs, en effet, ont essayé d'établir un rapport très-intime entre la famine et le typhus exanthématique, et cette relation causale, affirmée par un grand nombre d'épidémiologistes, ressort des dénominations mêmes dont on se sert souvent : *typhus famélique, famine fever*, etc. Cette doctrine cependant ne supporte pas la critique : Henry Kennedy, dans une étude comparative de toutes les épidémies qui depuis plus d'un siècle ont régné en Irlande, a fourni la preuve de l'inexactitude du rôle attribué à la famine : 1725, 1726, 1727, furent des années de famine, et il n'y eut cependant pas de typhus : celui-ci sévit terriblement de 1728-1731, quoique 1728 fût une année tellement fertile qu'un écrivain de l'époque n'hésita pas à rapporter la maladie à l'usage immodéré d'une nourriture animale. La grande famine du Bengale en 1770 ne fut signalée par aucune épidémie de typhus. Les années de famine ne sont donc pas toujours des années de typhus.

Il n'en est pas moins acquis, l'histoire des épidémies nous l'apprend, que typhus et famine coexistent très-fréquemment ensemble ; seulement, au lieu de rapporter le premier à la seconde, on pourrait peut-être, avec plus de raison, comme Virchow a essayé de le faire pour l'épidémie de Silésie de 1847, considérer ces deux phénomènes comme subordonnés à la même cause ; et comme la famine résulte tantôt de l'excès d'humidité, tantôt de l'excès de sécheresse, il y aurait lieu de se demander si le typhus relève de l'un ou de l'autre, ou des deux à la fois. Il y a plus de raison de se prononcer en faveur de l'humidité. Davidson a fait voir qu'en Irlande et en Grande-Bretagne le typhus acquiert d'autant plus d'extension qu'il pleut davantage. Le typhus de Silésie fut précédé de grandes pluies, et Fracastor rappelle que l'épidémie de 1528 succéda à un hiver pluvieux pendant lequel tous les fleuves débordèrent.

De cette façon on s'explique pourquoi, en 1770, il n'y eut pas de typhus pendant la famine du Bengale, les mauvaises récoltes y ayant été produites par la grande chaleur et la sécheresse, tandis que dans la même année, en Europe, et surtout dans l'Allemagne septentrionale, il y eut à la fois famine et typhus après de longues et fortes pluies.

Le typhus et la famine ne seraient donc que deux expressions plus ou moins directes de la même cause et non pas deux faits subordonnés l'un à l'autre.

Quoi qu'il en soit de l'importance de cette cause, on peut admettre qu'un certain degré d'humidité soit nécessaire pour développper la décomposition de la matière organique, et par conséquent l'apparition du miasme typhique.

Mais il est certain aussi que l'humidité du sol et de l'atmosphère ne suffit pas à elle seule pour engendrer le typhus, autrement celui-ci serait aussi répandu que la maladie. L'observation de tous les temps apprend que l'effluve typhique se développe surtout dans les espaces étroits, fermés et encombrés, tels que les hôpitaux, lazarets, prisons, villes assiégées, tentes, vaisseaux, etc.; telles encore les masures misérables de l'Irlandais, du Polonais, du Silésien, masures où l'on se préoccupe plus de conserver la chaleur que de renouveler l'air, où le plus souvent vivent confondus bêtes et gens, au milieu d'une atmosphère stagnante, infectée par les produits d'exhalation pulmonaire et cutanée, par ceux d'une décomposition incessante de matières organiques, accumulées de longue date dans ces bouges dont la malpropreté est indescriptible. Quelques auteurs cependant, Davidson entre autres, ont nié que les exhalaisons accumulées du corps de l'homme, les effluves putrides, les crasses et l'impureté de l'air des espaces clos puissent produire de toute pièce le typhus, en déclarant que ces conditions favorisent simplement sa propagation ; et en effet l'encombrement se voit souvent sans le typhus, mais on peut admettre que ces conditions deviennent éminemment propres à le créer, lorsqu'il s'y adjoint une constitution humide de l'atmosphère dont je viens de faire ressortir l'importance : tout cela influençant une population affamée, épuisée par les privations, les maladies antérieures ou actuelles, et couverte de malpropreté.

Virchow a admis pour la genèse du typhus de Silésie l'association de ces deux conditions essentielles : 1° un air altéré par les exhalaisons humaines; 2° l'action sur cette atmosphère d'une température chaude et humide apte à y provoquer un travail de décomposition, ou de fermentation si l'on veut, susceptible d'engendrer le miasme spécifique. Cet air chaud et humide peut être amené par les courants équatoriaux dans les latitudes tempérées (vent du sud et du sud-ouest); on a alors le typhus pendant une saison relativement chaude. En hiver, au contraire, les choses doivent se passer autrement : ici il ne s'agit pas de la chaleur et de l'humidité naturelles de l'air, mais de celles développées artificiellement dans les habitations surchauffées, saturées de l'humidité provenant des murs, du sol, de la respiration des hommes et des animaux, de la cuisson des aliments, etc., etc.

Aucun médecin de l'armée de Crimée n'a essayé, à ce que je sache, de démontrer que le typhus dont furent frappés nos soldats leur fut communiqué par l'armée russe, également infectée par le fléau, quoiqu'elle ne fût pas exposée aux privations et aux souffrances des assiégés. Virchow, qui, il est vrai, ne fut pas sur les lieux, penche pour la transmission, et cette opinion mériterait peut-être la peine d'être appréciée. Les mauvaises conditions hygiéniques de nos troupes, que l'on invoque comme la cause première du fléau, pourraient tout aussi bien avoir servi à propager un germe importé de l'armée slave, germe qui n'a pas prospéré au milieu des Anglais, mieux nourris, mieux logés, moins fatigués, par conséquent plus préparés à la résistance que les Français.

J'avoue cependant qu'en face de l'accord unanime de tous les médecins de l'armée d'Orient sur le développement autochthone, on serait mal venu de soutenir le contraire, d'autant plus que les misères, les privations, les souffrances, qui furent infligées à notre courageuse armée rappellent tout à fait les tristes conditions du Slave et de l'Irlandais.

D'ailleurs les médecins de Crimée, d'accord en cela avec la plupart des observateurs, n'admettent pas que l'encombrement à lui seul suffise pour produire le typhus. Hildenbrand professait déjà que le typhus *originaire*, c'est-à-dire non transmis, naissait toujours d'une autre maladie. L'encombrement semble ne produire le typhus qu'autant que les miasmes humains s'exhalent d'individus dont l'organisme a subi de profondes modifications par les maladies régnantes, les privations, les grandes cachexies comme le scorbut, dans lesquelles la matière organique a subi des modifications intimes, indispen-

sables pour communiquer au miasme humain la spécificité typhique. La cachexie scorbutique qui a imprégné toute l'armée de Crimée semble avoir joué un grand rôle dans l'élaboration du poison typhique.

En résumé, la genèse spontanée du typhus, même dans les armées, me semble aujourd'hui plus que douteuse. Après avoir couvert pendant plus de deux siècles l'Europe de ses calamités, le typhus de l'occident, comme jadis son aîné le typhus oriental, s'est retranché sous forme endémique dans quelques foyers restreints de l'ancien monde, d'où il sort encore de temps en temps, toujours exporté par les hommes ou les choses, pour réapparaître sous forme d'épidémies circonscrites, soit dans les armées, soit dans quelques centres de l'Europe civilisée. Ici il a disparu pour toujours comme maladie de genèse autochthone, mais là, dans les pays d'endémicité, il s'élabore d'une façon permanente, s'engendre incessamment, soit sous forme de cas sporadiques, soit sous celle d'épidémies périodiques le plus souvent terribles.

La cause du typhus semble pour ainsi dire identifiée avec les conditions sociales de l'Irlande, de la Silésie, de la Pologne, de l'Algérie, dont les habitants indigènes occupent le dernier degré de la civilisation européenne et portent le germe de la maladie partout où ils émigrent. Ce germe s'élabore incessamment dans leurs masures ou leurs huttes où s'entassent hommes et bêtes, où s'accumulent perpétuellement la crasse, la malpropreté, les détritus organiques de toute nature ; tout cela en présence d'une atmosphère le plus souvent chaude, jamais renouvelée, saturée d'humidité, de miasme humain, susceptible d'entretenir dans ce fumier des modifications moléculaires incessantes et d'en faire sortir les poisons typhiques.

Là, l'ignorance, l'indolence née du fatalisme, font régner en permanence cet état de choses ; car en rendant l'homme réfractaire à toute idée d'amélioration physique et de perfectionnement intellectuel, elles opposent des obstacles insurmontables aux efforts qui ont pour but de réformer l'hygiène et d'élever le niveau social.

Kelsch,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Démographie.

De l'influence des professions sur l'accroissement de la population, par M. Gustave Lagneau (lu à l'Académie de médecine le 22 octobre 1872).

En France, dont la population s'accroît plus lentement que celle de la plupart des autres États de l'Europe, il importe de rechercher et d'étudier successivement toutes les causes qui peuvent concourir à restreindre l'accroissement physiologique du nombre des habitants. Aussi vais-je actuellement essayer de déterminer combien est préjudiciable à l'accroissement de notre nation l'abandon des professions agricoles pour les professions industrielles, commerciales et voire même libérales, qui amènent l'agglomération des habitants des campagnes, non pas seulement dans Paris (1), mais dans les villes en général, et qui même dans de moindres localités les astreignent à la vie sédentaire et renfermée de la manufacture, de l'atelier et du bureau.

L'immigration dans les villes des ruraux, abandonnant les professions agricoles, s'opère dans de telles proportions que la population rurale, disséminée en groupes inférieurs à 2000 habitants, de 26 753 743 âmes en 1846 (1), s'est trouvée réduite à 22 119 798 en 1866 (2), c'est-à-dire a diminué de 4 633 945 individus, soit de plus de 1/6 en quarante ans, quoique ses décès soient à ses naissances dans le rapport peu élevé de 83,22 à 100 (3).

Au contraire, la population urbaine, composée des habitants des villes de plus de 2000 âmes, en 1846 de 8 646 743, s'est élevée en 1866 à 15 947 266, c'est-à-dire s'est accrue de 7 300 523, conséquemment a presque doublé durant ces quarante années, quoique ses décès soient à ses naissances dans le rapport bien plus considérable de 92,73 à 100.

	En 1846.	En 1866.	Différences.
Population rurale.	26 753 743	22 119 798	— 4 633 945
Population urbaine. . . .	8 646 743	15 947 266	+ 7 300 523

Si donc la population rurale, qui en 1866 était de 22 119 798 âmes, s'était maintenue dans la même proportion qu'en 1846 relativement à la population totale, c'est-à-dire était restée les 3/4 (ou les 75,58 pour 100) (4) de cette population totale, la population urbaine n'en représentant alors que 1/4 (ou les 24,42 pour 100), cette population rurale en 1866 aurait dû être de 28 771 086 habitants, puisque la population totale s'était élevée à 38 067 064 habitants. La population rurale aurait donc été de 6 651 288 habitants supérieure à ce qu'elle était en réalité en 1866.

Si maintenant on remarque que de 1861 à 1865, pour donner 100 naissances correspondant à 83,22 décès, il fallait 3880 habitants (5) de la population rurale présentant donc un accroissement annuel physiologique de 16,78 individus, soit de 43 pour 10 000 ; tandis que pour donner 100 naissances correspondant à 92,73 décès, il fallait 3570 habitants de la population urbaine présentant donc un accroissement annuel physiologique de 7,27 individus, soit de 20 pour 10 000, on reconnaît que l'accroissement physiologique de la population rurale est de plus du double de l'accroissement physiologique de la population urbaine, qui s'accroît principalement par immigration, ainsi que l'atteste, en particulier pour l'agglomération parisienne, le rapport, approximativement de 1 à 2, des natifs aux immigrés (3747 natifs et 6253 immigrés sur 10 000 habitants en 1861 (6).

Or, les 6 651 288 individus dont la population rurale aurait dû s'accroître si, sans cette immigration vers les villes, elle s'était maintenue en 1866 dans le même rapport qu'en 1846 relativement à la population totale, ces 6 651 288 ruraux devenus urbains, ne présentant plus qu'un accroissement annuel de 20 sur 10 000, au lieu de 43 sur 10 000, ne s'accroissent plus annuellement dans les villes que de 13 302 individus, tandis qu'ils se seraient accrus dans leurs campagnes de 28 600. Conséquemment, cette immigration urbaine amène un déficit au moindre accroissement annuel de 15 298 individus.

Si, pour la population totale de la France, de 38 067 064 habitants en 1866 (7), à l'accroissement annuel de 38 individus pour 10 000 habitants de 1861 à 1865, proportion qui donne une période de doublement de 183 ans (8), s'était ajouté l'excédant d'accroissement annuel dont aurait joui ces 6 651 288 ruraux, s'ils étaient restés à la campagne, au lieu de venir se

(1) Voy. *Étude de statistique anthropologique sur la population parisienne*, par G. Lagneau (*Ann. d'hyg.*, t. XXXI, 1868).

(1) *Statistique de la France*, t. XIII, p. XIX.
(2) *Idem.*, t. XVII, p. 4, et p. XVI (calculé d'après les nombres donnés).
(3) *Ibid.*, t. XVIII, p. LIX.
(4) *Statistique de la France*, t. XVII, p. XVIII.
(5) *Idem.*, t. XVIII, p. XL.
(6) *Statistique de la France*, t. XIII, p. XLIV.
(7) *Idem*, t. XVII, p. 4 et p. XVI.
(8) *Idem*, t. XVIII, p. CX.

fixer dans les villes, soit la différence entre 43 et 20, c'est-à-dire 23 individus pour 10 000, l'accroissement annuel de la population totale de la France de 38 pour 10 000 se serait élevé annuellement à 42 pour 10 000, et la période de doublement se serait approximativement réduite de 183 à 165 années; accroissement annuel et période de doublement, qui, quoique moins désavantageux, auraient encore témoigné cependant d'une infériorité considérable par rapport aux autres nations européennes, puisque l'Autriche, la plus mal partagée à cet égard après la France, présente un accroissement annuel de 63 sur 10 000 habitants et une période de doublement de 110 ans (1).

Si de l'examen comparatif de la population rurale et de la population urbaine on passe à l'étude comparative des personnes vivant de professions agricoles et de celles vivant de professions industrielles ou commerciales et de professions libérales, qu'elles résident dans les villes ou dans de moindres localités, on voit d'abord que les personnes vivant des professions agricoles, de 21 992 874 en 1851, n'étaient plus qu'au nombre de 19 598 115 en 1866; au lieu de représenter 6146 individus sur 10 000 de population totale, elles n'en représentaient plus que 5149 (2); au lieu de former plus des 6/10 de l'ensemble de la population, elles n'en constituaient plus guère que les 5/10.

Au contraire, les personnes vivant de professions industrielles et commerciales, qui en 1851 n'étaient qu'au nombre de 9 283 895, s'élevaient à celui de 13 770 675 en 1866; au lieu de représenter 2595 individus sur 10 000 de population totale, elles en représentaient 3617; elles formaient, non plus le quart, mais plus du tiers de la population entière. Ainsi donc, tandis que dans l'espace de quinze années la population agricole diminuait de 2 394 759 individus, soit de près d'un dixième, la population industrielle et commerciale s'accroissait de 4 488 870 individus, soit de près de moitié.

Quant aux personnes vivant de professions libérales, ou vivant de leurs revenus, durant ces quinze années si elles ont augmenté d'une manière absolue de 123 762 individus, puisque de 3 483 533 elles sont arrivées à 3 607 295, néanmoins leur accroissement ayant été proportionnellement moindre que l'accroissement minime de l'ensemble de la population, elles ont un peu diminué d'une manière relative, dans le rapport de 973 à 948 individus sur 10 000 de population totale.

	En 1851.	En 1866.	Différences.	Sur 10 000 de population totale. 1851.	1866.	Differ.
Population agricole.	21 092 874	19 598 115	— 2 304 759	6146	5140	— 907
Population industrielle et commerciale. . . .	9 283 895	13 770 675	+ 4 486 780	2595	3617	+ 1022
Population vivant de professions libérales ou de revenus. . . .	3 483 533	3 607 295	+ 123 762	073	948	— 25

Cette diminution de la population agricole et cette augmentation considérable de la population industrielle et commerciale paraissent avoir une grande importance au point de vue de l'accroissement de la population générale. En effet, les familles (non compris les domestiques) des patrons, des employés et des ouvriers sont beaucoup plus nombreuses chez les agriculteurs que chez les industriels et les commerçants, et surtout que chez les personnes se livrant aux professions libérales. Tandis que 100 familles de patrons agriculteurs sont composées de 353 personnes, 100 familles de patrons industriels et commerçants comprennent 298 et 273 individus, et 100 familles d'hommes livrés aux professions libérales ou

(1) *Statistique de la France*, t. XVIII, p. cx.
(2) *Idem*, t. XVII, p. LXII.

vivant de leurs revenus n'en présentent que 174 (1). Ainsi les familles des patrons agriculteurs sont supérieures de près d'un sixième à celles des patrons industriels, de plus d'un cinquième à celles des patrons commerçants, et de plus de moitié à celles des rentiers ou des hommes vivant de professions libérales. De même, tandis que 100 familles d'ouvriers agricoles sont composées de 240 personnes, 100 familles d'ouvriers industriels ne le sont que de 186; les familles des premiers étant supérieures de près d'un quart à celles des seconds. Si l'on réunit les employés et les ouvriers, la différence entre les familles de ceux se livrant à l'agriculture et les familles de ceux se livrant à l'industrie et au commerce est un peu moins considérable, 100 familles des premiers comprenant 224 personnes, 100 des seconds n'en comprenant que 186 (2). Néanmoins encore, les familles des agriculteurs sont supérieures de plus d'un sixième à celles des industriels et commerçants.

Le moindre nombre d'individus composant les familles d'industriels et de commerçants tient vraisemblablement moins à une faible natalité qu'à une mortalité généralement élevée. On peut remarquer que les minima de mortalité, soit générale soit infantile et juvénile, sont offerts par des départements principalement agricoles, tandis que la mortalité se montre souvent très-élevée dans les départements industriels et commerçants. En effet, les départements agricoles de la Creuse et de l'Indre ne présentent sur 10 000 habitants de tous âges que le nombre minimum de 185 décès (3); sur 10 000 filles de moins de 15 ans et garçons de moins de 18 ans, que le nombre minimum de 174 et celui de 196 (4). Enfin, ce département de la Creuse sur 10 000 enfants de 0 à 1 an n'en perd que le nombre minimum de 1111 (5). Au contraire, les départements industriels et commerçants des Bouches-du-Rhône et de la Seine-Inférieure présentent une mortalité générale de 286 et 266 décès sur 10 000 habitants. Le premier de ces départements présente aussi le nombre maximum de 492 décès sur 10 000 filles de moins de 15 ans et garçons de moins de 18; et les départements de la Seine et de la Seine-Inférieure, qui offriraient ceux de 442 et 436, également fort élevés, pour les filles et garçons de ces âges, perdraient 3907 et 3732 enfants sur 10 000 de 0 à 1 an, plus d'un tiers de la totalité des enfants de cet âge. Cette mortalité considérable de certains départements industriels rappelle qu'à une époque déjà éloignée, Villermé, étudiant, non pas l'ensemble d'une population départementale, en partie industrielle, en partie agricole, mais particulièrement les ouvriers employés dans les fabriques de soie, de coton et de laine, était amené à reconnaître que la moitié des enfants des tisserands et des simples travailleurs de filatures avait cessé d'exister avant l'âge de deux ans accomplis (6).

D'ailleurs cette nocuité de l'habitat urbain et des professions industrielles a été constatée statistiquement dans d'autres pays que la France. Depuis longtemps, en Angleterre, Rickman a reconnu que sur 10 000 décédés, dans les districts les plus manufacturiers, se trouvaient 4355 enfants de moins de 10 ans, tandis que dans les districts agricoles on n'en comptait que 3505 (7).

Plus récemment, en Écosse, M. Stark a montré que le nombre annuel des décès pour 10 000 habitants était de 282 dans les villes de plus de 25 000 âmes, de 245 dans celles de plus de 10 000, de 212 dans celles de plus de 3000, et seulement de 169 dans les campagnes. En outre, il a constaté que tandis que sur 10 000 habitants la mortalité était de 905 décès de

(1) *Statistique de la France*, t. XVII, p. XLVII.
(2) *Statistique de la France*, t. XVII, p. 136-7, 144-5, 154-5 (calculés d'après les nombres donnés).
(3) *Ibid.*, t. XVIII, p. LVII.
(4) *Idem*, t. XVIII, p. LXII.
(5) *Idem*, t. XVIII, p. LXIII.
(6) Villermé, *De la santé des ouvriers employés dans les fabriques de soie, de coton et de laine* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XXI, p. 404, 1839).
(7) Voy. Villermé, *Sur la population de la Grande-Bretagne, considérée principalement et comparativement dans les districts agricoles, dans les districts manufacturiers et dans les grandes villes, d'après un ouvrage officiel rédigé par Rickman* (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XII, p. 249; 1834).

0 à 5 ans, de 93 de 5 à 20, de 149 de 20 à 60, de 755 de 60 et au-dessus dans les villes en général, elle n'était aux mêmes âges que de 346, 44, 92 et 550 dans les petites îles dépendant de l'Écosse; aussi M. Stark croit-il que le degré de mortalité semble indissolublement lié à la densité des agglomérations urbaines (1).

Malgré les fâcheuses conditions dans lesquelles se trouvent ces populations industrielles, en particulier celles des villes, l'accroissement de la population générale peut néanmoins continuer à être considérable, ainsi qu'on l'observe dans les Iles Britanniques, contrairement à ce que l'on constate pour notre nation. En effet, j'ai déjà fait remarquer (2) que l'Angleterre et l'Écosse, qui présentent une mortalité de 228 et 223 décès pour 10 000 habitants, identique ou peu différente de la mortalité de 228 présentée par la France, offrent un accroissement annuel de 126 et 131 habitants sur 10 000 et une période de doublement de 55 et 53 années, tandis que la France n'offre un accroissement annuel que de 38 habitants sur 10 000 et une période de doublement de 183 ans (3), c'est-à-dire un accroissement plus de trois fois et demi moindre, et une période de doublement plus de trois fois et demi plus longue. La raison de cette énorme différence d'accroissement entre peuples arrivés au même degré de civilisation et de développement industriel, présentant une mortalité proportionnelle identique, se trouve dans la natalité très-différente de ces nation. Sur 10 000 habitants, l'Angleterre et l'Écosse comptent 354 naissances, alors que la France n'en compte que 266, un quart en moins.

Ce court parallèle d'une part entre les populations rurales et les populations urbaines, d'autre part entre les populations agricoles et les populations industrielles, suffit pour montrer que les ruraux abandonnant les campagnes pour les villes y présentent un accroissement physiologique moindre de plus de moitié, et que la substitution des professions industrielles, commerciales et libérales, aux professions agricoles, amène dans le nombre d'individus composant les familles des personnes exerçant ces professions, une diminution variable d'un sixième à plus de moitié, selon les professions.

L'habitat urbain et l'abandon des travaux agricoles concourent donc notablement à restreindre l'accroissement de la population générale. Toutefois, malgré ces conditions défavorables, qui d'ailleurs ne portent que sur une portion plus ou moins limitée de la population, une nation peut continuer à s'accroître rapidement si sa natalité est suffisamment considérable.

(1) James Stark, *De la mortalité des villes et des campagnes en Écosse* (*British Association*, Exeter, 2 août 1869). Mém. traduit et annoté par M. Fonssagrives (*Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, 1870, t. XXXIV, p. 117-127).

(2) Voy. *La loi sur le recrutement* (*Gaz. hebdom.*, 12 juillet 1872, p. 450).

(3) *Statistique de France*, t. XVIII, p. CXV et CX.

REVUE CLINIQUE.

Pathologie externe.

De l'ostéite envisagée au point de vue de l'accroissement des os. — Des causes qui produisent l'hypertrophie ou l'arrêt de développement. — De l'excès d'allongement dans les ostéites diaphysaires. Par M. A. Poncet, interne des hôpitaux de Lyon.

(Suite. — Voyez le numéro 42.)

§ 2. — *Observations cliniques. — Cas dans lesquels on constate l'excès d'accroissement en longueur ou l'arrêt de développement. — Rareté de l'hypertrophie en longueur après la soudure des épiphyses.*

Nous venons de voir, par les expériences de M. Ollier, que si l'on fait porter l'irritation sur tel ou tel point, si l'on détruit telle ou telle portion d'un os long, on peut à volonté augmenter ou diminuer sa longueur.

Les lésions inflammatoires de la diaphyse produisent également chez l'homme, l'observation clinique le démontre, des résultats semblables; elles s'accompagnent d'un excès d'accroissement ou d'un arrêt de développement suivant le siége de la maladie; et les différences de longueur sont d'autant plus marquées que le début des accidents remonte à une époque plus éloignée de la soudure des épiphyses, que la durée de l'affection a été plus longue.

Ces troubles de croissance sont le fait de l'irritation du cartilage épiphysaire (1), irritation qui varie dans ses effets selon les rapports de ce cartilage avec les tissus enflammés; aussi devons-nous, au point de vue de l'accroissement morbide d'un os long, distinguer dans la diaphyse deux parties bien distinctes :

1° Le *corps de la diaphyse* (partie centrale correspondant au canal médullaire).

2° Les *extrémités renflées*, dont nous avons déjà parlé et que M. Ollier a désignées sous le nom de *portions juxta-épiphysaires de la diaphyse.*

Enfin, du tissu spongieux juxta-épiphysaire il faut encore séparer les couches en voie d'ossification qui sont en contact immédiat avec le cartilage de conjugaison. Leur inflammation y détermine fatalement des troubles profonds de nutrition qui peuvent altérer sa structure et entraîner sa destruction.

S'agit-il d'une lésion *diaphysaire centrale* (périostite, ostéomyélite) ou d'une *ostéite juxta-épiphysaire?* Si l'inflammation ne s'est pas trop rapprochée de la limite du cartilage, l'os subit un excès d'accroissement par le fait de l'irritation propagée (irritation indirecte).

On voit un exemple frappant de la transmission de cette irritation, même par les parties molles environnantes, dans les hypertrophies en longueur d'os parallèles unis entre eux, du radius, du péroné, à la suite d'ostéites du cubitus, du tibia.

Lorsque l'inflammation occupe la portion renflée de la diaphyse, le cartilage, vu sa proximité, est toujours influencé dans son accroissement. Mais par cela même cette inflammation peut être dangereuse en gagnant la ligne juxta-épiphysaire et en agissant alors comme *irritation directe* du cartilage de conjugaison.

Une cause fréquente de la persistance de l'irritation est la présence de séquestres plus ou moins volumineux. Très-souvent, en effet, à la suite d'inflammation spontanée de la diaphyse, des portions de tissu osseux se nécrosent, et lorsque ces séquestres ne sont pas éliminés par la suppuration, lorsqu'on ne les enlève pas, ils constituent pour les tissus qui les environnent autant de foyers d'irritation. Parfois ils sont recouverts par des couches osseuses récentes qui les enkystent en quelque sorte et s'opposent ainsi à leur élimination. Les trajets fistuleux peuvent alors se cicatriser et la guérison paraître complète; mais les douleurs ne disparaissent pas entièrement, elles sont intermittentes, se faisant sentir surtout pendant la nuit. Le malade continue néanmoins de vaquer à ses occupations jusqu'à ce que la marche, la fatigue, le froid, un léger traumatisme, rendent les souffrances plus vives, et déterminent de nouvelles poussées inflammatoires dont le point de départ est souvent un petit séquestre. Ces récidives, qui font de l'affection qui nous occupe une véritable *ostéite à répétition*, perpétuent l'irritation à distance des cartilages épiphysaires, et lorsque l'inflammation ne gagne pas les couches osseuses qui

(1) Nous continuons à employer ici le mot de *cartilage épiphysaire* comme synonyme de cartilage de conjugaison pour nous conformer à l'usage, bien qu'il fût cependant plus logique, comme M. Ollier l'a fait remarquer, de l'appeler cartilage diaphysaire, car il joue un rôle bien plus important dans l'accroissement de la diaphyse que dans celui de l'épiphyse. La même distinction doit être faite à propos des décollements dits épiphysaires, dans la majorité desquels on observe le tissu osseux de la diaphyse séparé du cartilage, lequel a conservé ses rapports avec l'épiphyse. Ces deux variétés de lésions, décollements diaphysaires et décollements épiphysaires, ne sauraient être confondues, ainsi que le démontrent les expériences de M. Ollier (*loc. cit.*, ch. V et XIII), au point de vue de l'accroissement ultérieur de l'os.

leur sont contiguës, l'allongement de l'os est considérable.

L'ostéo-périostite purulente aiguë, dont la terminaison dans les hôpitaux est si souvent mortelle, détermine habituellement, dans les milieux moins exposés à la pyohémie, une nécrose plus ou moins étendue de la diaphyse (1). Le séquestre joue, vis-à-vis des parties vivantes, le rôle de cause irritante; et si l'art n'intervient pas, outre les complications qui peuvent survenir, on observe des troubles profonds de la croissance.

C'est ainsi que sur une pièce anatomique nous avons constaté un allongement du fémur de 7 centimètres consécutif à une ostéo-périostite avec nécrose. Il s'agit d'un jeune homme, âgé de dix-huit ans, qui entra en janvier 1861 dans le service de M. Ollier. Ce malade était atteint d'une ostéite avec nécrose du fémur datant de six ans.

Son état était trop grave pour qu'on pût intervenir; il succomba au bout de quelques jours.

Le fémur malade conservé dans la collection de M. Ollier avait subi un allongement considérable. Il mesure *cinquante centimètres* et se trouve plus long que celui du côté opposé de *sept centimètres*.

Outre l'augmentation en épaisseur de la diaphyse, qui présente une surface mamelonnée, irrégulière, on remarque à la face interne et postérieure du fémur une vaste cavité, large et profonde de 3 centimètres environ, mesurant 18 centimètres de longueur. Là se trouve un séquestre de tissu compacte, ayant la forme d'un canal osseux incomplet. Il est rugueux, moulé en quelque sorte sur les parois de cette anfractuosité, où il est complétement libre. Sa longueur est également de *dix-huit centimètres*.

Nous n'insistons pas sur l'importance de cette observation, les chiffres donnés par les mensurations démontrent mieux que tous les raisonnements l'influence des inflammations diaphysaires avec nécrose sur l'accroissement ultérieur d'un os long.

Il nous suffira d'ajouter que le fémur a été mesuré comparativement avec celui du côté opposé après avoir été dépouillé des parties molles. Nous savons, en effet, combien il est difficile de prendre sur le vivant des mensurations exactes; le gonflement, la tuméfaction des parties malades, empêchent souvent de trouver les mêmes points de repère; quelquefois c'est la douleur provoquée par les mouvements qui ne permet pas de placer les deux membres dans la même position. Mais si, malgré les soins apportés aux mensurations, prises, du reste, à des intervalles éloignés et contrôlées plusieurs fois, une erreur de quelques millimètres est encore possible, les différences de longueur dans tous les faits que nous citons sont assez grandes pour que de semblables erreurs soient insignifiantes et n'infirment en rien la valeur de nos observations.

L'os peut s'accroître en excès sans que les phénomènes inflammatoires soient intenses. Dans la périostite, par exemple, l'exsudat peut rester plastique, organisable, l'inflammation ne pas se terminer par la suppuration, mais donner naissance à une exostose, et cependant l'os malade subir une hypertrophie en longueur. Chez un alcoolique entré dernièrement dans le service de M. Ollier, le tibia droit, qui avait été pendant longtemps le siége de douleurs excessivement vives, sans que jamais aucun abcès se soit formé, était plus long que celui du côté opposé de 27 millimètres.

Toute trace d'inflammation, toute douleur, peuvent avoir également promptement disparu et cependant l'irritation à distance transmise au cartilage épiphysaire persister, un travail irritatif latent se produire, ainsi que le démontre notre observation X, détaillée plus loin et sur laquelle nous désirons appeler un instant l'attention. Le malade dont il est question est âgé de vingt-neuf ans; il reçut, il y a sept ans, un coup de pied de cheval dont il porte encore la cicatrice sur la face interne du tibia, à 12 centimètres environ de l'articulation du genou.

La dénudation du périoste mesurait à peine 4 à 5 centimètres carrés. Au bout de trois semaines, dit le malade, la cicatrisation était complète. Depuis lors, jamais de douleur, rien de pathologique pouvant lui rappeler cet accident. Il y a un mois seulement, douleurs dans le tibia droit. Le 28 décembre 1871 le malade entre à l'Hôtel-Dieu pour une périostite de l'extrémité inférieure de cet os. Différence de longueur entre les deux tibias, 2 centimètres.

Cette hypertrophie en longueur du tibia, qui de prime abord pourrait être mise sur le compte de l'accroissement interstitiel, nous paraît également le fait de la prolifération persistante et tardive des cartilages de conjugaison, car si l'épiphyse supérieure du tibia se soude habituellement à dix-huit ans, à vingt-quatre ans la soudure n'est souvent pas complète. (Reinaud et Rambaud, *Développement des os*. Paris, 1869.)

En outre, le malade nous indique lui-même qu'à l'âge de vingt-deux ans sa croissance n'était pas terminée; il affirme avoir grandi depuis d'une manière très-sensible. La clinique vient ici pleinement confirmer ce que l'expérimentation nous avait appris touchant l'influence de l'irritation des diverses parties d'un os sur son développement. Nous rappellerons à ce sujet que dans ses transplantations de périoste M. Ollier a noté l'allongement de l'os qui avait fourni le lambeau périostique, malgré le peu d'étendue de la dénudation et la courte durée des phénomènes inflammatoires, les bords de la plaie se réunissant par première intention.

Chez notre malade, le tibia seul s'est accru avec excès; le péroné n'ayant pas suivi cet accroissement, son extrémité supérieure a abandonné la facette articulaire tibiale, ainsi qu'il est facile de le constater. La tête du péroné est, en effet, distante du rebord du condyle externe du tibia de 2 centimètres, chiffre qui représente précisément l'excès d'accroissement de ce dernier os.

Nous passons sous silence, malgré l'intérêt qu'elles présentent, les différentes déformations qu'on observe parfois dans l'accroissement pathologique du tissu osseux; car ce serait dépasser les limites de notre sujet, n'ayant eu en vue que les modifications de longueur des os atteints d'inflammation.

Nous n'accumulerons pas les observations; nous ne les prendrons point une à une, pour montrer l'identité des résultats constatés chez l'homme avec ceux obtenus par l'expérimentation chez les animaux, ce serait nous exposer à des répétitions; nous nous contenterons de citer, parmi les faits nombreux qu'a recueillis M. Ollier et qu'il a bien voulu mettre à notre disposition, quelques cas d'excès d'accroissement et d'arrêt de développement, les réunissant plus loin sous forme de tableau.

Obs. I. *Périostite suppurée ancienne du tibia*. (Excès d'allongement du tibia, 8 centimètres.) — François Comte, âgé de dix-neuf ans, exerçant la profession de terrassier, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier) le 11 décembre 1870, pour une plaie de la jambe droite.

Le début de la maladie remonte à l'enfance. Il paraît avoir eu à cette époque une périostite suppurée; la guérison était complète depuis neuf ans, lorsqu'un coup sur la cicatrice détermina une nouvelle plaie, qui fut abandonnée à elle-même pendant quatre mois. Il n'est jamais orti de séquestres volumineux, mais quelques petites parcelles osseuses

(1) Nous savons, en effet, d'après les recherches de M. Ollier, que l'ostéo-périostite ou l'ostéo-myélite aiguë des jeunes sujets n'a cette gravité que dans les hôpitaux, elle devient mortelle alors par la pyohémie qui l'accompagne; mais quelle que soit son acuité, elle se termine favorablement dans la majorité des cas, lorsqu'elle survient à la campagne et se déclare chez des individus placés dans un milieu salubre. Aussi bien qu'il y ait une forme grave qui peut être partout mortelle, elle guérit généralement en déterminant une nécrose plus ou moins complète de l'os envahi. On ne saurait donc accepter, sous le rapport du pronostic et du traitement par conséquent, les idées de Chassaignac, Klose, Gosselin, etc., qui ont été admises par beaucoup de chirurgiens sur l'extrême gravité de cette affection. La plupart des malheureux qui viennent demander des soins chirurgicaux dans les hôpitaux pour des nécroses étendues, racontent que leur maladie a commencé par une fièvre typhoïde, ou est venue immédiatement après. Or, nous savons que cette prétendue fièvre typhoïde n'est autre que la maladie elle-même, c'est-à-dire cet état septicémique qui accompagne l'ostéo-périostite purulente.

sont encore éliminées. Avec le stylet, on ne pénètre pas dans l'os, on constate simplement une dénudation osseuse très-limitée.

Le tibia est notablement augmenté dans toutes les dimensions. Il présente une courbure prononcée à convexité antérieure et interne.

Le péroné est hypertrophié, mais, proportion gardée, moins que le tibia ; il n'a pas, en outre, suivi l'accroissement en longueur de ce dernier os.

Voici les mensurations du côté sain et du côté malade :

De la pointe de la malléole interne au rebord du condyle tibial : côté sain, 374 millim. ; côté malade, 454 millim. Différence : 80 millim.

Du relief du tendon du biceps au niveau de son implantation sur la tête du péroné, à la malléole externe : côté sain, 338 millim. ; côté malade, 391. Différence : 53 millim.

Du rebord condylien du tibia à la tête du péroné : côté sain, 23 millim. ; côté malade, 33 millim. Différence : 10 millim.

OBS. II. *Ostéite de l'extrémité supérieure de la diaphyse de l'humérus.* (Excès d'allongement de l'humérus, 21 millimètres.) — Félix Micoud, âgé de dix-neuf ans, né à Douessus (Isère), où il exerce la profession de domestique, entre le 3 octobre 1867 dans la salle Saint-Louis (service de M. Ollier).

Ce jeune homme, qui gardait souvent le bétail pendant la nuit, se couchait fréquemment sur la terre humide.

Le lendemain d'une circonstance semblable, douleurs excessivement vives dans les membres inférieurs, surtout vers les genoux. Presque aussitôt gonflement, rougeur diffuse remontant progressivement jusqu'à la partie moyenne de la cuisse; phénomènes à peu près semblables sur les deux membres. Formation d'abcès, issue de séquestres nombreux provenant des deux côtés de l'extrémité de la diaphyse. Articulations intactes.

Deux mois après le début de l'affection, qui remonte à deux ans, le malade se fit transporter à l'Hôtel-Dieu.

Pendant son séjour à l'hôpital (dix mois après les premiers accidents), douleurs de l'extrémité supérieure du bras droit.

Quelques jours plus tard, apparition d'une tumeur un peu au-dessus de la partie moyenne et externe du membre. Quatorze mois après, ouverture d'un abcès qui donne une grande quantité de pus, puis trajet fistuleux par où il est sorti plusieurs petits séquestres blanchâtres (treize environ). Quinze mois plus tard, le malade revenait à l'hôpital, accusant des douleurs lancinantes dans le bras droit.

On constate alors, à 5 centimètres de la cicatrice ancienne et en dedans du bord interne du deltoïde, de la rougeur, de la tuméfaction, dénotant la présence d'un abcès. Les mouvements d'adduction et d'élévation sont douloureux, l'articulation scapulo-humérale étant cependant complétement indemne. L'abcès est ouvert avec le bistouri ; il s'écoule un pus séreux, très clair.

Les deux bras étant placés dans une position parallèle à l'axe du tronc, on s'assure d'une différence de longueur appréciable à première vue.

De l'angle postérieur de l'acromion au point le plus saillant du condyle : Côté malade, 331 millim. ; côté sain, 310 millim. Différence : 21 millim.

De l'angle postérieur de l'acromion au point le plus saillant de l'épitrochlée :

Côté sain, 310 millim. ; côté malade, 326 millim. Différence : 16 millim.

OBS. III. *Ostéite diaphysaire du radius et du tibia droit.* (Excès d'allongement : du radius, 10 millim. ; du tibia, 15 millim.) — Marie Philippe, âgée de quinze ans, née à Saint-Vincent-de-Reims (Rhône), entre le 26 juin 1865 (salle Saint-Paul, service de M. Ollier).

La malade se présente avec une ostéite diaphysaire du radius et du tibia droit. Depuis un an et demi, elle se plaint de douleurs dans l'avant-bras droit. A cette époque, il se forma un abcès à la face antérieure de l'avant-bras droit, au niveau du radius, à peu près à sa partie moyenne. L'abcès s'ouvrit spontanément deux mois après.

Actuellement, trajets fistuleux au nombre de trois, le long de la diaphyse du radius, qui est un peu tuméfié.

Quant au tibia, le début des douleurs remonte à un an, mais depuis trois semaines seulement un abcès s'est formé à la réunion du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs.

Les mensurations permettent de constater les différences de longueur suivantes :

Du rebord de la cupule du radius à la pointe de l'apophyse styloïde : Radius sain, 19 centim. ; radius malade, 20 centim. Différence : 1 centim.

Du rebord du condyle interne du tibia à la pointe de la malléole :

Tibia sain, 31 centim. ; tibia malade, 325 millim. Différence : 15 millim.

OBS. IV. *Ostéite diaphysaire du tibia droit.* (Excès d'allongement du tibia, 27 millim.). — Félix Petit, demeurant à Brignais (Rhône), domestique, âgé de vingt-quatre ans, entre le 2 décembre 1871 (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier).

A l'âge de cinq ans, ce jeune homme fit, dit-il, une grave maladie. A la suite d'une imprudence (il s'était mouillé étant en transpiration), de nombreux abcès se formèrent à la jambe droite. Il sortit à quelque temps de là trois séquestres par ces trajets fistuleux. Dix-huit mois après les premiers accidents le malade était guéri ; la cicatrisation était complète.

Sept ans après, sans cause appréciable, nouvel abcès le long de la face interne du tibia. Pas de séquestres, cicatrisation au bout de deux mois.

A l'âge de dix-huit ans, accidents à peu près semblables. Pris comme mobile dans la levée militaire, le malade a fait, sans ressentir de douleur, sans gêne aucune dans les mouvements du membre droit, la campagne de la Loire.

Il entre actuellement à l'Hôtel-Dieu pour un nouvel abcès du tibia siégeant à 12 centimètres environ de l'articulation du genou.

Les mensurations, prises du rebord du condyle interne à la pointe de la malléole du tibia, donnent :

Tibia sain, 385 millim. ; tibia malade, 412 millim. Différence : 27 millim.

OBS. V. *Ostéite de l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur droit ; ostéite diaphysaire du tibia gauche chez le même sujet.* (Excès d'allongement du tibia, 35 millim.). — Claude Dumas, âgé de cinquante-huit ans, exerçant la profession de cordonnier, né à Arles (Bouches-du-Rhône), entre le 22 août 1865, salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier.

A l'âge de seize ans, douleurs très-vives au-dessus de l'articulation du genou droit et dans la jambe gauche, qui succédèrent, dit-il, à un séjour prolongé dans l'eau. Peu après, il entre à l'hôpital de Cette. Plusieurs abcès, qui s'étaient ouverts à quelques centimètres au-dessus de l'articulation à droite, le retinrent à l'hospice pendant plus de trois ans. On lui enleva alors plusieurs séquestres. Les abcès étaient indépendants de l'articulation du genou ; les mouvements de cette articulation sont cependant un peu limités, mais non douloureux.

Quatre ans après le début des accidents, le malade, complétement guéri, reprenait ses travaux. Mais depuis six ans il ressent de violentes douleurs intermittentes dans le fémur droit et le tibia gauche sans qu'il se soit formé aucun abcès.

Les mensurations donnent pour le fémur et le tibia malade :

Côté droit, fémur malade, 43 centim. ; côté gauche, fémur sain, 45 centim. Différence : 2 centimètres.

Côté gauche, tibia malade, 39 centim. 1/2 ; côté droit, tibia sain, 36 centim. Différence : 35 millim.

Cette dernière observation offre un intérêt tout particulier. Elle nous montre sur le même sujet deux ostéites diaphysaires dont l'une est suivie de raccourcissement et l'autre d'allongement. Avant les expériences de M. Ollier ces faits étaient inexplicables, il devient très-facile aujourd'hui de s'en rendre compte par le siége de l'inflammation et les rapports du tissu enflammé avec les cartilages de conjugaison.

OBS. VI. *Ostéite de l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur gauche.* (Excès d'allongement du fémur : 3 centim.). — Benoît Chaumont, tisseur, âgé de dix-sept ans, entre le 26 avril 1863 (salle Saint-Louis, service de M. Ollier).

Le début de l'affection remonte à six ans. A cette époque, ouverture d'un abcès au tiers inférieur et interne de la cuisse. Depuis lors, la guérison n'a jamais été complète ; peu de temps après la cicatrisation du trajet fistuleux apparaissaient de nouveaux abcès.

Les mensurations donnent les chiffres suivants :

De l'épine iliaque antérieure et supérieure au bord inférieur du condyle externe : côté gauche (côté malade), 52 centim. ; côté droit (côté sain), 49 centim. Différence : 3 centim.

Du sommet du grand trochanter au bord inférieur du condyle externe : côté gauche (côté malade), 47 centim. ; côté droit (côté sain), 44 centim. Différence : 3 centim.

OBS. VII. *Ostéite diaphysaire du péroné.* (Excès d'allongement du péroné, 27 millim. ; excès d'allongement du tibia, 13 millim.). — J. B. Berlioz, âgé de vingt-trois ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 23 août 1862 (salle Saint-Louis, service de M. Ollier).

Douleurs aiguës, il y a six ans, dans la jambe gauche.

A trois reprises différentes, des abcès se formèrent le long de la face externe du péroné ; il sortit plusieurs séquestres. Depuis, les trajets fistuleux ont persisté.

Les mensurations font constater un allongement notable du péroné malade et du tibia du même côté. Elles ont été prises :

Du point le plus saillant de la tête du péroné à la pointe de la malléole externe et du rebord du condyle interne du tibia à la malléole interne.

Tibia (côté sain), 366 millim. ; tibia (côté malade), 379 millim. Différence : 13 millim.

Péroné (côté sain), 366 millim.; péroné (côté malade), 393 millim. Différence : 27 millim.

Obs. VIII. *Ostéite de l'extrémité inférieure de la diaphyse du tibia.* (Excès d'allongement du tibia, 25 millim. ; excès d'allongement du péroné, 2 centim). — Gaspard Cholet, âgé de vingt-quatre ans, né à Villeurbanne (Rhône), entre le 2 septembre 1869 (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier).

Peu de temps après une entorse tibio-tarsienne qui remonte à quatorze ans, le malade éprouva de violentes douleurs dans la jambe droite. En même temps, rougeur diffuse de la peau, tuméfaction de tout le membre, puis ouverture d'un abcès dont on voit la cicatrice à la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs. Durant les treize années qui suivirent, les douleurs reparurent à des intervalles plus ou moins éloignés ; jamais elles ne cessèrent complètement.

Le malade entre pour un nouvel abcès, situé à quelques centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, qui est du reste indemne.

Les mensurations donnent les chiffres suivants :

Du rebord du condyle interne du tibia à la pointe de la malléole : Tibia (côté sain), 345 millim. ; tibia (côté malade), 370 millim. Différence, 25 millim.

Du point le plus saillant de la tête du péroné à la pointe de la malléole ; Péroné (côté sain), 36 centim. ; péroné (côté malade), 38 centim. Différence ; 2 centim.

Obs. IX. *Ostéite diaphysaire du tibia.* (Excès d'allongement du tibia, 24 millim. ; excès d'allongement du péroné, 10 millim.). — Catherine Pontvianne, née à Beaujac (Haute-Loire), entre le 29 octobre 1867 (salle Saint-Paul, service de M Ollier).

A l'âge de neuf ans, douleurs vives dans la jambe droite, gonflement du membre, rougeur de la peau, ouverture d'un abcès à la partie supérieure du tibia. Depuis cette époque, quoique les trajets fistuleux se fussent cicatrisés, la malade ressentait parfois des douleurs dans la jambe droite, et en novembre 1867 il se formait un nouvel abcès au niveau de l'ancienne cicatrice.

Lors de son entrée, les mensurations des os de la jambe permettent de constater les différences suivantes :

Du rebord du condyle interne à la pointe de la malléole tibiale : Tibia sain, 341 millim. ; tibia malade, 365 millim. Différence, 24 millim.

Obs. X. *Allongement du tibia de 2 centimètres à la fin de la période de croissance, consécutif à un coup de pied de cheval.* — Édouard Schott, né à Vasselonne (Bas-Rhin), âgé de vingt-neuf ans, exerçant la profession de voiturier, est entré le 28 décembre 1871 (salle Saint-Sacerdos, service de M Ollier).

Le malade n'a pas d'antécédents diathésiques ; sa santé a toujours été bonne. Militaire pendant plusieurs années, il a été libéré en 1868. Il prétend n'avoir jamais eu de maladie vénérienne ; ajoutons que rien ne permet d'affirmer la syphilis.

Au mois d'octobre 1864, par conséquent à l'âge de vingt-deux ans, il reçut sur le tibia droit un coup de pied de cheval qu'atteste encore une cicatrice située sur la face interne de cet os, et distante de 10 à 12 centimètres de l'articulation du genou. La peau, dit-il, avait été simplement enlevée ; il se rappelle cependant que l'os était à nu. Il entra alors à l'hôpital, où il ne resta que quinze jours ; en moins de trois semaines la cicatrisation était complète et il pouvait reprendre ses occupations. Pas de séquestre.

Depuis lors, jusqu'à la fin de septembre 1871, il n'a jamais ressenti de douleurs vives dans la jambe droite ; sa jambe fut après l'accident comme elle était auparavant. Rien n'attira son attention.

Il y a deux ans, variole bénigne.

Le malade se rappelle parfaitement qu'à l'âge de vingt-deux ans, en 1864, il n'avait point fini de grandir. A cette époque il était plus petit que l'un de ses frères, et depuis quelques années il se trouve être plus grand.

Il y a un mois environ, sans cause appréciable, douleurs dans la jambe droite pendant la nuit. Les premiers jours, le malade put encore vaquer à ses occupations, puis survint un peu de gonflement du membre, à quelques centimètres de l'articulation tibio-tarsienne, avec rougeur de la peau. Les douleurs, qui se faisaient sentir presque exclusivement pendant la nuit, devinrent lancinantes, pulsatives ; le malade les compare à celles que produirait la morsure d'un chien.

Actuellement, rougeur diffuse, empâtement de cette région, épaississement périostique.

Les douleurs étant très-vives, M. Ollier débrida largement le périoste par une incision cruciale. Il porta la pointe du bistouri jusqu'à l'os, qu'il trouva dépoli, rugueux.

La nuit qui suivit, les souffrances ne furent pas comparables à celles que le malade ressentait auparavant ; depuis lors, ces douleurs ostéocopes, lancinantes, ont complètement disparu.

Les mensurations donnent :

Tibia sain, 39 centim. ; tibia malade, 41 centim.

Péroné, même longueur, 37.

Le péroné, du côté malade, a abandonné la facette articulaire tibiale.

(*La fin à un prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Anesthésiques. — Mort par l'éther.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Lyon, 28 octobre 1872.

Messieurs,

Le numéro du 25 octobre 1872 de la Gazette hebdomadaire contient une lettre pressante de mon très-honoré confrère M. Diday, sur le choix à faire entre les anesthésiques. Cette lettre n'est pour ainsi dire qu'un *post-scriptum* au réquisitoire lancé par M. Diday contre le chloroforme, dans une discussion qui eut lieu le printemps dernier à la Société de médecine de Lyon. Désirant s'éclairer, M. Diday demande que les chirurgiens anglais emploient l'éther et voient s'il tue comme le chloroforme. Dans la discussion, à laquelle je viens de faire allusion, je rappelai quatre cas de mort par l'éther survenus à Boston dans un seul trimestre ; je puis aujourd'hui apporter un nouveau document au procès, et faire connaître un nouveau cas de mort par l'éther qui s'est tout récemment produit en Amérique.

Je traduis simplement :

Mort par l'éther, par M. W. B. Dunning, chirurgien à Bellevue Hospital, New-York (*The Medical Record*, 1er octobre 1872).

John Stockander, sellier allemand, célibataire, soixante-huit ans, entre à la salle 13 de Bellevue Hospital le 2 août 1872 pour une fracture sous-trochantérienne du fémur ; le malade fut soumis jusqu'au 20 août à l'extension par la méthode de Buck ; on décida alors de lui appliquer un bandage plâtré. Afin de pouvoir exercer une extension suffisante, et afin aussi de le soustraire à la douleur de l'opération, on l'éthérisa. L'administration de l'anesthésique fut faite lentement et avec soin ; au bout de dix minutes, le sommeil était complet et l'on commençait l'opération. On avait placé quelques tours de bande plâtrée, quand on s'aperçut que la respiration était plus fréquente et convulsive ; le pouls était cependant plein et régulier. On fit deux ou trois pressions sur le thorax et la respiration redevint normale. Comme pareils symptômes se montrent fréquemment pendant l'éthérisation, ils n'excitèrent pas d'inquiétude particulière. On éloigna pourtant l'éther pendant quatre ou cinq minutes, la respiration et le pouls étant normaux. Mais le malade commençant à s'agiter et les muscles devenant rigides, on reprit l'anesthésie. Au bout d'une minute ou deux, mon aide, qui administrait l'éther, s'aperçut que les pupilles se dilataient rapidement et que la respiration cessait ; le cœur battait encore. On enleva immédiatement l'appareil à éthérisation, on recommença la respiration artificielle, et l'on mit en œuvre toutes les batteries électriques qu'on put trouver dans l'hôpital. Les muscles répondirent de temps en temps à l'excitation par des mouvements spasmodiques, mais aucun mouvement respiratoire ne se reproduisit. Les efforts pour rappeler cet homme à la vie furent continués pendant quarante minutes ; au bout de ce temps, les muscles ne répondaient plus du tout à l'excitation électrique.

Cet homme était mort à quatre heures du soir ; on fit l'autopsie à sept heures du soir, le même jour, sous la direction de M Delafield. Rigidité cadavérique marquée ; sang fluide ; cerveau et méninges sans anémie ni congestion ; trachée et larynx un peu pâles. Dans le cœur, un peu de sang fluide, léger athérome à la base des valvules aortiques. Les poumons présentent des deux côtés des adhérences anciennes ; emphysème pulmonaire et épaississement des grosses bronches ; à droite,

œdème du lobe inférieur, dont la partie inférieure est à l'état d'hépatisation rouge; tout le reste du poumon est normal, non congestionné. Foie petit et ferme, renfermant une bonne quantité de sang fluide. Tous les autres organes sont à l'état normal.

L'éther employé était de la fabrication de MM. Powers et Weightman. Il a été examiné par M. Squibb, de Brooklyn, lequel déclare qu'il « ne trouve rien dans les caractères ou la qualité de l'éther qui puisse expliquer ou même aider à expliquer la mort ». Il ajoute que, d'après lui, « la mort de cet homme ne peut être en aucune façon attribuée, soit à la qualité de l'éther, soit à la quantité employée, soit au mode d'administration; mais que c'est un de ces accidents qui, si rares qu'ils soient dans les cas où l'on emploie l'éther avec soin, sont inséparables de l'anesthésie ».

Tel est le fait. Les partisans absolus de l'éther ne manqueront pas d'objecter, et avec quelque raison, l'emphysème pulmonaire, l'œdème et l'hépatisation du lobe inférieur pulmonaire droit. Peut-être n'aurait-on pas anesthésié cet homme, si l'on avait pratiqué auparavant une auscultation sérieuse? Mais n'y a-t-il pas dans cette circonstance même que l'éther serait regardé comme assez innocent pour ne pas nécessiter un examen préalable complet et attentif du sujet, n'y a-t-il pas la démonstration des dangers auxquels cet anesthésique expose?

Du reste, les trois faits rapportés par M. Diday ne sont pas aussi probants qu'ils le lui ont paru. Le premier appartient au bichlorure de méthylène; cet agent a déjà produit plusieurs accidents, et, en 1870, j'avais déjà pu recueillir deux cas à son passif; je laisse donc ce fait de côté. Des deux autres, qui appartiennent au chloroforme, l'un a obtenu de M. Diday le bénéfice des circonstances atténuantes; l'autre est incomplet, puisque l'autopsie n'a pas été faite, ou que du moins il n'en est pas fait mention.

En somme, tous les anesthésiques ont des cas de mort à leur charge; il s'agit de savoir quel est le plus coupable. Je l'ai déjà dit en 1870 dans un travail sur les *Morts par le chloroforme*, dont la Gazette hebdomadaire a reproduit la première partie, je l'ai répété lors de la discussion de la Société de médecine de Lyon (avril 1872); je le redis encore aujourd'hui : les morts par le chloroforme sont infiniment plus nombreuses que les morts par l'éther; telle est la vérité absolue; mais si l'on prend garde que l'éther n'est employé, d'une manière générale, qu'à Boston et à Lyon, ailleurs par quelques chirurgiens seulement et en petit nombre; que d'autre part l'usage du chloroforme est presque universel, on conviendra que la comparaison du nombre absolu des morts est un argument sans valeur; pour savoir à quoi s'en tenir, il faudrait réunir le nombre complet des chloroformisations et celui des morts qui en ont été la conséquence, et à placer à côté le nombre complet des anesthésies par l'éther et celui des morts produites par cet agent; il suffirait alors d'établir la proportion, et l'on verrait peut-être que, *relativement*, le chloroforme ne tue pas plus que l'éther. Je pourrais emprunter aux moyens de locomotion une comparaison qui fera comprendre ma pensée; les accidents de chemin de fer font plus de victimes que les accidents de voiture; mais ils en font proportionnellement beaucoup moins si l'on a égard au nombre des voyageurs transportés. Sans prétendre que le chloroforme sortirait aussi triomphant de l'enquête, et tout en reconnaissant que cet agent est bien plus énergique que l'éther et demande plus de précautions dans son maniement, je crois que la question est impossible à trancher sans les statistiques comparatives que je réclame.

Marduel.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 4 novembre 1872. — Présidence de M. Faye.

Physique céleste. — Origine de l'électricité atmosphérique. — M. *Becquerel* présente la première partie d'un travail ayant pour but de démontrer que l'électricité atmosphérique a une origine solaire.

Fermentations. — Il s'établit une discussion entre MM. *Pasteur* et *Fremy*, au sujet d'une assertion de ce dernier, à savoir : « qu'il est presque impossible de déterminer une fermentation alcoolique appréciable dans ses résultats dans une seule goutte de suc de raisin, surtout quand cette goutte se trouve noyée dans une quantité considérable de suc soumis préalablement à l'ébullition. »

« Voici, dit M. Pasteur, la preuve que l'affirmation de M. Fremy est absolument erronée :

» J'ai pris une grappe de raisin, je l'ai broyée dans un mortier, puis j'ai introduit séparément dans une série d'ampoules très-petites une goutte de jus. J'ai fermé les ampoules à moitié pleines à la lampe, je les ai portées à une température de 20 degrés. Toutes, après quarante-huit heures, étaient en pleine fermentation alcoolique et montraient au microscope des cellules de levûre en nombre incalculable. Le jus d'autres grappes traitées de même a toujours donné le même résultat. On peut multiplier à l'infini le nombre des ampoules; toutes offrent les indices les plus manifestes de la fermentation. C'est que dans toutes on a introduit des germes de la levûre de la surface des grains ou de la surface du bois de la grappe, tant ils y sont abondants.

» On peut *noyer* la goutte de jus dans une grande quantité de moût de raisin cuit; le résultat est le même : toute la masse fermente peu à peu.

(M. Pasteur brise une de ces ampoules devant l'Académie. On entend un petit sifflement dû au dégagement du gaz carbonique comprimé, et l'on voit à la surface de la goutte une couronne de petites bulles; MM. Chevreul, Cl. Bernard, Wurtz, placés à côté de M. Pasteur, constatent facilement ces faits.)

» Les moisissures n'apparaissent pas dans ce genre d'expériences. La raison en est facile à donner; nouvelle preuve de l'erreur des raisonnements de M. Fremy. »

M. Fremy répond à M. Pasteur, qui réplique et demande la nomination d'une commission pour la vérification des expériences; nouvelle réponse de M. Fremy, qui demande à M. Pasteur de s'adjoindre à lui et à M. Trécul *pour examiner en commun les questions théoriques et expérimentales* qui font l'objet du débat, en présence de MM. Decaisne et Ch. Robin.

M. Dumas fait observer que c'est à l'Académie à désigner des commissaires. M. Pasteur décline la proposition de M. Fremy dans les termes où elle est faite.

Bruits et sons expressifs que font entendre les poissons. — M. *C. Robin* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Dufossé. Il résulte de ce travail, rapproché des recherches d'autres physiologistes, notamment de M. Marey, que chez les poissons des eaux douces et des mers de l'Europe des sons *expressifs* sont produits par la vessie natatoire, dont l'appareil musculaire jouirait de véritables propriétés acoustiques et fonctionnerait sous l'influence de la *volonté*.

Poissons osseux. — M. *Dareste* présente la troisième partie de ses études sur les types ostéologiques de ces poissons.

Allures du cheval, étudiées par la méthode graphique. — M. *Marey* présente la suite de cet intéressant travail. Il avait précédemment étudié le *pas* du cheval; c'est le *trot* qui fait le sujet de la présente note.

Substances antifermentescibles. — La note de M. *Crace-Calvert* sur le *pouvoir que possèdent certaines substances d'arrêter*

la putréfaction et le développement de la vie protoplasmique, contient des expériences faites sur les corps suivants :

Acide crésylique.

Acide phénique, sulfate de quinine, chlorure de zinc et acide sulfurique.

Sulfophénate de zinc, acide picrique.

Chlorure d'aluminium, acide sulfureux, acide prussique.

Hypochlorite de chaux, bichlorure de mercure, chlore en dissolution, soude caustique, acide acétique, acide nitrique, sulfate de fer, sulfophénate de potasse, sulfophénate de soude.

Acide arsénieux, chlorure de sodium, chlorure de calcium, chlorate de potasse, sulfate de chaux, bisulfite de chaux, hyposulfite de soude, phosphate de chaux, essence de térébenthine, poivre.

Chaux, charbon de bois, permanganate de potasse, phosphate de soude, ammoniaque.

Il est assez remarquable que l'acide phénique, qui prévient complétement la formation des vibrions, ne les détruit pas complétement lorsqu'ils sont formés. L'acide sulfurique, qui ne prévient en aucune manière le développement des vibrions, paraît les détruire presque entièrement lorsqu'ils sont déjà formés. Le sulfophénate de zinc, non-seulement ne détruit pas les vibrions, mais permet leur reproduction. Le bichlorure de mercure ne détruit qu'une partie des vibrions et favorise même le développement des autres, tandis qu'il empêche complétement leur formation. (*Comm.* : MM. Dumas, Cl. Bernard, Pasteur, Trécul.)

Propriétés fébrifuges et antipériodiques des feuilles du Laurier d'Apollon (*Laurus nobilis*). Note de M. *A. Doran*.

« *Mode de préparation.* — Je dessèche les feuilles vertes sur le feu, à une douce chaleur, dans un brûloir à café clos (pour éviter la déperdition des matières volatiles), jusqu'à ce qu'elles soient devenues cassantes, mais sans leur faire subir d'altération. Je les pile et les réduis en poudre assez fine.

» *Mode d'administration.* — Je fais macérer dans un verre d'eau froide, durant dix ou douze heures, 1 gramme de ma poudre : deux heures avant l'heure présumée de l'accès, je fais prendre au malade le liquide et la poudre.

» Aucun effet anormal ne se produit, l'accès ne paraît le plus souvent pas dès l'absorption du premier paquet. Je ne fais suivre aucun traitement, aucun régime durant les bons jours. Je répète cette médication trois fois de suite. »

« *Résultats.* — Je n'ai pas eu un insuccès dans les cas de fièvre quotidienne ou tierce, même dans ceux qui étaient rebelles à l'action du sulfate de quinine; j'ai la conviction que, si mon remède avait été administré de la même façon dans les fièvres quartes, il aurait produit les mêmes effets. »

L'auteur cite comme *pièces à l'appui* des observations de cinq confrères. Il en résulte que sur 34 cas de fièvre intermittente il y a eu 28 guérisons. Les six cas d'insuccès sont tous relatifs à des fièvres quartes.

Causes des fièvres intermittentes et des moyens de les combattre. Note de M. *E. Ferrière*. — D'observations et d'études faites dans les vallées marécageuses de l'Ohio et du Mississipi par M. J. H. Salisbury, professeur à l'École de médecine de Cleveland (Ohio), il résulte que les maladies des marais (*malarious*) sont dues à des cellules d'un genre d'algues (*algoïd*) ressemblant fortement aux *palmellæ*.

En examinant au microscope l'urine rendue, soit dans la période algide de la fièvre, soit pendant le stade de sueur, soit dans l'intervalle des accès, M. Salisbury a constaté ce fait que des plantes à fièvre, identiques avec celles qui croissent dans les terrains malsains, se développent constamment dans l'organisme du malade atteint de fièvre intermittente.

Après avoir rempli quelques boîtes d'une terre recouverte de *palmellæ*, M. Salisbury les a emportées dans un district élevé, montagneux, où *jamais* on n'avait observé un seul accès de fièvre intermittente. Là il lui a suffi d'ouvrir ces boîtes dans une chambre située au deuxième étage, pour que deux jeunes gens qui y couchaient fussent atteints d'une fièvre au type tierce, au bout de douze à quatorze jours. Quatre membres de la même famille, qui couchaient à l'étage inférieur de la maison, n'éprouvèrent pas le moindre accident. Cette expérience répétée dans un autre endroit donna le même résultat.

Quant à l'action de la quinine, l'opinion de M. Salisbury est conforme aux expériences de M. Calvert :

« La quinine, dit-il, agit en tonifiant l'économie et en *arrêtant le développement cryptogamique*, jusqu'à ce que la nature, aidée des moyens médicaux destinés à exciter les sécrétions, soit capable d'éliminer le poison fébrile. »

En comparant les faits avec les expériences de M. Calvert, relatives : 1° à l'action de l'acide phénique sur les vibrions et les moisissures ; 2° à celle du sulfate de quinine sur les moisissures seules, on est frappé de leur étroite concordance. L'étiologie des fièvres intermittentes et même typhoïdes en reçoit une vive lumière, tandis que la thérapeutique peut y puiser quelques moyens de médication, non moins puissants que rationnels.

Propriétés antifermentescibles du silicate de soude. — M. *Picot* relate quatre expériences desquelles il résulte que le silicate arrête la putréfaction à des doses minimes ; dans l'expérience 3, où rien ne s'est produit, il n'y a que 10 centigrammes du sel en question.

« Ces expériences que j'ai relatées, dit l'auteur, ne sont que le prélude d'autres plus complètes que j'aurai l'honneur de transmettre ultérieurement à l'Académie. Elles viennent à l'appui des travaux de M. Dumas et des faits rapportés par MM. Rabuteau et Fernand Papillon. »

Raies et Torpilles. — M. *L. Ranvier* communique une note sur les *étranglements annulaires et les segments interannulaires chez les Raies et les Torpilles.*

Larves de mouches qui se développent dans la peau de l'homme au Sénégal. — M. *Larrey* présente un extrait d'un travail manuscrit de M. Bérenger-Féraud sur ce sujet.

Le ver dit *de Cayor* semble se former dans le sable, et de là pénètre sous la peau de l'homme ou des animaux couchés par terre, surtout des chiens. On a retiré soixante-dix-huit vers de toutes les parties du corps d'un chien épagneul, et M. Bérenger-Féraud en a compté plus de trois cents sur un jeune animal de même espèce, qui en est mort.

M. *Émile Blanchard* dit à cette occasion :

« La mouche du ver de Cayor paraît n'avoir pas été jusqu'ici apportée en Europe. Elle n'est pas décrite ; selon toute apparence, elle est du genre *Achromyia* de Macquart, très-voisin des *Lucilia*, dont une espèce de la Guyane (*Lucilia hominivorax*) vit souvent à l'état de larve aux dépens de l'homme. La mouche de Cayor pourrait être nommée *Ochromya anthropophaga.* »

Académie de médecine.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements du Pas-de-Calais, de la Vienne, du Cantal et du Gers. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de candidatures de MM. les docteurs *Hirtz*, pour la section de pathologie médicale ; *Mattei*, pour la section d'accouchements ; *Constantin Paul* et *Boinet*, pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. — *b.* Un mémoire anonyme, accompagné d'un pli cacheté, sur la variole, la vaccine et l'inoculation. (*Commission de vaccine.*) — *c.* Un pli cacheté adressé par M. *Ferray*, pharmacien à Évreux. (*Accepté.*) — *d.* La topographie médicale du faubourg Saint-Christophe de Châteauroux par M. *Robert*, médecin en chef de l'hôpital de cette ville.

M. *Béclard* présente un article extrait du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, sur les Maternités, par M. le docteur *Brochin*.

M. *Larrey* présente le 2e fascicule du Traité élémentaire d'histologie, par M. le docteur *Fort*.

M. *Boudet* dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur *Rodet*, président de la Société protectrice de l'enfance de Lyon, un exemplaire de l'ALMANACH DES JEUNES MÈRES.

M. *le Secrétaire perpétuel, par intérim*, met sous les yeux de l'Académie un appareil perfectionné de M. *de Bellina*, pour la transfusion du sang.

De l'oxalate de fer. — M. *Eugène Caventou*, au nom de la Commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport sur une note relative à l'emploi thérapeutique de l'oxalate de fer. Ce sel partage, avec tous les autres agents ferreux, la propriété de remédier à l'appauvrissement du sang, de guérir certaines formes de l'anémie et d'amender la chlorose. Mais il a, en outre, sur ses rivaux, l'avantage de ne pas produire la constipation. C'est ce qui lui a valu les sympathies de la Commission, qui, par l'organe de son rapporteur, propose d'appliquer à la nouvelle préparation martiale le bénéfice du décret de 1850 et son inscription au codex.

Ladite commission se montre d'ordinaire très-avare de pareilles approbations. En général, ses rapports se terminent par cette formule sacramentelle : « il n'y a pas lieu d'accorder....., etc. », et l'Académie approuve sans discussion ces exécutions capitales. Par habitude elle allait, de confiance, souscrire aux propositions du rapporteur, lorsque M. *Boudet* s'est levé et a fait remarquer à ses collègues quelle responsabilité grave ils s'exposaient à assumer, en votant, sans examen préalable et sans debat, les conclusions approbatives du rapport. L'oxalate de fer est une substance connue depuis longtemps; pourquoi donc lui accorder les priviléges d'une découverte thérapeutique?

M. *Mialhe*, renchérissant, ajoute que c'est une mauvaise préparation.

M. *Herard*, qui a été mis en cause dans le rapport, comme chargé d'expérimenter l'oxalate ferreux, de concert avec feu Vigla, fournit les meilleurs témoignages sur l'efficacité de ce sel; il insiste, en particulier, sur son action légèrement laxative, surtout à la dose de 30 à 50 centigrammes.

M. *Gubler* n'a pas à se louer de l'oxalate de fer. Il a été obligé de renoncer à son emploi, parce qu'il déterminait chez ses malades des phénomènes d'irritation gastro-intestinale.

M. *Bouchardat* plaide les circonstances atténuantes en faveur de ce sel, et demande qu'on le soumette à de nouvelles expérimentations cliniques, pour en établir définitivement la valeur.

M. *Devergie* rappelle que M. le docteur Paulet, en étudiant les eaux ferrugineuses de Forges, a trouvé dans la coloration des garderobes un excellent critérium de l'efficacité des préparations martiales. Lorsque le sel de fer passe dans le torrent circulatoire, les garderobes conservent leur couleur naturelle; quand, au contraire, le sel ferreux n'est pas absorbé, il se mêle aux matières fécales et les colore en noir. Dans le premier cas, la médication ferrugineuse est efficace; dans le second cas, elle est sans effet. M. Devergie pense que toute décision doit être ajournée sur l'oxalate de fer, jusqu'à ce qu'il ait été soumis à ce contrôle clinique.

M. *Briquet* fait observer très-judicieusement que l'oxalate ferreux est une préparation de fer comme une autre. Pourquoi lui décerner les honneurs exceptionnels d'une approbation académique? Il suffit que le rapport de M. Caventou ait signalé ses propriétés aux médecins, qui l'emploieront s'ils le jugent à propos.

M. *Gobley* et M. *Chatin*, se ralliant à l'opinion de M. Boudet, demandent l'ajournement du vote et le renvoi du rapport à la commission.

Un peu surpris, sans doute, de cette levée de boucliers de ses collègues de la section de pharmacie, M. E. Caventou n'a pas songé à défendre ses conclusions; il s'est replié en bon ordre sans brûler une cartouche, attendant des jours meilleurs pour le triomphe de l'oxalate de fer.

Expériences sur le fonctionnement du cerveau. — M. le docteur *Édouard Fournié* a entrepris de sonder ce mystère, à la recherche duquel ont échoué les plus grands physiologistes. C'est une tâche laborieuse, ingrate même, mais pleine de gloire pour celui qui la mènera à bonne fin. Il y a déjà un immense mérite à la tenter; et si M. Fournié ne parvient pas à résoudre le problème, il ne lui en restera pas moins l'honneur de l'avoir poursuivi avec une rare persévérance, et d'avoir ouvert sur ce point important des voies nouvelles et fécondes à l'expérimentation.

Il a d'adord imaginé un procédé qui lui permet de détruire à volonté un point limité de la substance cérébrale, sans compromettre la vie de l'animal en expérience. Ce procédé consiste à pratiquer un petit trou sur le crâne (non d'un homme, mais d'un chien), au moyen d'un perforateur, et à injecter avec la seringue de Pravaz quelques gouttes d'une solution de chlorure de zinc colorée avec de l'aniline. Après avoir observé les troubles du mouvement ou du sentiment que cette opération provoque, il sacrifie l'animal, et il constate alors le siége précis de la lésion.

Ces expériences, pratiquées sur quarante chiens, ont conduit l'auteur à la détermination des points anatomiques principaux qui représentent les rouages essentiels de la fonction cérébrale, et à une interprétation plus satisfaisante des lésions pathologiques de l'encéphale.

Suivant M. Fournié, toutes les fibres impressionneuses viennent aboutir dans les couches optiques et déterminent dans cet organe, quand leur activité est mise en jeu par un objet impressionnant, un phénomène vital élémentaire, qu'il désigne sous le nom de *perception simple*.

Les cellules qui sont disséminées à la périphérie corticale du cerveau conservent en puissance une modalité dynamique capable de transmettre ses effets jusqu'aux couches optiques à travers les fibres du noyau blanc de l'encéphale, et de réveiller ainsi le centre de perception. Ce réveil donne naissance aux perceptions de souvenir. Les modalités dynamiques dont les cellules de la périphérie corticale sont capables représentent sous une forme sensible les notions acquises; elles représentent donc quelque chose de plus qu'une perception simple : elles représentent celle-ci, plus un travail de l'esprit. Les notions acquises sont organiquement associées, classées à la périphérie corticale du cerveau; et elles peuvent, par le réveil de l'activité des cellules, se montrer successivement dans le centre de perception. C'est pourquoi, lorsqu'une lésion a intéressé un point de la phériphérie corticale du cerveau, l'association des idées peut être troublée, et selon la nature de la lésion (congestion, inflammation ou nécrobiose), il peut se manifester des phenomènes d'excitation, des manies, des hallucinations, du délire, de l'amnésie, ou de la stupidité.

Les corps striés, analogues aux amas de substance grise que l'on trouve dans le segment antérieur de la moelle, sont constitués par des cellules motrices. Ici, comme dans la moelle, ces cellules reçoivent l'incitation des cellules impressionneuses, et à leur tour elles provoquent dans les fibres motrices un mouvement corrélatif aux incitations que leur transmettent les cellules impressionneuses.

M. Fournié ne se flatte pas d'avoir dit le dernier mot de la physiologie cérébrale; mais il ne désespère pas d'atteindre le but en réalisant, s'il est possible, la découverte expérimentale du mécanisme intime des actions nerveuses qui s'accomplissent entre les couches optiques, la périphérie corticale et les corps striés. Nous lui souhaitons sincèrement de découvrir ce nouveau monde.

A quatre heures et demie, comité secret. Dans la prochaine séance aura lieu l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

A. Linas.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

PONCTIONS ASPIRATRICES DANS LES HERNIES. — TRAITEMENT DU TÉTANOS PAR LES COURANTS CONTINUS. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU TÉTANOS. ABLATION D'UN CANCER DU RECTUM.

M. *F. Terrier* lit une observation de hernie crurale étranglée traitée sans succès par les ponctions aspiratrices et guérie après l'opération de la kélotomie. La malade, âgée de soixante-six ans, portait depuis dix-sept ans une grosseur au pli de l'aine, sortant souvent, mais toujours réductible. Jamais cette grosseur ne fut maintenue par un bandage. La veille de l'entrée de la malade à l'hôpital, la hernie devint irréductible et douloureuse. On constata dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'un œuf, sonore en partie, douloureuse, ayant un pédicule volumineux. Le taxis sans chloroforme ne donne aucun résultat. M. Terrier fait une ponction avec un aspirateur de petit volume et l'aiguille n° 1 dans la partie sonore de la tumeur : issue d'un quart de verre de liquide accompagné de gaz. La hernie diminue de moitié mais reprend bientôt son volume primitif. Le taxis avec chloroforme ne produit rien. Deux nouvelles ponctions aspiratrices furent aussi faites sans résultat. La malade avait de la fièvre; les signes d'étranglement persistaient. M. Terrier fit l'opération vingt-quatre heures après le début de l'étranglement. Le sac contenait de l'intestin et de l'épiploon. Des recherches minutieuses ne permirent pas de retrouver les trois piqûres. La malade quitta l'hôpital complétement guérie. L'aspiration n'a pas donné un résultat heureux, mais elle n'a pas entravé le traitement ordinaire. (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Verneuil, Tillaux et Duplay)

— M. *Le Fort* reçut dans son service, il y a dix jours, un malade de trente-huit ans qui avait à la main gauche une plaie par écrasement. Ce malade, qui était en traitement chez lui depuis quinze jours, avait un commencement de trismus et de roideur à la nuque dès son entrée à l'hôpital. Le traitement par l'alcool à haute dose et les bains de vapeur n'arrêtèrent pas les progrès du mal : les muscles de la poitrine, du dos, des membres, étaient rigides; le diaphragme seul servait à la respiration.

Le 17 octobre, M. Le Fort prescrit l'application d'un courant ascendant le long de la colonne vertébrale; le malade était pris d'un accès de suffocation et se cyanosait rapidement. Pouls fréquent et petit, mort imminente. Mais aussitôt que le courant ascendant fut établi, les muscles tombèrent brusquement en résolution, la cyanose disparut et le malade put parler. L'état général resta satisfaisant pendant la journée; le courant fut continué avec dix éléments (très-petits éléments au bisulfate de mercure). La nuit fut bonne. Le 18 octobre, peu de rigidité, le malade se meut dans tous les sens et parle beaucoup; mais le soir la respiration redevient très-gênée, et à huit heures le malade meurt asphyxié.

Le malade de MM. Dubreuil et Onimus, traité par le chloral et les courants continus, a guéri; on avait fait usage des courants descendants et par séances de quinze minutes. M. Le Fort a, au contraire, employé le courant ascendant et d'une façon permanente, d'abord avec quinze et vingt éléments, puis avec dix éléments seulement.

M. *Dubreuil* demande à M. Le Fort pourquoi il a employé de préférence le courant ascendant, car jusqu'ici le courant descendant, considéré comme résolutif, a été employé avec succès.

M. *Le Fort* s'est mieux trouvé des courants ascendants que des descendants pour obtenir la résolution.

— M. *Verneuil* vient soumettre à la Société de chirurgie quelques remarques sur l'évolution du tétanos et sur une des causes de la mort dans cette redoutable maladie. M. Verneuil part d'un fait incontestable et incontesté, savoir : l'élévation de la température dans les dernières périodes de la maladie. Dans les derniers jours ou dans les dernières heures qui précèdent la mort, il est de règle de voir le thermomètre marquer 40 degrés et même plus. Ce phénomène a reçu diverses explications. On l'a attribué à l'intensité, à la généralisation de la contracture et à l'altération du sang consécutive à l'exagération fonctionnelle des muscles; on l'a attribué à l'irritation de la moelle épinière et surtout de la partie supérieure de cet organe, à un certain degré de myélite, à l'excitation d'un foyer régulateur de la chaleur animale qu'on place arbitrairement dans la moelle allongée. L'observation ne permet guère d'accepter ces interprétations.

En effet, M. Verneuil a vu des tétaniques en état de contracture généralisée depuis quinze jours, et cependant la température oscillait entre 37 et 38 degrés. Dans ces cas l'urine ne révélait point une surcharge du sang par les produits de désassimilation.

Chez d'autres malades, morts au sixième et au septième jour avec les phénomènes les plus marqués de la maladie et avec les températures les plus extrêmes, M. Verneuil a enlevé la moelle, qui, examinée par M. Vulpian, était tout à fait saine. Ainsi les causes de l'élévation de température étaient encore à découvrir. Une opération et une autopsie ont peut-être indiqué à M. Verneuil la cause de cette élévation de température dans la dernière période du tétanos.

Un jeune homme entre dans les salles de M. Verneuil pour une brûlure superficielle de la jambe gauche. La guérison était presque complète quand le malade eut un léger trismus. L'état général était bon. Traitement par le chloral. Les accidents marchèrent rapidement. Moins de quinze heures après le début du tétanos, plusieurs accès de suffocation. A neuf heures du soir, M. Verneuil pratique la trachéotomie, qui amène une amélioration notable. Le lendemain matin, le malade est calme, presque gai, la déglutition est plus facile; mais il y a de la fièvre et la température s'est élevée. Respiration un peu gênée. A l'auscultation du côté droit, à la pointe de l'omoplate, souffle et râle sous-crépitant : pneumonie. La température atteint 40 degrés. Mort dans la nuit, trente heures après l'ouverture de la trachée.

A l'autopsie, M. Verneuil s'attendait à trouver une congestion pulmonaire généralisée, comme on l'observe de coutume chez les tétaniques. Il n'en fut pas ainsi. Le tiers antérieur des deux poumons paraissait sain, mais les deux tiers postérieurs sont denses, manifestement congestionnés. A la coupe, on voit sourdre des gouttelettes de muco-pus. A la pointe de l'omoplate droite, broncho-pneumonie.

Ainsi la mort était venue par le poumon, mais non à la manière réputée commune, c'est-à-dire à la suite de l'asphyxie : elle avait été réellement causée par une bronchite double occupant la presque totalité des deux poumons.

— M. *Polaillon* lit une observation d'ablation d'un cancer du rectum par le procédé de Denonvilliers.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU TÉTANOS. — OBSERVATION D'ANÉVRYSME CIRSOÏDE. — PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

M. *Verneuil* continue sa communication sur le tétanos. Il a observé un autre malade qui est aujourd'hui en voie de guérison et chez lequel au quinzième jour du tétanos les accès de suffocation furent tels que la trachéotomie devint nécessaire. Quelques minutes après cette opération, expulsion par la canule d'une grande quantité de muco-pus; il y avait bronchite généralisée, avec sécrétion abondante de pus dans les bronches. Dans ce cas, la température excessive (environ 40 degrés)

trouverait aussi son explication dans l'inflammation de la muqueuse bronchique.

Déjà M. Verneuil avait rencontré chez les tétaniques des pneumonies étendues; mais comme chez ces malades morts de tétanos il y avait en même temps phlegmon diffus ou septicémie grave, on n'était pas en droit de rapporter les lésions pulmonaires exclusivement au tétanos. En résumé, M. Verneuil pense que l'élévation brusque de température, qui ordinairement annonce la mort dans le tétanos, pourrait être attribuée aux lésions inflammatoires du poumon.

M. *Lannelongue* fit l'an dernier l'autopsie d'un tétanique mort en quelques heures. Dans le poumon, il rencontra de nombreux noyaux hémorrhagiques; le malade avait succombé à une asphyxie rapide. Dans ce cas, l'élévation de température qui avait été constatée trouve encore son explication, car dans l'asphyxie rapide il y a élévation de température.



Fig. 1.

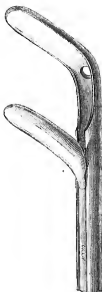


Fig. 2.

— M. *L. Labbé* lit une observation d'anévrysme cirsoïde de la région temporo-pariétale gauche. La malade a été présentée à la Société de chirurgie il y a sept mois. L'observation complète est publiée dans la thèse de M. F. Terrier (agrégation en chirurgie, 1872, p. 151).

— *Commission du prix Duval.* — MM. Lannelongue, Tillaux, Duplay, Panas, Trélat.

— *Commission du prix Laborie.* — MM. Paulet, Blot, Verneuil, Guéniot, Le Fort.

— M. *Lannelongue* met sous les yeux des membres de la Société un nouveau lithoclaste à mouvements latéraux, exécuté par M. Collin d'après les indications du docteur Amussat. Cet instrument (voy. fig. 1) a la forme des brise-pierre ordinaires à pignon et à percussion, mais il en diffère par les mors du bec, qui étant plats et à bords mousses (voy. fig. 2) permettent de faire dans la vessie toutes les recherches nécessaires, sans offenser la muqueuse. De plus, au moyen d'un cliquet BB' s'engageant à volonté dans le carré de la branche femelle, on peut rendre la branche mâle immobile, ou en le retirant lui permettre un certain mouvement de latéralité (voy. fig. 3) au

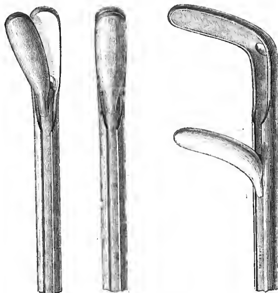


Fig. 3 Fig. 4.

moyen duquel on débarrasse complétement le bec de l'instrument des détritus lithiques.

Cet instrument diffère de celui du docteur Vinci (voy. fig. 4) par la forme du bec et la simplicité du mécanisme à l'aide duquel la branche mâle est fixée dans la branche femelle. La forme du bec de ce lithoclaste, en rendant l'introduction difficile pour le chirurgien et pénible pour le malade, M. Amussat a fait donner au bec de son instrument une inclinaison sur la tige qui en rend l'introduction aussi facile et aussi peu sensible que celle des brise-pierre ordinaires; mais en faisant cette modification, son auteur ne s'est pas dissimulé qu'il en diminuait la puissance; aussi le réserve-t-il pour le broiement des fragments peu résistants, et principalement pour les dernières séances de lithotripsie, lorsqu'on doit rechercher et broyer des fragments durs mais peu volumineux. Notre confrère l'a déjà employé avec avantage chez deux de ses malades.

REVUE DES JOURNAUX.

Étude physiologique sur les effets toxiques de l'Inée (poison des Pahouins), par MM. Polaillon et Carville.

L'*inée* ou *onage*, est une substance vénéneuse connue au Gabon sous le nom de *poison des Pahouins*, et fournie par la graine d'une plante de la famille des Apocynées, qui est en botanique dénommée *Strophantus hispidus*, ainsi que l'a établi

M. Baillon. Ce poison paraît être extrait des graines sous forme d'un suc qui sert à empoisonner de petites flèches.

MM. Polaillon et Carville viennent de faire sur les flèches empoisonnées et les graines qui fournissent la substance toxique une série de recherches des plus intéressantes, qui établissent que l'Inée est un des poisons du cœur les plus actifs que l'on connaisse.

Dans une première partie, les expérimentateurs étudient les effets physiologiques de la graine et de ses feuilles. Ils ont principalement employé l'extrait obtenu par la macération des graines dans l'alcool. Cet extrait est jaunâtre, d'une odeur vineuse, d'une consistance semblable à de la cire, graissant le papier et les doigts.

Après avoir établi dans des expériences d'essai que l'*inée* agit à la manière des poisons du cœur, en paralysant cet organe, MM. Polaillon et Carville ont étudié avec une grande précision le mode d'action de l'Inée sur les grenouilles, sur les escargots, qui résistent à l'action de la digitaline, et sur les animaux à sang chaud : souris, oiseaux, lapins, chats et chiens.

Cette première série d'expériences, sur lesquelles nous reviendrons lorsque les auteurs en auront complété la publication, offre des résultats très-importants.

L'inée agit plus énergiquement que la digitaline, que l'antiarine; c'est un poison du cœur d'une puissance extrême. 3 milligrammes tuent une grenouille, un moineau ou un chien. Les diverses espèces d'animaux présentent une résistance variable à l'empoisonnement : il faut 5 milligrammes pour tuer l'escargot; une souris a résisté à 3 milligrammes d'extrait, tandis que cette dose empoisonne un chien d'un poids 955 fois plus considérable.

L'empoisonnement par l'inée, chez les animaux à sang chaud, se traduit par des symptômes constants. La mort arrive par l'arrêt du cœur. Cet organe est complétement immobile si l'on ouvre l'animal immédiatement après la mort, qui est annoncée par l'arrêt des pulsations; les fibres musculaires du cœur ont perdu leur contractilité au moment où celui-ci cesse de battre.

Avant de s'arrêter, les battements du cœur passent par des alternatives d'irrégularité, de fréquence et de ralentissement. Le trouble de la circulation et, par suite, de l'hématose, a pour conséquence la dyspnée, et presque aussitôt se produisent des nausées avec leurs formes d'expression variant suivant les animaux. Bientôt surviennent des vomissements, fait qui est ordinairement observé avec les poisons du cœur, ainsi que l'a fait remarquer M. Vulpian. Ces divers troubles, l'état syncopal qui les accompagne, déterminent un affaiblissement qui va jusqu'à la somnolence et la résolution musculaire, et, de plus, il se produit des tremblements des muscles ayant pour cause une altération de la contractilité de ces organes. Enfin, après quelques efforts, quelques gémissements ou quelques cris, l'animal tombe et meurt sans convulsions. Ces faits exposent déjà très-nettement l'action toxique de l'inée; ils sont bien plus explicites et plus complets que la communication que M. Pelikan a faite en 1865 à l'Académie des sciences (voy. *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 377). Les auteurs, en rappelant que le professeur de Saint-Pétersbourg a le premier signalé l'action toxique du poison des Pahouins sur le cœur, n'ont pas eu à craindre qu'on puisse songer de leur contester le mérite de recherches qui intéressent vivement les physiologistes et prépareront des applications à la thérapeutique. (*Archives de physiologie norm. et pathol.*, n° 5, septembre-octobre 1872.)

Travaux à consulter.

Un cas de myxome mixte de la cuisse avec myxomes secondaires du poumon, par le docteur A. Weichselbaum. — Il s'agit d'un myxome ayant pour point de départ le fémur; il renfermait des productions cartilagineuses et ostéoïdes; la particularité remarquable de ce fait est la généralisation du myxome dans les poumons. (*Archiv f. path. Anat. u. Phys.*, 45e Bd., I et II Heft.)

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveaux éléments de physiologie humaine, par W. Wundt, professeur à l'Université d'Heidelberg. Traduits de l'allemand sur la 2e édition, et augmentés de Notes par le docteur Bouchard, professeur agrégé de l'ancienne Faculté de Strasbourg. —Paris, 1872, Savy.

Rien n'a plus contribué à grandir à nos yeux les travaux scientifiques des Allemands que notre ignorance même de ces travaux. Cette proposition peut paraître paradoxale au premier abord, et cependant il n'y a là que le résultat d'une tendance propre à l'esprit humain. Le prestige qui entoure les hommes et les choses perd toujours plus ou moins de son éclat par le rapprochement, la fréquentation, la connaissance exacte de la réalité. Car alors la part de l'imagination se restreint; celle des fautes, des erreurs, des imperfections, s'apprécie, et cela réduit souvent de beaucoup la somme de ce qui est vrai et digne d'admiration.

Les œuvres scientifiques d'outre-Rhin, généralement mal connues de nos hommes de science, nous ont cependant été présentées, dans ce qu'elles ont d'important, par quelques vulgarisateurs qui n'ont point épargné d'ordinaire les formules laudatives à leur égard. Il faudrait, je crois, une dose d'infatuation par trop immense pour que l'Allemagne eût à se plaindre de nous sous ce rapport. Certains travaux d'une grande valeur ont exercé sur nous une telle fascination que nous en avons perdu le sens critique. Notre engouement nous a conduits à admettre comme vérité d'Évangile tous faits signés d'un nom ayant des allures germaniques. Pour beaucoup d'entre nous la moindre thèse d'un écolier de Berlin, de Heidelberg, etc., est devenue parole de maître. Nombre d'auteurs, voire de professeurs, n'ont plus manifesté d'estime que pour les produits portant l'étiquette de l'étranger. Notre jeune génération n'entendant et ne lisant que la critique, trop souvent le dénigrement, des travaux français, que la louange et la consécration sans contrôle des travaux d'outre-Rhin, a naturellement suivi le courant qui lui était imprimé en y emportant elle-même sa part d'exagération. Elle s'est insensiblement déshabituée de suivre les progrès accomplis dans notre propre pays, elle en a perdu la tradition, et on l'a vue savourer et exalter des travaux entièrement français par le fond et les détails, mais qui lui étaient revenus sous la marque allemande, légèrement corrigés et augmentés de quelques vues plus ou moins nouvelles, inspirées par les progrès naturels de la science de tous les pays.

De leur côté, les Allemands, justement fiers des œuvres de leurs compatriotes, cherchent, de parti pris, à faire le silence sur les travaux des nôtres; ils tendent à s'approprier la part que nous avons prise à la solution des questions que des siècles doivent mettre à résoudre, et dernièrement encore ils nous ont montré les plus tristes sentiments en voulant effacer des tablettes de la science le nom de notre Lavoisier. C'est là un genre d'annexion que la justice de l'histoire n'excusera pas plus qu'un autre.

Sans doute, les Allemands ont produit beaucoup dans ces dernières années; en le reconnaissant, nous nous flattons d'être plus justes à leur égard qu'ils ne le sont vis-à-vis de nous. Une grande partie de leur activité scientifique doit être rapportée à leur organisation universitaire, aux encouragements de diverses sortes qu'y trouvent les travaux de l'esprit. En cela, comme dans l'art de la guerre, nous avons beaucoup à leur emprunter. Mais il n'y a là que des raisons secondaires de supériorité. Nous sommes convaincu qu'une connaissance plus complète des travaux de nos voisins ne peut manquer de nous les faire apprécier plus sainement. En même temps que tombera ce mystérieux prestige qu'inspirent l'inconnu et les productions des lointaines contrées, nous verrons

que, comme dans toutes les œuvres humaines, les travaux scientifiques des Allemands renferment une portion assez étendue d'erreurs, d'inexactitudes, d'illusions, de déductions prématurées, de théories non fondées, de faits mal observés, etc.

Rendre une stricte et égale justice aux savants des deux pays, sans *germanomanie*, mais aussi sans *chauvinisme*, c'est ce qu'a toujours essayé de faire la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Continuer ce rôle sans esprit de rancune, c'est ce qu'elle se propose. Une plus large part faite dans notre éducation à l'étude des langues vivantes permettra aux jeunes générations de s'associer à cette œuvre scientifique; mais d'ici là nous devons savoir gré aux personnes qui, plus favorisées que la plupart d'entre nous, se donnent la peine et le mérite de nous offrir des traductions utiles à plus d'un point de vue. Il en vient de paraître une; c'est celle des NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE HUMAINE, de Wundt, entreprise par un professeur agrégé de l'ancienne Faculté de Strasbourg, M. Bouchard.

Ce livre est écrit dans un style net et concis, ce qui n'est pas dans les habitudes d'esprit des auteurs allemands, ni dans le génie de leur langue. Nul doute que le traducteur, en physiologiste compétent, n'ait une grande part dans cette exposition des idées. La concision n'a exclu aucun des faits importants, car l'œuvre est au courant de la science. Mais peut-être le lecteur doit-il déjà l'être un peu lui-même pour recueillir tous les fruits de la lecture d'un pareil ouvrage. Les livres qualifiés d'éléments ne sont souvent qu'un résumé des sciences qui font leur objet, et leur compréhension n'est parfaitement claire que pour ceux qui en possèdent les détails. C'est là un écueil que la physiologie de Wundt n'évite peut-être pas. On pourrait presque dire que les précis de cette sorte l'évitent d'autant moins qu'ils sont plus complets. Concentrer la physiologie de l'homme dans 600 pages n'est pas une tâche facile à notre époque.

Les données de cette science se sont tellement accrues, depuis quelques années, qu'on ne saurait que fort difficilement les renfermer dans ces étroites limites, sans commettre des omissions importantes ou donner aux faits des développements par trop sommaires.

Quoi qu'il en soit, la traduction que M. Bouchard offre au public ne peut manquer de rendre de nombreux services, aux étudiants surtout, qui y trouveront le résumé complet de la physiologie de nos jours, sous la forme concise propre à rappeler, en les classant avec méthode, les faits plus développés recueillis aux leçons de leurs maîtres. De nombreuses figures intercalées dans le texte favorisent beaucoup la lecture, et complètent avantageusement les descriptions. Les faits principaux sont typographiés en gros caractères; les questions accessoires, les faits historiques, les détails d'expériences, sont en petits caractères. Cette disposition rend les recherches plus faciles et vient en aide à la mémoire.

L'analyse d'un pareil ouvrage ne saurait être tentée. Mais nous appellerons surtout l'attention sur la première partie, consacrée à la physiologie générale, partie très-importante et développée avec un grand sens philosophique. Les éléments de physiologie de Wundt sont très-goûtés en Allemagne; ils sont à leur deuxième édition; la traduction de M. Bouchard obtiendra-t-elle le même succès en France? Nous le lui souhaitons.

V.

VARIÉTÉS.

ACADÉMIE DE PARIS. — Le ministre de l'instruction publique ayant décidé qu'il y a lieu de pourvoir aux chaires d'anatomie pathologique et d'opérations et appareils, vacantes à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à ces chaires sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 20 novembre : 1° leur acte de naissance; 2° leur diplôme de docteur; 3° une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — La Société centrale, dans sa dernière séance, a procédé aux admissions suivantes : MM. Damaschino, Hallopeau, Ledentu, Périer, Poiré, Quarante, de Saint-Jean, Selsis, Travis.

— Voici la liste des dons faits récemment à la caisse des pensions viagères : la Société centrale, 10 000 fr.; la Société de l'Isère, 50 fr.; la Société de la Dordogne, 500 fr.; la Société de Provins (Seine-et-Marne), 353 fr.; la Société de Chatillon-sur-Seine, 1000 fr.; la Société de la Haute-Savoie, 500 fr.; MM. les docteurs Ricord, 500 fr.; Guelliot (de Vouziers), 100 fr.; Gros (Léon), de Paris, 300 fr.; Dufay (de Gisors), 100 fr.; A. Ferrand (de Paris), 100 fr.; B. Horteloup, 1000 fr.

ASSEMBLÉE NATIONALE. FACULTÉ DE MÉDECINE A LILLE. — Le JOURNAL OFFICIEL donne, dans son numéro du 13 novembre, le rapport, *fait le 2 avril*, sur la proposition émanée de MM. Vente, Testelin, Brame, etc., de créer à Lille une Faculté de médecine et de pharmacie. Le rapport est favorable, et voici le texte de la proposition de loi :

Article 1er. — L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille est supprimée.

Art. 2. — Il est créé à Lille une Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Art. 3. — Les frais d'établissement, d'entretien et de service annuel de cette institution seront à la charge exclusive de la ville de Lille, conformément à l'engagement pris par son Conseil municipal, dans sa délibération du 12 juillet 1872.

TEMPLE D'ESCULAPE. — Sur l'emplacement du port antique de l'île de Thasos, M. Miller vient de retrouver des débris d'un temple d'Esculape, avec deux inscriptions, dont une mentionne le don d'une *main* (sans doute en *ex voto*, comme c'était l'usage).

— La Société de médecine de Rouen vient de constituer son bureau, pour 1872-1873, ainsi qu'il suit : Président, M. le docteur Bouteiller; vice-président, M. le docteur Bedouin, médecin au 3e hussards; secrétaire de bureau, M. le docteur Borel; secrétaire de correspondances, M. le docteur Ballay; trésorier, M. le docteur Douvre.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 2 au 9 novembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0.— Rougeole, 1. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 22. — Typhus, 0. — Érysipèle, 8. — Bronchite aiguë, 11. — Pneumonie, 37. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 13. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 7. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 6. — Autres affections aiguës, 203. — Affections chroniques, 294 (1). — Affections chirurgicales, 48. — Causes accidentelles, 12. — Total, 682.

Londres : Décès du 27 octobre au 2 novembre 1872, 1306. — Variole, 14; rougeole, 12; fièvre scarlatine, 21; croup, 10; coqueluche, 28; fièvre typhoïde, 18; diarrhée, 18; bronchite, 182; pneumonie, 91.

Rome : Décès du 21 au 27 octobre 1872, 185. — Fièvre typhoïde, 4; variole, 4; rougeole, 2; diphthérie et croup, 7; bronchite, 3; pneumonie, 5.

Florence : Décès du 20 au 26 octobre 1872, 98. — Fièvre typhoïde, 6; bronchite et pneumonie, 3; variole, 1; diphthérie, 7; diarrhée, 1.

(1) Sur ce chiffre de 294 décès, 137 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 21 novembre 1872.

La septicémie.

(Deuxième article.)

M. Davaine ne s'est pas borné à la publication des faits expérimentaux dont nous avons exposé le résumé ; il a de plus donné une interprétation de leurs résultats, et, en cherchant à les expliquer, il en a, en quelque sorte, constitué la théorie. Celle-ci a été précisée, développée même, dans des communications successives. Nous l'envisagerons aujourd'hui dans son ensemble; puis nous en discuterons les points les plus essentiels, laissant de côté quelques déductions que M. Davaine a cru pouvoir faire par rapport aux maladies infectieuses ou putrides en général, et auxquelles il paraît lui-même avoir renoncé sans difficulté.

Partant du fait expérimental de l'action toxique produite par le sang du lapin inoculé avec le sang putréfié, M. Davaine déclare avoir créé chez le lapin une maladie mortelle; et comme celle-ci succède à l'introduction de sang septique, il la dénomme septicémie. Pour lui cette expression représente à la fois le mode de production de l'altération du sang et cette altération elle-même. Il a ajouté également que, par ce terme, il ne veut nullement identifier cette maladie avec ce que les chirurgiens ont appelé septicémie; en conséquence, pour plus de facilité et comme il faut un qualificatif, nous nous permettons de la désigner sous le nom de septicémie du lapin.

Celle-ci, pour le présent, offre les caractères suivants :

La septicémie est produite par la putréfaction du sang dans l'organisme du lapin; le ferment de la putréfaction, par son séjour dans l'animal vivant, acquiert une intensité considérable. Cette maladie est surtout caractérisée, si l'on peut le dire, par la mort, ordinairement rapide, quelquefois presque foudroyante. Le symptôme dominant est l'élévation de la température; les lésions seraient nulles. Par conséquent, difficile à constater pendant la vie, elle le serait encore après la mort si l'on n'avait un véritable réactif : l'inoculation du sang à un autre lapin. Celui-ci meurt si le premier était réellement septicémique. La même forme de septicémie a été observée chez le rat; mais pour le chien et le cheval, on n'a pas jusqu'à présent produit la septicémie telle que M. Davaine l'a décrite pour le lapin. Chez le cobaye, des phénomènes analogues s'observent, mais avec moins de constance.

Nous devons donc étudier, d'une part, le seul processus pathologique décrit, la putréfaction chez le vivant ; d'autre part les caractères symptomatologiques. Sur le premier point, M. Davaine explique ainsi la putréfaction : le sang qui se putréfie à l'air est moins toxique, moins virulent, parce que l'ammoniaque et l'acide sulfhydrique, reconnaissables à leur odeur, détruisent au bout de quelque temps le virus ou ferment, c'est-à-dire l'agent toxique de la putréfaction. De même que la *Torula cerevisiæ* du moût de raisin peut être tuée par l'alcool qu'elle produit, les agents toxiques de la putréfaction sont détruits par la putréfaction prolongée. Que si le sang putréfié est mêlé au charbon ou au carbonate de plomb, qui lui enlèvent toute odeur, et qu'il soit maintenu à une température de 37 degrés pendant plusieurs heures, le sang ainsi putréfié sans produire d'odeur est plus actif que le sang putréfié à l'air libre.

L'animal est un appareil bien plus parfait, parce que, lorsque la putréfaction se continue dans le sang, au milieu d'une température élevée, les produits ammoniacaux sont éliminés par les reins, l'acide sulfhydrique exhalé par les voies respiratoires, c'est-à-dire que la putréfaction dans le lapin vivant est favorable au développement des propriétés virulentes ou septiques; ce qui explique l'intensité des effets toxiques produits par le sang du lapin septicémique.

Donc, pour M. Davaine, la septicémie est une putréfaction

FEUILLETON.

Étude médico-légale sur la folie, par M. Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. Avec quinze fac-simile d'écriture d'aliénés. Paris, 1872. — Chez J.-B. Baillière et Fils.

Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs, par M. A. Tardieu. 6e édition. Paris, 1872. — Chez J.-B. Baillière et Fils.

Le premier de ces livres comble heureusement une importante lacune dans la littérature médicale. Hier encore, nous vivions sur le passé, et ceux qui voulaient acquérir quelques notions spéciales sur la médecine légale des aliénés en étaient réduits à les chercher dans les ouvrages, justement estimés sans doute, mais déjà bien anciens, de Fodéré, d'Hoffbauer, de Georget et de Marc. Ces ouvrages représentent, pour ainsi dire, les premiers essais de jurisprudence médicale, les premières tentatives d'interprétation scientifique appliquée aux articles du code civil concernant la capacité et aux articles du code pénal touchant la responsabilité. Depuis lors, des faits nombreux et variés, des expertises pratiquées par de savants aliénistes, des rapports émanés de médecins d'une haute compétence, des décisions et des jugements rendus par les cours et les tribunaux, ont enrichi la médecine légale d'une grande abondance de matériaux nouveaux et de documents précieux, élucidé bien des points restés longtemps indécis et obscurs, dissipé une quantité d'erreurs, de malentendus, de préventions et de défiances. De plus, beaucoup de questions difficiles, controversables, ont été traitées avec une incontestable autorité dans des articles isolés, dans des publications partielles, dans de mémorables discussions au sein de la Société médico-psychologique. Mais ces matériaux, ces documents, ces faits, ces publications, ces discussions, épars et disséminés,

qui s'accomplit dans le sang d'un animal vivant; l'agent de cette putréfaction est un ferment ou un virus, et pour être l'un et l'autre il n'a pas besoin de changer de nature; le ferment passant par le lapin devient virus pour le lapin.

Telle est la nature même de la septicémie du lapin. Il est vrai que M. Davaine ne donne pas de renseignement précis à propos de ce ferment qui, devenant virus, n'est alors connu que par un effet, à savoir: la mort du lapin inoculé. La putréfaction, chez le vivant, ne développe pas d'odeur; elle n'est pas accompagnée de la production de bactéries et de vibrioniens; elle n'est reconnaissable que parce qu'elle tue.

Il nous paraît un peu difficile qu'on puisse être assez convaincu de l'infaillibilité du *lapin réactif*, pour admettre comme démontrée la putréfaction du sang caractérisée par des signes négatifs: absence de ferments organisés, absence d'odeur; et nous ne pouvons considérer la définition de la septicémie donnée par M. Davaine, qu'au titre d'une explication, d'une hypothèse, qui n'est pas encore démontrée par des preuves suffisantes pour faire admettre un processus si différent de ce que nous connaissons sur la putréfaction.

Lorsque nous cherchons dans la symptomatologie les caractères de la septicémie du lapin, nous ne trouvons d'abord que l'élévation de la température; mais M. Davaine nous renvoie aux expérience de Coze et Feltz. Ces deux savants ont, en effet, donné la relation des symptômes observés dans la septicémie du lapin. « La fièvre, des symptômes pulmonaires et intestinaux, une diminution de nutrition très-sensible, une mort brusque, sont les signes les plus saillants de ce genre d'infection. » (*Recherche sur les maladies infectieusess*, p. 73, 1872). MM. Coze et Feltz ont ajouté bien d'autres caractères, et, en particulier, l'examen du sang, des gaz du sang; ils ont même noté des lésions nécroscopiques, et par-dessus tout ils ont signalé dans le sang l'existence de bactéries qu'ils décrivent et considèrent comme jouant le rôle de ferments. Or, nous ne pouvons supposer que M. Davaine admette complétement les descriptions de MM. Coze et Feltz, puisqu'il n'a pas observé d'altérations dans le sang du lapin septicémique, bien que lui-même, dans ses expériences publiées le 25 janvier 1869 à l'Académie des sciences, ait signalé des bactéries dans le sang des cobayes et des lapins septicémiques. « S'il existe des bactéries dans le sang des animaux morts de septicémie, ces filaments sont doués de mouvements spontanés. » (*Gaz. hebdomad.*, p. 10, 1869). De tout cela, nous devons conclure que M. Davaine n'attache pas d'importance à la présence des bactéries ou qu'il n'en a pas constaté l'existence constante chez le lapin septicémique.

En nous bornant à la description de M. Davaine, c'est la mort qui nous apparaît comme le phénomène *symptomatologique* essentiel. Si M. Davaine constatait l'élimination de l'ammoniaque, celle de l'acide sulfhydrique que produirait la putréfaction du sang; ou bien si M. Davaine retrouvait chez ses lapins un ferment accessible à l'observation directe, par exemple des infusoires animaux ou végétaux; alors l'hypothèse reposerait sur une base plus solide. Au contraire, il semble que le ferment, en se transformant en virus, devient insaisissable, c'est-à-dire que la putréfaction se change en un *état virulent du sang* dont le lapin est le seul réactif certain.

Voilà, en résumé, la théorie de M. Davaine; pour qu'elle soit démontrée, ou pour qu'elle soit complète, il resterait bien des lacunes à combler.

De plus, elle ne nous paraît pas répondre à tous les faits, car elle n'explique pas ceux dans lesquels on trouve des lésions rappelant les phénomènes pathologiques produits par les diverses substances putrides, et qui, sous le nom de septicémie et d'infection putride, ont été l'objet de recherches si nombreuses et l'origine de théories si diverses, que M. Davaine a pu dire qu'on ne s'entendait pas toujours très-nettement sur la définition de la septicémie. En réservant ce nom aux phénomènes qu'il a produits chez les lapins, le savant académicien espère sans doute que la question sera simplifiée. Elle le serait en effet si, de la septicémie du lapin, on pouvait conclure à la septicémie des autres animaux. Malheureusement, les faits observés par M. Bouley et par M. Colin, les expériences de MM. Coze et Feltz eux-mêmes, celles de M. Tillaux dont nous attendons toujours le complément, celles que nous avons pratiquées nous-mêmes, nous prouvent déjà que la théorie de M. Davaine n'est pas applicable dans tous ses points à d'autres animaux que le lapin. Question d'espèce, dit M. Davaine; soit; mais alors les faits observés sur le lapin ne suffisent plus pour constituer une théorie aussi importante que celle dont M. Davaine a commencé l'édification.

Pour ceux qui ne seraient pas convaincus de la nécessité de constituer une forme spéciale d'accidents putrides appelée septicémie des lapins, et nous sommes du nombre, quelle sera la signification des faits observés par M. Davaine?

Nous répondrions volontiers que jusqu'à présent ces faits

---

n'étaient que d'un profit médiocre pour la généralité des médecins. Il manquait toujours un ouvrage récent et complet sur la matière, un traité *ex professo*, qui pût servir de guide et de règle de conduite dans les expertises médico-judiciaires si délicates et si graves que soulève la folie. C'est ce livre opportun et utile entre tous que vient de publier M. Tardieu.

L'auteur a longtemps hésité à l'écrire, moins, dit-il, avec une louable franchise, à cause de la difficulté naturelle du sujet que par une sorte de découragement et de dégoût dont il se sentait pénétré en constatant la stérilité des efforts faits par les médecins les plus consciencieux pour donner au public des idées saines et justes sur l'aliénation mentale, et la situation fausse, l'impuissance à laquelle se trouvaient trop souvent réduits ceux à qui incombait le périlleux honneur d'éclairer la justice sur la question de folie..... Ces quelques lignes peignent à merveille et avec un parfait accent de sincérité tout ce que le rôle d'expert a d'épineux et de pénible dans l'espèce. Nous savons, en effet, par une triste expérience, que son témoignage n'est accueilli trop souvent que par les injustes soupçons de l'opinion publique, les railleries et les sarcasmes de la presse, les défiances, les dédains, et quelquefois les amères ironies de la magistrature elle-même. Pour vaincre des scrupules si légitimes, pour triompher de répugnances si justifiées, pour se décider enfin à publier cette étude médico-légale sur la folie, il n'a fallu rien moins à M. Tardieu que le sentiment du devoir, l'amour de la vérité, le désir de faire une œuvre de justice, la certitude de rendre un réel service à la science et à la société, la conviction qu'il était nécessaire et même urgent de ramener l'opinion, la magistrature, les médecins eux-mêmes, à des vues plus droites et plus vraies sur l'intervention de la médecine en ce qui touche les aliénés. Une sagacité rare, une pénétration d'esprit et une rectitude de jugement peu communes, une expérience consommée, une compétence exceptionnelle, une incontestable notoriété, enfin le don d'une éloquence persuasive, rendaient M. Tardieu plus apte que personne à entreprendre et à mener

rentrent dans les phénomènes produits par inoculation de substances putrides; ce sont des cas de septicémie déterminée par le sang putride; ils sont remarquables, mais circonscrits dans l'espèce lapin : ils ne peuvent encore servir de base à une théorie applicable à la septicémie en général.

Cependant la question pourrait entrer dans une phase toute nouvelle, si l'on démontre que chez certains animaux les inoculations septiques à doses très-minimes produisent des lésions analogues à celles de l'infection putride et de la pyohémie. Nous espérons qu'il en sera ainsi, et que les nombreuses expériences que M. Davaine a provoquées seront utilisées pour l'histoire de la septicémie; et nous ne serions pas étonné si, comme l'a dit M. Chassaignac, M. Davaine établissait un pont entre la septicémie et la pyohémie.

A. Hénocque.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

Mémoire sur l'infection putride aigue, par le docteur Maurice Perrin, professeur au Val-de-Grâce. (Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 29 octobre 1872.)

J'ai eu l'occasion d'observer pendant les deux siéges de Paris une complication de coups de feu, de nature infectieuse, qu'il me paraît utile de faire connaître au moment où les questions si importantes de l'empoisonnement du sang par les plaies sont à l'ordre du jour des travaux de l'Académie.

Cette complication s'est montrée très-grave, presque foudroyante. Elle éclate très-peu de temps après l'accident, se développe lorsqu'il existe des conditions de putridité imminentes ou acquises. Elle ne semble pas en rapport avec la violence du traumatisme; enfin elle se révèle par le développement d'un *processus* gangréneux dans l'épaisseur des tissus de la région vulnérée, en même temps qu'elle provoque une série de troubles généraux qui témoignent clairement d'une infection générale de l'économie.

Voici les faits :

Obs. I. — Un lieutenant-colonel d'infanterie, âgé de cinquante ans environ, d'une santé irréprochable, quoique fatigué par la campagne, fut blessé par une balle à la partie antérieure de la cuisse droite le 2 décembre 1871, à huit heures du matin; il fut apporté dans mon service au Val-de-Grâce à une heure du soir : une plaie en séton traverse l'épaisseur du triceps crural; le doigt introduit par le trou d'entrée du projectile fait constater que les fibres musculaires, sur le trajet de la balle, sont désorganisées dans une assez grande étendue et mêlées au produit d'un épanchement de sang interstitiel abondant.

Le canal de la plaie se trouve à 5 centimètres environ des vaisseaux fémoraux et du nerf crural : l'artère bat normalement, le pouls est à 60, la température prise dans l'aisselle à 37°,7.

Ainsi qu'on peut en juger, les conditions paraissaient bonnes et le pronostic favorable.

Dès le lendemain 3 décembre, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la blessure, la scène est complétement changée, il y a de l'agitation, de la fièvre, le pouls est à 116, la température est à 38°,6 à huit heures du matin, à 39 degrés à cinq heures du soir; la cuisse a légèrement augmenté de volume; il existe de la tension au voisinage de la blessure.

Le 4, la situation est plus mauvaise que la veille, la cuisse entière est très-tuméfiée, sans changement de couleur à la peau; elle est le siége, ainsi que la jambe, de douleurs fulgurantes; on ne découvre ni phlébite ni angioleucite.

Il s'écoule par la plaie une très-petite quantité d'un liquide sanieux fétide; la fièvre est plus intense, sans accès ni rémission, le pouls est à 120, la température à 39°,2 le matin, et 39°,7 le soir, l'agitation est vive, incessante, la soif modérée, et l'inappétence complète. Le malade refuse obstinément nourriture et médicament; le canal de la plaie, à l'aide d'un tube à drainage, est incessamment baigné d'alcool.

Le lendemain 5, la fièvre redouble sans changer de mode, le pouls est à 120, la température à 39°,8; l'œdème de la cuisse a encore augmenté sans changement de couleur à la peau. De larges incisions sont pratiquées dans toute l'étendue du membre : il s'en écoule un liquide séreux abondant sans odeur, contenant une certaine quantité de globules purulents et fouettés de nombreuses bulles de gaz. Les masses musculaires, sur le trajet de la plaie, ont une couleur brune : elles sont imprégnées d'un liquide fétide.

Même traitement local, nouveaux débridements.

Le 6, les accidents se sont considérablement aggravés; l'œdème a envahi et la jambe et le bas-ventre, la peau de ces régions, lisse, tendue, décolorée, crépite sous le doigt. Par les incisions s'écoule un liquide grisâtre, fétide, peu abondant; l'état général est alarmant, la fièvre est très-intense, la température à 40 degrés, la peau est recouverte d'une sueur abondante, parfois visqueuse, le malade est en proie à une vive anxiété; il délire et se plaint vivement de douleurs lancinantes dans toute l'étendue du membre; comme la veille, il refuse tout secours et succombe en cet état le 7 décembre à trois heures du matin.

Les résultats de l'autopsie furent peu significatifs : je constatai seulement que le tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel était le siége d'une infiltration gélatiniforme, que les muscles avaient une teinte jaunâtre, étaient friables, sans présenter d'altérations vasculaires appréciables à l'œil.

Obs. II. — M. B..., jeune homme robuste, d'une très-bonne santé, lieutenant de mobiles, fut frappé par une balle bavaroise à une distance approximative de 100 mètres, à la partie supérieure de la cuisse gauche. Il entra à l'hôpital du Val-de-Grâce le 30 novembre, quelques heures après avoir été blessé. L'ouverture d'entrée est située en dedans des vaisseaux et à 3 centimètres au-dessous du pli génito-crural; la sortie correspond au bord postérieur du grand trochanter.

L'exploration de la plaie avec le doigt fait reconnaître que le projectile a traversé le col fémoral sans le fracturer; le blessé peut remuer le membre; les mouvements et la sensibilité sont intacts, l'état général est excellent.

à bonne fin une tâche aussi laborieuse et aussi ardue. Nous verrons par l'analyse de ce livre que l'auteur y a pleinement réussi.

Dans une introduction qui mérite d'être lue et qui résume tout l'esprit de l'ouvrage, l'éminent professeur fait d'abord bonne et prompte justice des faux jugements, des accusations mensongères, des sottises présomptueuses, qui ont défrayé dans ces derniers temps la polémique des journaux non scientifiques; il dénonce cette croisade, très-artificielle dans son principe, entreprise en faveur des fous, le plus souvent par les fous eux-mêmes, contre la loi de 1838; il met à néant ces attaques aveugles, passionnées et souvent intéressées, dirigées beaucoup moins contre la loi que contre les prétendus abus dont se seraient fait une habitude ceux qui sont appelés à la mettre en pratique, et en premier lieu les médecins; il démasque et confond l'impuissance des plus ardents détracteurs qui, invités à venir exposer leurs vues et leurs raisons devant la haute commission spéciale nommée en 1868, ont éludé l'invitation sous divers prétextes, donnant ainsi la mesure de leur conviction et de leur confiance dans la cause dont ils s'étaient faits les champions. Un des premiers soins de cette commission, dont les travaux ont été interrompus par les douloureux événements de la guerre, avait été de se livrer à une enquête minutieuse et complète sur chacun des faits en particulier qui avaient été signalés comme exemples de séquestration arbitraire. M. Tardieu affirme que pas un seul de ces faits n'a résisté à un examen impartial. Non, pas un seul, pas même cette fameuse affaire Sandon, qui a causé naguère tant d'émotion et tant de bruit, et qui a été l'origine et le foyer de ces violentes polémiques. L'affaire Sandon! puisque aussi bien nous en parlons, nos lecteurs ne seront pas fâchés sans doute d'apprendre le dénoûment très-significatif qu'elle vient de recevoir tout dernièrement, et qui justifie de la manière la plus éclatante l'appréciation des médecins experts si injustement accusés d'une complaisance coupable envers un ministre puissant. Sandon est mort, il y a quelques jours, d'une hémorrhagie cérébrale, à l'Hôtel-Dieu. Indépendamment de cette

Le lendemain, même situation : le pouls est à 70, la température à 37°,5 ; un large débridement est pratiqué à travers les muscles fessiers dans le but de favoriser l'écoulement des liquides, de faciliter l'irrigation alcoolique et d'enlever enfin quelques petites esquilles mobiles dans le canal osseux de la plaie.

Vingt-quatre heures après, c'est-à-dire le 2 décembre, les choses ont changé d'aspect ; le malade a une fièvre intense, le pouls marque 120 pulsations petites, serrées; la température est à 39°,6, le membre blessé est tuméfié jusqu'au genou, les masses musculaires, mises à nu par le débridement de la veille sont gonflées, brunâtres elles laissent suinter avec peine un liquide noir et fétide qui provient des parties profondes.

Le 3 et le 4, l'état général ne fait que s'aggraver ; la fièvre n'a pas cessé un instant, le pouls est à 120, la température oscille entre 39°,5 et 39°,9. Le malade est fatigué par des alternatives irrégulières de frisson et de chaleur ; il est agité, anxieux ; il a soif; l'inappétence est complète; la cuisse a augmenté de volume, elle est très-lourde, douloureuse ; la peau qui est tendue ne se laisse que difficilement déprimer par le doigt, elle prend une teinte légèrement rosée sans trace de phlébite ni de lymphangite.

Des liquides bruns et fétides continuent à s'écouler de la plaie.

Le 5 et le 6, l'état a encore empiré; le pouls, toujours à 120 pulsations, est très-faible ; la fièvre est intense ; l'agitation extrême ; un délire loquace, accusé surtout pendant la nuit, s'est emparé du malade, qui ne cesse de gémir et de se plaindre de maux de tête et de douleurs profondes dans le membre malade ; la peau, surtout à la face et à la partie antérieure de la poitrine, est recouverte d'une sueur visqueuse ; la soif est vive, l'appétit nul.

Tout le membre fémoral et la partie inférieure de la région abdominale correspondante sont considérablement tuméfiés, durs, tendus; les masses musculaires qui sont à découvert sont baignées par des liquides noirs, fétides, mais dont l'odeur diffère de celle de la gangrène.

Le 7, le délire est plus bruyant; le malade veut sortir de son lit, plusieurs aides sont nécessaires pour le maintenir. Pendant cette période d'agitation extrême, le pouls est filiforme, on n'en peut compter les pulsations ; la température est à 39°,8, la peau est inondée d'une sueur visqueuse.

A six heures du soir, le blessé succombe brusquement, toujours en proie au même délire bruyant.

Autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — L'œdème, qui était resté localisé au membre blessé, s'est généralisé. Partout le tissu cellulaire sous-cutané est dur, épaissi, comme dans la *phlegmatia alba* ; les muscles ont une teinte jaunâtre, ils sont friables ; les incisions faites à la peau donnent issue à une grande quantité de sérosité citrine sans mélange de pus ni de gaz. Aucune lésion appréciable à l'œil nu ni du côté de l'artère ou de la veine fémorale, ni du côté des nerfs. L'examen du cœur, des vaisseaux, du foie, des poumons et des cavités séreuses est également négatif.

Le foyer de la blessure renferme une certaine quantité d'un liquide brunâtre très-fétide et tenant en suspension de petits caillots noirs putréfiés.

Quant au fémur, l'examen direct permet de confirmer la réalité du diagnostic porté pendant la vie. Le col de l'os a été perforé à sa base par le projectile sans fracture.

Cette singulière lésion, dont je ne connais qu'un exemple rapporté par Larrey, est là sous les yeux de l'Académie. La perforation, vue par sa face antérieure, correspond au calibre d'une balle; par sa face postérieure, elle est plus large, moins régulière, en raison de pertes de substance du côté de la face postérieure du col et du bord postérieur du grand trochanter. On y remarque, en outre, trois petites fêlures qui s'irradient vers la tête de l'os.

OBS. III. — M. X..., lieutenant, âgé de vingt-sept ans environ, bien portant, fut blessé à la face externe de la jambe le 6 mai, à cinq heures du matin, par un éclat d'obus qui lui brisa comminutivement le péroné droit et vint s'enclaver entre les deux os de la jambe, à 5 centimètres de l'articulation tibio-tarsienne. Pas de lésion vasculaire appréciable.

L'état général est satisfaisant ; la blessure est le siége de vives douleurs, causées par des esquilles mobiles et pointues qui labourent les chairs.

Le lendemain 7, résection du péroné dans une étendue de 8 centimètres. Extraction du projectile et des esquilles. Pansement à l'alcool phéniqué.

La situation est très-satisfaisante jusqu'à la nuit du 10 au 11 mai. Vers onze heures du soir, le blessé est pris d'un violent accès de fièvre avec délire. L'homme chargé de le soigner prend peur, et pendant qu'il va chercher secours, le blessé en proie au délire roule de son lit sur le parquet.

Le lendemain au jour, je pus examiner plus attentivement la situation.

Le malade était plus calme, mais la fièvre persistait; la jambe était gonflée jusqu'au genou sans chaleur marquée ; la plaie était aride ; je trouvai autour du cou un collier d'herpès hémorrhagique ; des lavages alcooliques fréquents jusqu'au fond de la plaie sont continués, ainsi que les préparations alcooliques sous la forme de vin généreux et de vin de quinquina.

Le 12, l'état général s'est aggravé; grand accablement, fièvre continue, rêvasseries nocturnes, pouls petit, fréquent. L'œdème du membre a fait des progrès; il est profond, il s'étend jusqu'au pli crural. Sur la cuisse, la peau est lisse, tendue, sans altération de couleur ; à la palpation, on ne découvre pas de traces de phlébite ni de lymphangite; du côté de la jambe, il existe de larges plaques violacées qui témoignent de l'imminence de la gangrène. La plaie présente encore les mêmes caractères d'aridité. Même traitement.

Le 13, il y avait un peu de mieux, bien que la fièvre n'eût pas cessé, le blessé a pu dormir et prendre quelques aliments légers, mais la faiblesse est très-grande, le pouls très-fréquent, misérable. La face s'est recouverte plusieurs fois de sueurs.

L'œdème du membre est un peu moindre, il ne remonte plus au delà de la moitié inférieure de la cuisse, les taches violacées de la peau commencent à se limiter par un sillon Cette disposition est surtout marquée au-dessus de la malléole interne, vers les points où le projectile avait été enclavé. Toutefois, ces plaques gangréneuses paraissent assez superficielles ; les parties profondes sont seulement envahies par un œdème de plus en plus marqué.

Dans la nuit du 13 au 14, violent accès de fièvre avec agitation et délire. A ma visite du lendemain matin, je constate une prostration profonde, le pouls est filiforme, la peau recouverte d'une sueur froide et visqueuse ; la soif est vive; le malade se plaint en outre de difficultés dans la déglutition. Cette gêne me conduit à examiner la gorge, et je constate que le voile du palais tout entier est sphacelé; une zone d'un rouge vineux, piquetée de nombreux points hémorrhagiques entoure les parties mortifiées.

---

affection récente, l'autopsie a révélé des altérations anciennes dans l'encéphale et dans les méninges, des noyaux apoplectiques, des foyers de ramollissement, des infiltrations sous-arachnoïdiennes et des adhérences de la pie mère à la substance corticale, en un mot l'ensemble des lésions que l'on rencontre habituellement dans le cerveau des aliénés chroniques et notamment chez les paralytiques généraux. Ainsi, voilà la mort qui se charge elle-même de donner sur ce point une entière satisfaction à la conscience publique, de démentir les perfidies, les médisances et les impostures accumulées autour de cette triste affaire, de dissiper les dernières incertitudes que pourraient conserver encore quelques esprits prévenus, enfin de donner raison à la science contre les attaques de la présomption et de l'ignorance. Aussi, M. Tardieu peut-il déclarer fièrement, à l'honneur du corps médical, que la loi du 30 juin 1838 n'a jamais servi d'instrument à des violations de la liberté individuelle, ni reconstitué des bastilles dont les médecins sera[illegible] les pourvoyeurs et les geôliers.

Tout en rendant un juste hommage à la sagesse de cette loi, et en la considérant avec raison comme une des meilleures et des plus humaines qui honorent les codes de notre pays, le savant professeur ne s'oppose pas absolument à ce qu'on la révise, à ce qu'on lui fasse subir quelques changements de détails, à ce qu'on augmente les garanties qu'elle renferme déjà contre toute erreur ou tout relâchement dans l'application. Mais ce sont là des améliorations qui peuvent être faites par voie administrative, sans toucher au fond même de la législation, sans en altérer l'esprit et les dispositions essentielles, sans y introduire des réformes radicales. Le Conseil général de la Seine a adopté, à cet effet, dans la dernière session, une excellente mesure, en décidant la création de médecins inspecteurs chargés de contrôler les entrées des aliénés dans les asiles publics du département. C'est un surcroît de garantie donné à la liberté individuelle, une satisfaction efficace accordée à l'opinion publique, et dont il faut savoir gré à l'intelligence et à la sollicitude de nos magistrats municipaux.

A partir de ce moment, la crise se précipite, et le blessé succombe le lendemain 16 mai, après une longue agonie.

L'autopsie ne put être pratiquée.

On ne saurait méconnaître que chez ces trois blessés la mort ait été occasionnée par des accidents de même nature.

Leur début a coïncidé avec une modification de l'état de la plaie et une altération putride de ses produits.

Leur évolution a été identique dans ses traits principaux. Localement, il s'est développé très-rapidement dans les tissus les plus immédiatement en contact avec les parties lésées, un œdème profond et progressif, semblable à celui qui sert de prélude à la gangrène et accompagné de douleurs fulgurantes violentes. Dans les trois cas, l'envahissement des parties s'est effectué suivant le même mode, d'abord de la plaie vers la périphérie du membre, puis de la plaie vers le tronc. Toutefois l'œuvre de la désorganisation locale ne s'est pas accomplie avec la même rapidité. Chez l'un, le lieutenant de mobiles, l'œdème parut stationnaire; chez un second, le colonel, le tissu cellulaire, gorgé d'un liquide lactescent, gélatiniforme, contenait de nombreuses petites bulles de gaz; enfin chez le troisième des plaques gangréneuses commençaient à se dessiner sur la jambe atteinte vingt-quatre heures après le début des accidents. Rappelons aussi que dans ce dernier cas, il survint dès le début un herpès hémorrhagique autour du cou, et trois jours plus tard une gangrène complète du voile du palais et de ses piliers.

Parallèlement à ces désordres locaux se développait un appareil fébrile continu, marqué par une élévation brusque du pouls et de la température, par des sueurs, par de l'inappétence, par des douleurs violentes, et menant à la mort en quelques jours à travers le conflit des troubles fonctionnels les plus divers.

A l'autopsie, on reconnaît du côté du membre œdématié les altérations de la gangrène en voie de développement; partout ailleurs rien qui mérite d'être signalé, si ce n'est dans un cas la généralisation de l'œdème après la mort.

En comparant cet ensemble de symptômes aux observations d'infection putride chez le cheval, relatées par Renauld (d'Alfort) dès 1840, dans son remarquable mémoire sur la *gangrène traumatique*, ainsi qu'aux effets provoqués par l'injection dans le tissu cellulaire de liquides putrides, on trouve une ressemblance complète, si complète, surtout si l'on prend comme terme de comparaison l'exposé des expériences de M. Chauveau, qu'il serait impossible, en présence des effets obtenus, de décider s'ils sont la conséquence d'une action spontanée, comme chez mes blessés ou les chevaux de Renauld, ou d'une expérience physiologique, comme chez les grands animaux de M. Chauveau.

De part et d'autre la cause est la même : un liquide putride, directement constaté, est mis en contact avec des tissus vivants. De part et d'autre l'effet le plus apparent, le plus tangible sinon le plus grave, est aussi le même : le développement au sein des tissus adultérés d'un processus gangréneux, dont les produits toxiques, ajoutés à ceux que pouvaient contenir les éléments putrides, sources du mal, tuent en quelques jours.

Ainsi qu'on peut en juger, les faits dont il s'agit diffèrent sur plusieurs points des états pathologiques assez disemblables réunis sous le nom de *septicémie aiguë*; il en diffèrent surtout par l'importance de la manifestation locale, de l'œdème gangréneux, dont l'existence est à peine signalée dans la description classique de la septicémie.

C'est pour ce motif, et aussi dans le but de rappeler l'étroite filiation qui existe ici entre la cause et ses effets, que je demande de conserver pour eux la dénomination d'*infection putride aiguë*, au moins jusqu'à ce que l'accord soit établi sur la question des poisons septiques en même temps que sur la portée des doctrines septicémiques.

Quelle peut avoir été la cause de cette redoutable complication? Sans aucun doute, dans toute plaie exposée par arme à feu, plaie éminemment contuse, il existe des parties mortes, solides et liquides, en contact permanent avec les parties vivantes, et ces parties sont d'autant plus putrescibles qu'elles sont maintenues à la température du corps. Mais pourquoi une cause aussi générale ne produit-elle que des effets heureusement exceptionnels? Pourquoi ces trois blessés ont-ils été frappés au milieu de plusieurs centaines d autres, sans que rien, ni dans les conditions hospitalières où ils se trouvaient, ni dans leur état de santé, ni dans l'espèce même du traumatisme pût le faire soupçonner? Leur santé, en effet, était bonne; ils étaient installés dans des chambres isolées, saines, exemptes de toute influence nosocomiale appréciable; enfin leurs blessures étaient de nature à inspirer toute confiance, puisqu'au même moment se trouvaient réunis dans mon service beaucoup d'officiers, soignés de la même façon et atteints de blessures plus graves. Je citerai en particulier trois fractures comminutives de la cuisse, deux fractures comminutives de la jambe, deux fractures comminutives de l'avant-bras, quatre désarticulés de l'épaule, etc, chez lesquels la marche des plaies fut aussi simple, aussi régulière qu'on pouvait le désirer.

Sur ce point je ne sais rien, et je fais appel aux lumières et à la haute sagacité de l'Académie.

Les exemples d'infection putride aiguë sont loin d'être rares. Il est peu de chirurgiens, de chirurgiens d'armée surtout, qui n'aient gardé le souvenir de blessés ou d'amputés frappés soudainement de gangrènes humides progressives avec vives douleurs, développement de gaz, infiltrations visqueuses, verdâtres, du tissu cellulaire, et promptement terminées par la mort, sans que rien dans leur situation personnelle fût de nature à faire pressentir de si redoutables accidents.

Ces concessions sagement faites à l'opinion, M. Tardieu définit et caractérise nettement l'esprit dans lequel il a conçu son livre, les principes qui l'ont guidé et le but qu'il s'est proposé en l'écrivant.

Et d'abord il proclame hautement la compétence exclusive des médecins en matière d'aliénation mentale, contrairement à la thèse paradoxale et dangereuse de Troplong et d'Élias Regnault, qui accordent aux philosophes, aux magistrats et même au premier venu une aptitude au moins égale à celle des aliénistes pour juger si un homme est ou n'est pas sain d'esprit.

M. Tardieu, avec une loyauté dont il faut lui savoir gré, ne dissimule pas qu'une partie du mal vient des médecins eux-mêmes, et que les préventions et les doutes qui s'élèvent à l'égard de leur compétence spéciale et, d'une manière plus générale, à l'égard de la médecine légale des aliénés, résultent, dans une certaine mesure, de ce que quelques experts apportent devant la justice un fâcheux esprit de système, des doctrines controversables et des opinions dogmatiques sans fondement, qui ouvrent le champ à toutes les contradictions. M. Tardieu adjure donc les médecins d'appliquer aux expertises relatives à l'aliénation mentale les méthodes d'exploration vraiment médicales, de ne produire devant les tribunaux que des affirmations solidement établies sur des faits, de renfermer leurs constatations et leurs jugements dans les limites que ces faits eux-mêmes leur imposent, en un mot de ne pas s'écarter du domaine de l'observation clinique, qui est le véritable critérium et la sauvegarde de l'appréciation médico-légale de la folie.

Mais la première condition pour reconnaître la folie à des signes cliniques certains, c'est d'avoir une expérience personnelle suffisante de cette maladie, c'est de l'avoir étudiée sérieusement, dans un hôpital spécial, et, pour ainsi dire, au lit du malade, comme on le fait des autres états morbides. Malheureusement M. Tardieu est obligé d'avouer que l'éducation des médecins présente, en général, sur ce point la plus fâcheuse

N'y a-t-il pas lieu également d'attribuer à l'infection putride ces faits sur lesquels Malgaigne, en 1845 (*Observations sur la nature et la gravité de l'emphysème traumatique spontané*, in *Bull. de la Soc. de chir.*, 2 avril 1845), M. Chassaignac en 1850 (thèse de concours, *Sur les fractions compliquées*, Paris, 1850), M. Broca en 1861 (*Bull. de la Soc. de chir.*, 2e série, t. II, p. 301), appelèrent l'attention d'une façon plus spéciale? Il s'agit de ces blessures produites par un traumatisme violent, et compliquées, dans la région blessée ou dans son voisinage, très-peu de temps après le choc, d'un développement de gaz plus ou moins délétères qui étaient presque toujours le signe avant-coureur d'une gangrène mortelle.

Pour Malgaigne, cette grave complication résulte de ce qu'il s'opère dans les tissus, sous l'influence du choc, une altération spéciale qui attaque la vie comme un froid excessif, tue le germe dans l'œuf et la vitalité dans le caillot sanguin, sans aucun changement appréciable à la vue.

L'interprétation de M. Chassaignac diffère peu de la précédente. Il admet, sans l'intervention d'aucun principe septique, « un empoisonnement soudain du sang par l'excès de violence mécanique, ce qui se traduit par cette bizarre expression de la commotion ou de la contusion du sang ». Les deux caractères de cet empoisonnement sont d'une part la production instantanée du gaz dans le membre blessé, et d'autre part une prodigieuse rapidité dans la décomposition cadavérique.

Selon cette interprétation, qui exprime je crois une opinion assez généralement répandue, un traumatisme excessif est la cause directement efficiente; c'est lui qui, par l'ébranlement, la stupeur locale qu'il occasionne, frapperait la vie en plein exercice. On peut admettre à la rigueur, même sans démonstration, la réalité de cet être de raison et lui attribuer tels accidents que l'on voudra, voire même l'arrêt brusque de toutes les fonctions; mais le fait en question, à savoir : la production spontanée de gaz dans nos tissus et la gangrène qui en est la suite habituelle, ne sont point expliquées de la sorte. Il n'y a que la putréfaction qui puisse en rendre compte; et dès lors il devient inutile de faire appel à quelque action occulte sur le sang, résultant de la violence même du choc, puisque les parties directement vulnérées, qui dans ces conditions renferment toujours beaucoup de détritus organiques et de sang, représentent un foyer livré à la fermentation putride.

Cependant ce n'est pas sans raison que des observateurs aussi éminents ont été frappés de ces faits. Ils ne représentent point en effet l'évolution régulière du processus gangréneux engendré par le poison putride; la production des gaz a été plus abondante, très-rapide; elle a précédé l'apparition de la gangrène confirmée, etc. Mais de telles circonstances, quelque intéressantes qu'elles soient, ne peuvent changer la nature de ces deux manifestations; qu'elles soient simultanées ou successives, elles n'en représentent pas moins les deux traits principaux de l'infection putride. J'en tirerai seulement cette conclusion, que l'infection putride du blessé par sa plaie a besoin d'être étudiée encore, en tenant compte égal des conditions de formation et d'absorption du poison putride.

Pour empêcher le développement de l'infection putride aiguë, et d'une façon plus générale tout empoisonnement par les plaies, trois voies sont logiquement ouvertes au praticien.

L'une consisterait à rendre le sang inaltérable par l'usage préalable de certains agents ou médicaments. La chose a été proposée tout récemment dans le sein de l'Académie par MM. Bouley, Blot et Giraldès; elle paraît avoir été tentée avec succès par M. Gohier (de Lyon) et d'autres.

Une deuxième consiste à isoler les parties contuses de façon à les préserver de la contamination atmosphérique. Tel est le but spécial de l'appareil ouaté de M. Alphonse Guérin, dont les avantages sont connus et appréciés.

Enfin la troisième doit avoir pour objet d'empêcher la formation du poison putride dans les parties mortes, et sa pénétration dans les parties vivantes.

C'est à cette dernière voie que j'ai eu recours.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Ovariotomie.

Procédé spécial applicable a l'extirpation des kystes multiloculaires, dont le contenu ne peut être évacué par le trocart, dans le but de diminuer l'étendue de la plaie faite aux parois abdominales, par le docteur Michel, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, aujourd'hui à Nancy.

Il serait oiseux aujourd'hui d'établir par de nouvelles observations la valeur clinique de l'ovariotomie. Grâce au nombre de celles publiées surtout en Amérique, en Angleterre et en France, on peut dire que cette opération est définitivement passée dans le domaine de la pratique chirurgicale.

Mais pour compléter cette précieuse conquête et mieux en assurer les bénéfices, il reste bien des détails à élucider, des questions obscures à éclaircir. Sans doute on diminuerait ainsi les chances graves de mortalité qui pèsent sur elle. Malgré tout ce qu'on a écrit, le diagnostic des tumeurs abdominales laisse tant à désirer, ses indications et contre-indications sont si mal assises; on ignore les causes et partant le moyen de remédier à la pneumatose intestinale, un des accidents les plus graves et les plus communs de l'ovariotomie; rien n'est fixé sur la question de savoir si certains milieux ne sont pas plus favorables que d'autres à ce genre d'opérations; les dangers de tel ou tel mode opératoire ne sont pas rigoureusement

---

lacune. La grande majorité des praticiens, il faut avoir la bonne foi de le reconnaître et le courage d'en convenir, ignore la folie autant que le commun des hommes. Cette regrettable lacune dans l'instruction médicale tient à l'insuffisance de l'enseignement de nos écoles, où il n'existe pas de chaire de psychiatrie. La première des Facultés de médecine de France, la Faculté de Paris, attend encore l'utile et nécessaire création de cette chaire, que M. Tardieu, pendant son trop court décanat, avait réclamée avec la plus vive insistance, et qu'il aurait fini probablement par obtenir si, dans l'intérêt de la science et des élèves, il eût été plus longtemps doyen.

En attendant que cet indispensable enseignement soit institué dans notre pays, comme il l'est dans la plupart des autres nations de l'Europe, en attendant que les jeunes médecins puissent acquérir des notions précises sur l'aliénation mentale dans des leçons régulières et complètes, à la fois dogmatiques et cliniques, nous invitons ceux qui n'ont ni l'habitude d'observer les fous, ni l'expérience des diverses formes et des différents degrés de la folie, à méditer et à suivre ce sage conseil de l'éminent professeur de médecine légale : « qu'ils se récusent modestement, dit-il; qu'ils n'acceptent pas la tâche difficile et l'énorme responsabilité d'une expertise sur des questions auxquelles ils sont demeurés étrangers; qu'ils aient l'honnêteté de décliner une mission délicate entre toutes, et dont ils ne sauraient s'acquitter en toute sécurité de science et de conscience »! Qu'ils ne s'engagent pas témérairement, ajouterons-nous, dans un rôle qu'ils sont inhabiles à remplir et où ils risquent de compromettre à la fois leur caractère, la valeur de la médecine légale, et, ce qui est encore beaucoup plus grave, les intérêts les plus sacrés des individus ou des familles.

Cette dernière considération, cette pensée que de son témoignage, d'un certificat ou d'un rapport signé de sa main, peuvent dépendre la liberté d'une personne, la fortune ou la ruine d'une maison, l'honneur ou l'opprobre, la vie ou la mort d'un prévenu, cette pensée salutaire doit être sans cesse présente à l'esprit d'un médecin appelé à éclairer la justice

définis; si le plus grand nombre des ovariotomistes professent en général que le danger est proportionnel à la longueur des plaies faites à la paroi abdominale, nul d'entre eux n'a tenté le moindre effort dans cette direction; du moment où le kyste ne pouvait réduire ses dimensions sans l'action du trocart, on passait outre, l'agrandissement de la plaie abdominale comblait le déficit. Ceci ressort tout entier de la lecture des derniers mémoires publiés sur l'ovariotomie.

Ainsi, je lis le paragraphe suivant dans une des monographies de M. Kœberlé (*De l'Ovariotomie*, p. 75, année 1865) : « Les tumeurs compactes et les kystes multiloculaires à petites loges doivent être extirpés autant que possible avant qu'ils n'aient acquis un volume trop considérable, soit 25 à 30 centimètres de diamètre, quand même ils ne donnent pas lieu à des accidents immédiats; parce que si l'on ne peut évacuer partiellement leur contenu, et s'ils doivent être extirpés en bloc, l'incision des parois abdominales deviendrait trop considérable, et la gravité de l'opération augmenterait en proportion. »

M. le professeur Courty, dans la relation de son voyage en Angleterre (*Excursion chirurgicale en Angleterre*, 1863, p. 35), parlant d'une malade opérée par M. Keith à Édimbourg, signale une incision abdominale de seize pouces justifiée par une masse énorme formée de petits kystes persistant à la suite de cinq à sept ponctions.

Si l'on voulait suivre le détail des opérations faites pour kyste multiloculaire à petites loges, par les divers chirurgiens qui s'en occupent spécialement de nos jours, on arriverait à la même conclusion : prolongement de l'incision abdominale pour suffire à l'extirpation du kyste.

Si en regard de ce mode opératoire, généralement adopté, je mets les résultats statistiques obtenus par Lane, un des initiateurs de l'ovariotomie en Angleterre, et de Teiles Smith depuis l'année 1860, on ne saurait douter que d'importantes modifications ne puissent être apportées dans cette direction. En effet, grâce aux petites incisions, Lane, dès l'année 1843, sur 10 opérés signalait 8 succès. Teiles Smith, sur 21 cas bien choisis opérés de 1860 à 1863, comptait près de 75 pour 100 de réussite (Kœberlé, *loc. cit.*, p. 410).

Frappé des avantages des petites incisions, nous nous sommes demandé si certains kystes multiloculaires, inattaquables par les trocarts, ne pourraient pas être broyés intérieurement et ramenés ainsi à un faible volume. Telle est l'idée que nous avons mise à exécution dans les trois observations suivantes, terminées par la guérison.

Dans moins de quatre mois, nous avons pratiqué 5 ovariotomies, 2 portant sur des kystes uniloculaires, 3 sur des kystes multiloculaires à petites loges. Je me bornerai momentanément à la relation de ces dernières :

Obs. I. — *Kyste multiloculaire à petites loges, sorte de tissu réticulé avec un contenu solide ou semi-liquide, mesurant 40 centimètres de diamètre (pièce desséchée). Extirpation après broiement par une incision de 7 à 8 centimètres de la paroi abdominale. Guérison en vingt jours.* — Le 14 février 1872, Madame X..., d'Ailvillers (Haute-Saône), après nous avoir consulté antérieurement sur sa position, se décide à subir l'ovariotomie qui lui avait été proposée.

État actuel. — Ventre extrêmement volumineux ($1^m,40$) au niveau de l'ombilic, retombant en besace sur les cuisses. La paroi abdominale est fort œdématiée de l'ombilic à la symphyse pubienne. A l'ombilic existe une tumeur du volume d'un œuf, transparente, simulant une hernie.

Le toucher abdominal constate une fluctuation très-superficielle dans toute l'étendue du ventre et de l'eau dans la tumeur ombilicale. En refoulant le liquide avec le doigt, on pénètre dans la cavité abdominale, dans laquelle on rencontre une énorme tumeur à parois solides. En faisant varier les attitudes de la femme, on s'assure que la tumeur occupe tout le ventre. On ne peut produire sur elle qu'une fluctuation limitée en avant entre l'ombilic et la symphyse. Partout ailleurs on a la sensation d'un corps solide non fluctuant. Le toucher vaginal et rectal ne révèle rien. Le bassin est libre, la matrice est à sa place, peut-être un peu élevée, et le col légèrement incliné à gauche.

Diagnostic porté avant l'opération. — Kyste multiloculaire de l'ovaire avec une poche liquide plus grande, la masse constituée par de petits kystes. Hydropisie abdominale concomitante.

Cette femme, âgée de trente-deux ans, mère de deux enfants, fait remonter son mal à sa dernière grossesse, datant de cinq ans. Depuis deux ans seulement son ventre a pris un volume appréciable. A dater de cette époque il s'est accru sensiblement jusqu'à un tel point que, il y a huit jours, en raison de violentes douleurs épigastriques et de la difficulté de respirer qu'elle éprouvait, elle a consulté un médecin. Ce confrère jugea à propos de faire deux ponctions successives qui amenèrent 7 litres de liquide citrin. La malade fut un peu soulagée. Il est évident que les ponctions n'avaient porté que sur l'ascite abdominale, car à leur niveau la tumeur était solide, ainsi qu'on a pu le vérifier après l'opération. Cette dame est fort amaigrie, pâle, presque exsangue. Elle n'a pas d'appétit, ne mange plus, les nuits se passent sans sommeil. Elle peut à peine se soutenir sur ses jambes. Ces mauvaises conditions faillirent nous faire renoncer à toute intervention opératoire.

L'opération est pratiquée à neuf heures du matin, avec le concours de MM. les docteurs Jeanney de Saulx et Doillon, de Conflans-sur-Lanterne à Saulx (Haute-Saône).

Je donnerai une fois pour toutes quelques détails sur les dispositions prises pour l'opération et les instruments choisis à cet effet.

Une paillasse recouverte d'un drap de lit et placée sur une table solide servit de lit d'opération. La malade fut couchée de façon que le siége atteignît le bord de la table, le chirurgien entre les cuisses de la malade, soutenues par deux aides. Un baquet destiné à recevoir les liquides de la tumeur et de l'abdomen.

L'instrumentation consiste : 1° dans une sonde pour vider préalablement la vessie; 2° deux bistouris, un ordinaire et l'autre mousse et une paire de ciseaux pour l'incision des parois abdominales; 3° deux pinces à dissection; 4° un trocart ordinaire très-léger, muni d'un tube de caoutchouc assez long pour aller du ventre de l'opérée au baquet disposé sous la table; 5° un serre-nœud (modèle de celui de Dubois) avec anse métallique à un ou deux fils ; 6° des éponges ordinaires très-propres et préalablement lavées à plusieurs reprises dans de l'eau de savon; 7° des fils métalliques et une aiguille pour les sutures... Plusieurs fils cirés.

---

sur les questions de folie; et celui-là seul doit se charger de ce redoutable mandat qui connaît à fond l'aliénation mentale et qui a appris, par une studieuse observation, à reconnaître les caractères cliniques et à discerner les traits divers de cet état pathologique.

Ces principes de haute moralité médicale dominent tout le livre de M. Tardieu; son but principal est de les faire prévaloir, et en même temps de les généraliser et d'en rendre l'application plus facile, en posant avec fermeté les limites de l'intervention médico-légale, en traçant les conditions, les préceptes et les règles de l'expertise, en en signalant les écueils et le moyen de les éviter, en éclairant la marche du médecin légiste dans la mission la plus embarrassante et la plus ardue qu'il puisse avoir à remplir.

A. Linas.

(*La fin à un prochain numéro.*)

Assemblée nationale. Faculté de médecine a Nantes. — Le Journal officiel publie le rapport sommaire fait à l'Assemblée le 2 août dernier sur la proposition de MM. Lallié, Doré-Graslin, etc., relative à la création d'une Faculté de médecine à Nantes. Le rapport conclut à la *prise en considération*, et voici le texte de la *proposition de loi :*

Article unique. — L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes est élevée au rang de Faculté de médecine.

La ville de Nantes, suivant l'engagement pris par son conseil municipal, dans la délibération du 17 juin 1872, aura à sa charge les frais résultant de cette double création, tant pour l'installation que pour l'entretien.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 28 octobre 1872, M. le docteur A. Riant a été nommé médecin de l'École normale primaire de la ville de Paris, et chargé du cours d'hygiène à ladite École.

Le tout oyant été ainsi disposé à la portée de l'opérateur, la malade a été chloroformisée.

Une incision sur la ligne blanche, de 10 à 11 centimètres de longueur, est faite à la paroi abdominale, entre l'ombilic et la symphyse pubienne. Le muscle droit antérieur droit est écarté; on coupe avec précaution sa paroi postérieure avec le péritoine (1), puis, à l'aide du bistouri boutonné, on complète l'ouverture dans une étendue de 8 centimètres. A peine le péritoine fut-il ouvert qu'un liquide citrin s'échappa, et apparut en même temps une paroi d'un blanc bleuâtre, celle du kyste, partie fluctuante reconnue avant l'opération. On avait eu soin pendant l'incision des parois abdominales d'arrêter toute source d'hémorrhagie, même veineuse, deux ligatures avaient été placées, et les éponges avaient tenu propres les lèvres de l'incision.

Le trocart fut plongé dans le kyste : écoulement d'un liquide sirupeux, blanchâtre, 8 litres environ; tandis que cet écoulement a lieu, un autre s'échappe de la cavité abdominale : 6 litres environ.

Après l'écoulement du liquide de la tumeur, son volume avait à peine diminué d'un cinquième; sa partie antérieure s'était seule affaissée, les portions droites et gauches restaient entières. Le trocart, promené dans la poche, était tombé sur des cloisons ou en avait percé, mais rien ou peu de chose s'écoulait. Voyant l'inutilité de nos efforts dans cette direction, et m'étant assuré de nouveau que le restant de la tumeur était formé d'une masse solide sans fluctuation évidente, je me décidai à changer de manœuvre opératoire. Deux partis restaient à prendre : ou bien suivre la voie tracée, c'est-à-dire agrandir l'incision abdominale, ou bien réduire par broiement le volume du kyste. C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai.

La partie à vider du kyste fut incisée dans une étendue égale à celle du péritoine, et les deux lèvres de l'incision attirées au dehors et confiées aux aides. J'introduisis ma main par cette ouverture et, à l'aide de mes doigts, je brisais les cloisons. Je tombai dans des loges remplies les unes de matière semi-solide, blanchâtre, analogue à du miel fondu ou à du pus semi-concret, d'autres renfermant des coagulums blancs ou rouges, analogues à des coagulums sanguins rouges ou décolorés. En portant progressivement ainsi ma main à droite et à gauche, je réduisis la tumeur à moins du quart de son volume primitif, et, à l'aide de tractions ménagées et soutenues, je fis sortir par l'incision péritonéale la totalité de la tumeur. Un grand flot de liquide abdominal suivit immédiatement cette sortie, entraînant à sa suite quelques portions d'anse intestinale vers l'angle supérieur de la plaie. Cette manœuvre avait duré à peine un quart d'heure. Quelques adhérences antérieures avaient été facilement rompues sans inconvénient..

La tumeur, attirée au dehors et renversée sur l'abdomen, est longuement pédiculisée. Le pédicule n'a guère que le volume de deux doigts. Il tient à l'angle droit de la matrice. Afin de conserver le plus de longueur possible au pédicule, le clamp est placé au ras de la tumeur, et la striction poussée jusqu'à ce que la coupe du pédicule reste exsangue dans sa partie adhérente au clamp.

Pendant toute l'opération rien n'avait coulé dans la cavité abdominale, pas même du sang. On se contenta de la vider complétement du liquide ascitique qu'elle renfermait. Les bords de la solution de continuité nettoyés avec soin, toute source d'hémorrhagie étant tarie, on procéda au pansement.

Quatre points de suture profonde, entrecoupée, adossant les surfaces péritonéales à elles-mêmes, furent placés avec des fils métalliques de 1/5 de millimètre de grosseur, distants de 1 centimètre environ l'un de l'autre, de telle façon que le dernier pût incarcérer le clamp, maintenu à l'angle inférieur, entre les bords de la plaie, à la hauteur du pédicule.

Quatre points de suture métallique enchevillée, superficielle, réunissent la peau abdominale incisée; entre chacun d'eux sort à l'extérieur les chefs de chaque suture profonde. L'angle inférieur est libre pour le clamp et la sortie des liquides. Une couche d'ouate placée sur les sutures forme tout le pansement. La malade, lavée, nettoyée, est replacée dans son lit chauffé.

L'opération a duré trois quarts d'heure. La malade se réveille; elle n'a rien éprouvé. Son pouls bat 100 pulsations par minute, comme avant l'opération; seulement il est plus plein, plus résistant au doigt. Dans la soirée du 14, la malade va bien, les douleurs épigastriques ont cessé, la respiration est plus libre, le ventre est affaissé. Un peu de soif.

Examen de la tumeur. — Extraite, elle pèse encore plus de 4 kilogr. Sa paroi externe est intacte, à l'exception de l'incision faite sur sa face antérieure. Sa trompe se voit à droite et en arrière. Dans son intérieur, derrière le kyste vidé, on voit, après lavage, de nombreux débris de cloisons interceptant encore quelques traces de matière extraite, et, dans les points les plus éloignés, des masses de petits kystes remplis de substance analogue. En remplissant la tumeur de regain, on lui rend sa forme et sa grandeur. Elle mesure dans son grand diamètre 45 centimètres, dans son petit diamètre 42. Elle est trilobée : un lobe antérieur (kyste liquide), deux lobes latéraux, droit et gauche, formés de petits kystes.

Si l'on bornait l'étude des matières extraites à un examen superficiel, on pourrait donner aux kystes qui les contenaient le nom de méliceriques athéromateux, sanguins, séreux, remplis de fongosités; mais à un examen plus détaillé, et sous l'influence de l'analyse micrographique, on arrive à cette idée que tous ces produits sont le résultat des transformations du sang épanché sous l'influence de l'évolution des follicules de Graaf, renfermés dans l'ensemble de la tumeur.

Le 15 février, la nuit a été bonne, pouls à 110. Le ventre est peu ballonné. La malade a uriné seule. Quelques légères coliques. Rien n'a passé par le rectum. Peu de soif. Quelques nausées. Vers midi, coliques violentes, ballonnement du ventre. La malade accuse un grand malaise avec un petit frisson. Magnésie et opium Les coliques diminuent dans la soirée, mais le ventre se ballonne davantage. Quelques éructations.

Le 16, nuit bonne, sommeil. Ventre très-ballonné, peu sensible. Éructations. Rien par le rectum. Pouls: 100, 120. La malade ne peut uriner. On pratique le cathétérisme. L'exploration par le rectum accuse des matières stercorales. Lavement huileux; il reste sans effet. Extraction de matières stercorales avec le doigt et une cuiller; à la suite de cette évacuation, diminution des coliques. Le météorisme persiste. Aigreurs depuis l'estomac jusqu'à la bouche; apparence de points de muguet dans l'arrière gorge. (Gargarisme au borate de soude, liqueur ammoniacale anisée). La plaie laisse couler une sérosité roussâtre déjà odorante. (Deux pansements par jour, qui consistent à nettoyer la plaie avec de l'eau et à remplacer la ouate; eau sucrée ou eau pure pour boisson; une ou deux cuillerées de vin). Le malade est changée de lit.

Le 17, même état. Nouveau lavement avec eau de savon et magnésie à l'intérieur, issue de gaz et de matières stercorales par le rectum; éructations. Le météorisme persiste (cathétérisme vésical trois fois par jour). Quelques vomissements bilieux. Pouls à 120, 128.

Le 18, nuit bonne. La sensation de brûlure à l'estomac persiste; il en est de même de l'éruption buccale, mais elle est modérée. Gaz nombreux avec selles liquides. Quelques coliques intermittentes. (Sous-nitrate de bismuth, sirop diacode). La malade manifeste l'intention de prendre quelques cuillerées de café au lait.

Du 18 au 25 février, l'état sus-indiqué persiste sans grande modification; seulement, la plaie donne une matière qui tend à prendre les aspects du pus.

Vers le 25, l'état général s'améliore insensiblement. Le matin du 25 le pouls tombe à 100. L'appétit s'accentue. Le cathétérisme continue. Il y a arrêt des selles, les gaz seuls passent. Le toucher vaginal et rectal indique un certain empâtement dans le petit bassin, légèrement douloureux. Par l'introduction du doigt dans l'anus, on provoque une selle liquide qui fait cesser quelques coliques. En palpant la fosse iliaque droite, on sent un certain empâtement douloureux; est-il dû à de vieilles matières stercorales ou à quelques fusées inflammatoires du voisinage? Le clamp tomba dans la journée. On enleva les sutures superficielles. La cicatrice cutanée est complète. Par l'angle inférieur coule de la suppuration. Même pansement. Café au lait, un peu de vin; le malade refuse de la viande.

Le 26, même état que la veille. Magnésie pour faciliter les garde-robes. L'aigreur stomacale diminue parfois pour reparaître comme les jours précédents Le ballonnement abdominal est toujours considérable. La malade urine seule. Pouls à 100-108.

Le 27, nuit bonne. Selle diarrhéique. Faible diminution du ballonnement. Appétit. La malade sent ses forces revenir; elle s'assied sur son lit. On enlève les sutures profondes. Un peu de suppuration sur le trajet des sutures superficielles. Appétit. Café au lait plusieurs fois par jour. Un peu de vin. Un biscuit. Une orange.

Le 29 l'amélioration progresse lentement. La malade est toujours pâle, exsangue. Le sommeil est bon, mais l'appétit peu développé. La malade se lève dans la journée; elle peut rester assise quelques instants.

Les jours suivants amélioration progressive. La suppuration se tarit, la cicatrisation de la plaie se complète. La malade se lève et se promène au jardin, dans le village; toutefois l'appétit reste faible. Malgré cela, la malade sent ses forces revenir. Elle part pour son pays le 8 mars. Depuis cette époque, sa santé générale s'est raffermie, et aujourd'hui son rétablissement est complet, malgré l'état maladif du tube digestif qui s'était prolongé, en diminuant sans doute, jusqu'au départ de la malade.

Obs. II. *Kyste multiloculaire de 35 centimètres de diamètre à extirpation après broiement, par une incision abdominale de 7 à 8 centimètres. Guérison en vingt et un jours.* — Mme X. de Vaudry (Haute-Saône) vint, au mois de septembre 1871, me consulter pour une tumeur abdominale. Je lui proposai l'ovariotomie. Elle ne revint me trouver que le 8 mars 1872, se soumettant à mon premier conseil.

(1) Cette manière d'agir est justifiée en cas d'erreur de diagnostic : la plaie péritonéale, très-étroite, n'entraînerait qu'une seule suture profonde.

État actuel. — Ventre d'une femme au terme d'une grossesse; il mesure au niveau de l'ombilic 1^m,25. Par la palpation, on constate l'existence d'une tumeur partant de la région hypogastrique et s'étendant au-dessus de l'ombilic. Elle se compose d'une partie antérieure globuleuse, dure, donnant la sensation d'un corps fibreux; à droite, et profondément, la tumeur semble élastique, un peu fluctuante; on dirait que cette fluctuation se fait sentir dans la troisième portion de tumeur, développée dans la fosse iliaque gauche.

Par le toucher vaginal, on trouve la matrice à sa hauteur normale, mobile, son col un peu incliné à droite et en arrière. On ne sent aucune tumeur dans la cavité pelvienne.

Diagnostic avant l'opération. — Kyste multiloculaire de l'ovaire, partie solide en avant ou composé d'une masse de petits kystes; loge kystique principale à droite se prolongeant à gauche sur la face postérieure de la tumeur.

Cette femme, âgée de trente-cinq ans, brune, de constitution solide, mariée, a eu un enfant. Elle ne s'est aperçue de sa tumeur qu'en octobre 1870 pour la première fois. Jusqu'au mois d'août 1871 elle n'a rien éprouvé, ses règles étaient régulières; mais à partir de ce moment chaque retour menstruel était accompagné de douleurs abdominales terribles. Les pertes devinrent irrégulières, manquant quelquefois; elles se reproduisaient dans d'autres moments à chaque instant. Depuis lors, l'appétit avait diminué, le sommeil était mauvais et la santé générale avait subi quelque atteinte. Ce sont ces douleurs intenses qui l'ont forcée à réclamer l'opération, bien que le danger ne lui en ait pas été caché.

Les dispositions, analogues à celles signalées dans la première observation, ayant été prises, l'ovariotomie a été faite le 9 mars, à trois heures de l'après-midi, avec le concours de MM. les docteurs Jacquez, Boisson et Levrey de Sure, Voisard de Vesoul, Doillon de Conflans et Jeanney de Saulx.

Après avoir chloroformisé la malade, une incision de 12 à 13 centimètres fut faite à la paroi abdominale entre l'ombilic et la symphyse pubienne, sur la ligne blanche. Le muscle droit antérieur gauche écarté, sa gaîne postérieure et le péritoine furent incisés dans une étendue de 7 à 8 centimètres. Il s'écoula 1 à 2 litres de sérosité abdominale. Derrière l'incision apparaît la poche du kyste, solide, sans fluctuation. La main, introduite entre le kyste et la paroi abdominale, trouve à droite la partie fluctuante. On y plonge le trocart; 2 à 3 litres d'un liquide albumineux s'écoulent. Le volume de la tumeur n'a pas sensiblement diminué; on ne peut songer à l'entraîner au dehors par l'ouverture pratiquée à la paroi abdominale.

Le trocart explorateur, plongé dans la partie antérieure de la tumeur, constate de très-petits kystes remplis d'une matière analogue à du miel fondu. En présence de cette difficulté, je fais appliquer fortement par les aides les parois abdominales sur la surface du kyste, et une incision de 3 centimètres est pratiquée dans la poche; la main, passée à travers cette boutonnière, broie les cloisons et amène leur contenu, semblable à du miel fondu, à des coagulums sanguins plus ou moins décolorés; la main fouille en arrière surtout et un peu à gauche. Après dix minutes d'une telle manœuvre, la tumeur est réduite à un volume tel qu'elle peut, avec de faibles efforts, être entraînée en masse en dehors. Il existait quelques rares adhérences antérieures qui furent brisées facilement. N'oublions pas d'ajouter que cette manœuvre n'eut lieu qu'après avoir arrêté l'écoulement de sang de l'incision abdominale; une petite artère et une veine avaient été liées.

La tumeur attirée au dehors, il fut facile de s'assurer qu'elle n'était point pédiculée. Sa base, largement développée dans le ligament large gauche, touchait d'une part à la corne de la matrice du même côté et de l'autre à l'S descendante du côlon gauche, dont elle n'était distante que de 1 à 2 centimètres. Malgré la largeur de la base, et sans dissection préalable, le fil de fer fut passé avec soin tout autour d'elle et fixé au serre-nœud. Il fut serré le plus près possible de la tumeur; j'ajouterai même presque dans l'épaisseur de la paroi. La tumeur fut reséquée et enlevée dans le pédicule. Coupée, on y voyait une artère béante, plus grosse que la cubitale à sa partie supérieure, et deux veines du même calibre.

Aucun écoulement de sang ou de matières du kyste n'avait eu lieu dans la cavité abdominale. On se contenta d'exprimer du petit bassin la petite quantité de sérosité péritonéale qu'il contenait.

L'opérée lavée et nettoyée, nous procédâmes au pansement.

Six sutures profondes accolent les surfaces péritonéales, et trois sutures enchevillées superficielles les parois abdominales. L'angle inférieur de la plaie est laissé libre; le clamp plonge de toute sa longueur à gauche dans le petit bassin. Ouate pour pansement.

L'opérée est placée dans son lit chauffé. L'opération a duré un peu plus d'une demi-heure.

Dans la soirée, le pouls est à 80. La malade est gaie; elle n'éprouvait rien n'étaient quelques nausées produites par la chloroformisation. Eau sucrée ou coupée pour boisson. Elle a uriné.

Examen de la tumeur. — Extraite, elle pèse encore 1 kil. 500 gr. environ. A l'exception de l'incision de sa face antérieure et de la piqûre du trocart plus à droite, la surface externe est intacte. Remplissant le premier kyste vidé à droite et tout l'espace produit par le broiement, on a une tumeur globuleuse donnant une moyenne de 35 centimètres de diamètre.

L'examen de la cavité prouve que l'incision a porté sur une région composée d'une myriade de kystes dont les plus gros n'atteignent pas le volume d'une noix. Plusieurs sont intacts et remplis d'une matière analogue à celle qui a été extraite pendant l'opération. Ces matières, examinées au microscope, donnent quelques cristaux de cholestérine et des masses de granulations analogues à celles fournies par la transformation du sang épanché dans nos tissus.

Le 10 mars, la malade a passé une bonne nuit. Peu de sommeil sans agitation. Quelques coliques. Le ventre reste affaissé. Un peu de soif. Pouls à 90-100. Température à peu près normale. Nausées dépendant du chloroforme. Eau miellée pour boisson. Trois cathétérismes dans la journée. Écoulement d'une sérosité brunâtre par la plaie. Ouate renouvelée après lavage à l'eau tiède.

Le 11, la malade est gaie. La nuit a été tranquille, sans beaucoup de sommeil. Le ballonnement du ventre commence par la fosse iliaque droite. Quelques gaz ont passé par le rectum. Rares éructations. Ventre peu sensible à gauche. Soif. Pouls à 100-105. Trois cathétérismes. La malade est changée de lit dans la soirée, après pansement de la plaie, qui donne toujours cette sérosité roussâtre.

Le 12 et le 13 l'état est à peu près le même, seulement le ballonnement du ventre augmente; il n'y a pas de garderobe. Magnésie à l'intérieur, lavement à l'eau de savon. Le toucher rectal n'assure pas la présence de matières stercorales; cependant le côlon gauche semble distendu dans la paroi iliaque par des matières stercorales.

Le 14, première garderobe spontanée avec passage régulier de gaz accompagné de quelques coliques. Le ventre diminue; il est indolore, bien qu'un sente à gauche un magma correspondant à l'emplacement du clamp. Par le toucher vaginal, on peut s'assurer que la matrice est immobilisée dans ce magma.

Chute d'une des sutures profondes. Les sutures superficielles sont enlevées. Suppuration franche par la plaie. Il se forme un peu de suppuration sur le trajet des fils de sutures superficielles.

Du 14 au 28, l'état va successivement en s'améliorant. Chaque jour on la change de lit. L'appétit est excellent; seulement les garderobes ne se produisent guère que tous les trois ou quatre jours, et si le clamp ne persistait pas l'opérée se lèverait. Voyant toutefois ce dernier persister et la cicatrice marcher de telle façon qu'elle allait recouvrir son extrémité libre, je me décidai à la dégager du tissu cicatriciel et, à l'aide d'un fil métallique fixé sur la paroi abdominale, à la tirer en dehors. Cette manœuvre réussit parfaitement, dès le lendemain le clamp sortait spontanément, entraînant avec lui une partie du pédicule mortifié assez considérable. Ajoutons qu'à plusieurs reprises j'avais serré la ligature.

Dès le 29, la femme s'est levée. Sa santé est excellente. Elle boit, mange, dort comme d'habitude.

Le 30 la plaie se rétrécit et suppure un peu jusqu'au 3 avril, jour de son départ définitif pour son pays. L'angle inférieur de la plaie se ferme complétement et la suppuration se tarit; il ne reste plus qu'un magma dur et indolore, même à la pression, dans la région hypogastrique gauche, point où le clamp avait séjourné dans la cavité abdominale.

Obs. III. *Kyste multiloculaire de 18 centimètres de diamètre. Broiement puis extraction. Ascite abdominale concomitante. Guérison en douze jours.* — Madame X., de Velesm (Haute-Saône), après m'avoir consulté quelques semaines auparavant, est venue le 19 mars 1872 pour se faire opérer.

État actuel. — Le ventre mesure 1^m,20 de circonférence au niveau de l'ombilic; il est arrondi, mais si la femme fait un effort, on dirait, à la saillie médiane, qu'il se produirait une éventration à la palpation, fluctuation superficielle existant dans toute l'étendue de l'abdomen. Si l'on comprime un peu fortement la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic, on tombe sur un corps dur résistant, du volume d'une tête d'adulte, libre et nageant dans le liquide. L'impulsion communiquée à ce corps se sent à la matrice par le toucher vaginal, mais le bassin est libre, il n'y a ni saillie, ni tumeur appréciable au toucher.

Diagnostic avant l'opération. — Corps solide nageant dans un liquide et en rapport avec la matrice (corps fibreux pédiculé ou kyste). On reste indécis de savoir si le liquide dans lequel ce corps se trouve est compris dans un kyste ou s'il existe dans la cavité péritonéale.

Cette femme est âgée de trente-huit ans, mère de cinq enfants; la dernière couche date de quatre ans et demi. Bien que d'une bonne constitution avant son mal, elle est très-amaigrie, amaigrissement qu'elle attribue non-seulement à son affection, mais à la masse des remèdes

qu'elle a éuss, tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. Elle fait remonter sa maladie au mois d'août 1871, époque à laquelle son ventre s'est sensiblement accru, à la suite de coliques accompagnées de constipation.

L'opération est faite à neuf heures du matin, à Saulx (Haute-Saône), avec le concours de MM. les docteurs Spindler, de Ronchamp, Gaulhier, de Luxeuil, et Jeanney, de Saulx.

La malade chloroformisée, une incision de 7 à 8 centimètres est faite à la paroi abdominale sur la ligne blanche, entre le pubis et l'ombilic. Le bord du muscle droit antérieur gauche est écarté. Deux ligatures veineuses sont placées. Par une dissection minutieuse, on arrive sur le péritoine sans l'ouvrir, et l'on reconnaît à sa transparence que du liquide est contenu dans son intérieur. Une incision de 2 centimètres, faite à la séreuse, permet l'écoulement d'un liquide albumineux ; la quantité peut en être évaluée à 10 litres environ. On put bientôt reconnaître, derrière les lèvres de l'ouverture, les parois de la tumeur. L'ouverture fut agrandie de 2 à 3 centimètres, puis on ponctionna la tumeur avec un trocart explorateur. Quelques gouttes d'un liquide albumineux décelant un kyste, le trocart ordinaire y fut plongé. 1 litre 1/2 de liquide s'écoula. La tumeur étant trop volumineuse pour passer par l'ouverture de l'abdomen, et le trocart plongé dans différents points n'ayant amené que quelques gouttes de liquide, je me décidai à tirer au dehors la poche vidée, à la fendre, et à travers cette ouverture, glisser une pince à pansement à mors larges, à l'aide de laquelle et du doigt je broyais le contenu de ce kyste multiloculaire ; je diminuai assez la grosseur pour la faire sortir en entier par l'ouverture abdominale, n'offrant que 4 à 5 centimètres de diamètre. Son pédicule, de la grosseur de trois doigts, était court ; il mesurait 4 centimètres à peine. Le clamp fut placé et serré au ras de la tumeur, qui fut ensuite séparée.

La malade nettoyée et lavée, toute trace d'hémorrhagie arrêtée et le ventre vidé à l'aide de pression de tout le liquide qu'il contenait encore, deux points de suture profonde et deux points de suture enchevillée superficielle furent placés. Le clamp disparut presque en entier dans la cavité abdominale ; toutefois, le pédicule ne s'éloigna pas beaucoup des bords de la solution de continuité. Une couche d'ouate placée sur la suture fut l'unique pansement. L'opérée fut remise dans son lit, préalablement chauffé. Eau simple ou miellée pour boisson.

Examen de la tumeur. — Sphérique, son diamètre moyen mesure 18 centimètres. Les parois du kyste principal sont très-épaisses, l'intérieur du kyste est tapissé sur sa paroi interne de lambeaux rougeâtres (kyste proliférant) ; le reste de la masse est formé par des quantités de très-petits kystes renfermant les uns du liquide albumineux, d'autres des substances semi-solides analogues à de la bouillie de chocolat.

L'examen microscopique des bourgeons donne une couche superficielle d'épithélium pavimenteux reposant sur un stroma fibreux. Les liquides ne renferment que des éléments solides dépendant de la transformation des globules sanguins et quelques cellules épithéliales.

Dans la soirée la malade est bien, sa respiration bonne, le ventre reste aplati. Elle éprouve quelques nausées et éructations dépendant du chloroforme. Le pouls est à 99 ou à peu près.

Le 20, pendant la nuit, la malade a été agitée. Elle n'a pas dormi. Persistance des nausées et quelques vomissements. Beaucoup de soif. Le ventre est resté aplati, très-peu douloureux au pourtour de la plaie. Il n'y a pas passé de gaz par l'anus. La malade a uriné seule. Pouls à 95-100. Pas de chaleur à la peau ; langue humide. Eau miellée et fraîche pour boisson. La ouate est renouvelée.

Le 21, la malade a dormi quatre heures. Léger ballonnements du ventre sans sensibilité appréciable. Les gaz ne passent pas par l'anus. Quelques éructations faciles. Soif assez intense. Elle a uriné deux fois seule. Pouls à 100-105. Pas de chaleur. Une cuillerée à café de poudre de magnésie. Eau miellée. Changement de lit dans la soirée. Ouate renouvelée.

Le 22, une heure de sommeil. Ventre ballonné, insensible. Coliques violentes. Deux fois des gaz se sont échappés par l'anus. Le rectum est vide. Soif vive. Éructations. Pouls de 100 à 120. Suppuration formée par un ichor noir et fétide. Pansement et nettoyage de la plaie avec l'eau tiède et un peu d'alcool. Ouate. Un lavement savonneux. Eau miellée.

Le 23, nuit mauvaise, trois vomissements, beaucoup d'éructations. Le ventre est moins ballonné, indolore. Gaz, trois fois par l'anus. La malade est plus gaie. Pouls à 100. Une sonde, introduite dans le gros intestin, ramène quelques matières liquides et des gaz. Nouveau lavement qui provoque deux selles copieuses dans la soirée. Langue humide. Soif moindre. Le pouls tombe à 90.

Le 24, la malade n'a pas dormi, bien qu'on ait refait le lit. Les vomissements avec éructations continuent. Soif. Plusieurs garderobes liquides. Le ventre est peu ballonné, indolore. Pouls à 100. Deux pansements dans la journée ; avec une seringue, on enlève les liquides noirs qui baignent le clamp, 20 gouttes de laudanum à l'intérieur. Orange. Eau vineuse.

Le [illegible] a nuit a été très-bonne. La malade est gaie ; elle demande à manger. Malgré une diarrhée qui a produit près de vingt selles pendant les vingt-quatre heures, le ballonnement du ventre est presque nul, sans douleur. Langue normale. Pouls à 85-90. Malgré la diarrhée, bouillon de poule. Vin. Laudanum et sous-nitrate de bismuth.

Le 26, la malade n'a eu qu'une selle. Le ventre est plat, indolore. Un peu de soif. Pouls à 100. Les deux sutures superficielles sont enlevées. La suppuration est abondante et noirâtre. Pansement. Bouillon, viande, vin.

Le 27 et le 28, l'état général s'améliore.

Le 29 le clamp tombe, ainsi que les deux sutures profondes après quelques tractions exercées sur elles. La suppuration tend à devenir de bonne nature.

Le 30, l'opérée demande à manger ; elle se lève. La suppuration diminue, la cicatrisation marche à grand train les jours suivants. L'état normal de l'opérée revient petit à petit, et le 6 avril elle nous quitte complétement guérie.

Réflexions. — L'enseignement principal qui découle de ces trois observations heureuses, c'est la possibilité d'extraire avec succès par de petites incisions abdominales des kystes multiloculaires à petites loges et d'un volume très-considérable. Nous substituons ainsi une nouvelle pratique à celle suivie jusqu'à nous.

Certes, si les trois succès sur lesquels nous nous appuyons ne jugent pas définitivement la question, au moins permettent-ils aux chirurgiens d'entrer avec confiance dans cette voie nouvelle. Désormais les grandes incisions seraient réservées pour les kystes ovariques où de larges adhérences en exigeraient l'usage.

On pourrait supposer que cette heureuse série a tenu à des sujets favorables sur lesquels nous serions tombé. Si l'on veut bien relire nos observations, on se convaincra aisément que deux de nos opérées étaient dans de mauvaises conditions générales, et que chez les trois la cavité péritonéale renfermait même des quantités considérables de liquide, condition généralement défavorable signalée par les ovariotomistes.

Notre procédé opératoire est très-simple. Dans deux cas, après une incision abdominale et du kyste de 8 centimètres, la main introduite a pu avec facilité briser les loges et extraire le contenu. Une fois seulement une incision plus petite, de 4 à 5 centimètres, a suffi pour l'introduction d'une pince à pansement et du doigt, à l'aide desquels le broiement intérieur a eu lieu. On peut donc formuler d'une manière générale qu'une incision variant de 8 à 4 centimètres suffit pour le broiement intérieur et l'extraction du kyste multiloculaire à petites loges (1).

Dans ces trois cas, nous n'avons jamais dépassé la limite de la paroi externe du kyste. Cet accident pourrait-il arriver et déterminer un épanchement du contenu du kyste dans la cavité péritonéale ? A coup sûr on peut le prévoir, mais il nous semble qu'avec un peu d'habileté et de précaution ont peut l'éviter. Dans le cas même où il arriverait, on en serait réduit à une précaution ordinaire en ovariotomie, celle de la toilette du péritoine.

Dans aucun de ces trois cas aucun simulacre d'hémorrhagie intra-kystique n'a accompagné la manœuvre opératoire. Est-elle à redouter ? Je l'ignore. Mais ce que je puis affirmer, c'est qu'elle ne s'est pas produite.

Si de ces considérations spéciales nous passons à l'étude générale de l'ovariotomie, il nous sera permis d'apporter notre avis motivé sur les causes des succès obtenus dans ces dernières années.

On a parlé surtout : 1° de l'instrumentation ; 2° du mode de pansement et des soins consécutifs ; 3° du milieu où l'opérée était installée.

Nous rejetons d'une manière absolue tous ces trocarts spéciaux, tels que ceux de Spencer Wells, Kœberlé, etc. S'ils ont

(1) Dans les trois cas, nous avons pris la précaution, pour empêcher tout épanchement abdominal : 1° de faire fermer toute communication en tirant, par l'ouverture abdominale, les lambeaux du kyste divisé ; 2° ou de faire appliquer par la main des aides les parois de l'abdomen sur la surface externe du kyste. Deux fois cette manœuvre nous a réussi.

l'avantage d'un écoulement plus facile du contenu, ils sont trop gros, trop lourds, embarrassants. Je préfère de beaucoup le trocart ordinaire. La seule modification importante que je signalerai ici ce serait la canule d'aluminium; on allégera singulièrement le poids de l'instrument, qui tiendrait alors par son simple frottement dans la paroi du kyste.

Je ne dirai qu'un mot de l'emploi des sutures. La suture superficielle peut être mise hors cause. Toutes sont bonnes; enchevillées, entortillées, elles arrivent au même résultat. Quant à la suture profonde, doit-on préférer la suture à points entrecoupés ou celle en cheville de M. Koeberlé avec une aiguille spéciale? La première réunit à merveille les surfaces péritonéales et, bien que je l'aie choisie, elle offre un inconvénient, celui d'une extraction assez difficile des fils.

Celle de M. Kœberlé n'assure pas, à mon avis, un contact aussi exact des surfaces péritonéales; mais les fils sont extraits plus facilement. Quant à cette propriété spéciale qu'il semble avoir voulu lui faire jouer dans la tension des parois abdominales, je la regarde comme illusoire et insignifiante.

Si donc nous apprécions la valeur relative de ces deux sutures, nous dirons que la première est préférable à la seconde, puisqu'elle remplit mieux la condition fondamentale, le contact réciproque des surfaces séreuses.

On a longuement parlé du pansement, des soins consécutifs à donner à l'opérée. Je suis obligé d'avouer qu'en face de ma pratique on a largement exagéré ses craintes à cet endroit. On a vu par les observations ci-dessus et les autres que j'aurais pu relater, que tout mon pansement s'est résumé dans l'application d'une couche d'ouate sur les sutures et le clamp. Je n'ai employé ni liquide désinfectant, ni pansement spécial, ni vessies remplies de glace, etc. Et cependant ces cas, relativement au pansement, n'étaient pas des plus simples : deux fois le clamp plongeait dans le petit bassin. Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que les vertus adhésives des séreuses péritonéales font tous les frais; les intestins, les organes du petit bassin, s'agglutinent et forment une loge véritablement étanche autour du corps étranger. Voilà la cause réelle de l'immunité du clamp dans la séreuse péritonéale, tout ce que l'on peut ajouter en dehors de ce fait incontestable n'est qu'une pure hypothèse. Ma preuve est simple : dans ces derniers temps, je fais cinq ovariotomies, je compte une mort; et celle-ci, qu'on le remarque bien, n'est arrivée qu'après le huitième jour. Quarante-huit heures avant sa mort l'opérée paraissait hors de danger; elle se soustrait à la surveillance de sa garde, se lève brusquement sur son lit, et, à la suite de cette imprudence, les accidents graves et la mort surviennent. N'y a-t-il pas lieu de supposer que dans ce malheureux effort elle a rompu quelques adhérences péritonéales qui ont ultérieurement favorisé le développement des accidents ultimes? On voudra bien ne pas oublier que chez cette opérée tout le grand épiploon adhérait à la surface postérieure du kyste, et cette adhérence était tellement intime et ancienne que l'on voyait sur toute la paroi cystique un vaste réseau artériel dépendant de l'anastomose des artères épiploïques et utéro-ovariques. Quant à la pneumatose intestinale signalée dès le second jour dans toutes mes observations, je suis obligé d'avouer que je n'en connais pas plus que d'autres ni la cause, ni le moyen d'y remédier. Elle ne cesse pas toujours même avec le rétablissement des selles, et l'évacuation des gaz par le haut et le bas n'en diminue pas l'intensité. La liqueur ammoniacale anisée de Kœberlé est un mauvais remède et sans effet. J'ai sans succès employé la ponction intestinale.

Les conditions hygiéniques de la campagne conviendraient-elles mieux que celles de la ville, et surtout de la grande ville, pour de telles opérations?

Avouons tout d'abord que nos cinq opérées se trouvaient dans des chambres bien modestes sous tous les rapports et telles qu'on les trouve dans les villages, sans, je dois le dire, la moindre précaution pour la situation ou l'entourage. L'une est au nord, celle-ci au midi, une troisième à l'est, etc.; l'une est au rez-de-chaussée, la seconde au premier étage. Si la première est dans une maison relativement propre, celle-là laisse beaucoup à désirer. Et cependant, si la proportion de nos succès se maintient dans nos opérations ultérieures, il est évident que, toutes choses égales d'ailleurs, la campagne serait préférable à la ville. Aucun raisonnement ne saurait prévaloir contre la force des faits; qu'il me soit permis de rappeler à cette occasion que depuis dix-huit ans, époque à laquelle j'ai commencé à me livrer à la chirurgie dans mon village, pendant les vacances de chaque année, je n'ai perdu que cette seule opérée d'ovariotomie, et cependant j'ai fait un nombre très-respectable d'opérations très-graves et variées. Je citerai entre autres une extirpation complète du scapulum avec conservation du bras, des résections du genou, du pied, de la jambe, du coude, des uréthrotomies internes, des lithotrities, des lithotomies, des opérations de fistules vésico-vaginales, d'exstrophie de la vessie avec succès, des amputations et extirpations de tumeurs de toute espèce, etc.

Pour celui qui, comme moi, a suivi parallèlement la pratique des hôpitaux et des grandes villes, n'y a-t-il pas, je le demande, motif à réflexion?

Depuis l'envoi de ce travail j'ai fait, le même jour, deux nouvelles opérations dans les conditions précitées; sur ces deux opérées l'une d'elles est morte au vingt-cinquième jour. A cette époque le clamp était tombé, la plaie se cicatrisait lorsque, chez les deux opérées, survint une fluxion de poitrine qui ne fit qu'entraver la guérison chez l'une, tandis qu'elle produisait la mort chez l'autre.

Sur cinq opérées, nous ne comptons qu'un cas de mort, et, selon notre appréciation, il ne doit pas être imputé à l'opération.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

ÉLECTRICITÉ ATMOSPHÉRIQUE. — M. *Becquerel* présente la seconde partie de son travail (Voy. la séance du 4 novembre).

FERMENTATIONS. — Une longue discussion sur ce sujet, *sans production d'expériences nouvelles*, s'engage entre MM. *Tréeul, Pasteur* et *Fremy*. Elle se termine par cette déclaration de M. Pasteur :

« Puisque M. Fremy me donne satisfaction sur l'exactitude de mes expériences, je déclare la discussion close en ce qui me concerne; dans le cas contraire, j'aurais persisté dans la proposition que j'ai faite à l'Académie de nommer une commission. »

POISSONS OSSEUX. — M. *Dareste* adresse la quatrième partie de son travail sur les *types ostéologiques des poissons osseux*.

FERMENTS MORBIFIQUES. — M. *de Pietra Santa* adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, une analyse des travaux de M. le docteur *Polli*, sur « les maladies par ferment morbifique, et leur traitement par les sulfites alcalins. » (Renvoi à la Commission.)

SUR LA SANTONINE. — Les expériences toutes chimiques de M. *L. de Saint-Martin* confirment les vues de M. Berthelot. La santonine est un *phénol*, et M. de Saint-Martin en a obtenu un phénol monoatomique, auquel il donne le nom de *santol*.

PHYSIOLOGIE DES NERFS PNEUMOGASTRIQUES. (Note de MM. *Legros* et *Onimus*). — Les auteurs ont étudié, chez des animaux à sang chaud et chez des animaux à sang froid, l'influence sur les mouvements du cœur, des excitations des nerfs pneumogastriques selon l'intensité et surtout selon le nombre des excitations en un temps donné. Ils ont, dans ce but, employé des appareils spéciaux, permettant de graduer à volonté le nombre et la rapidité des intermittences des courants électriques.

Voici les résultats de ces expériences : Toutes les excitations du pneumogastrique, quel qu'en soit le nombre, déterminent un abaissement de tension. L'abaissement de la tension est d'autant plus considérable, que l'on augmente davantage le nombre des intermittences du courant électrique en un temps donné.

Dans une seconde série d'expériences, les auteurs ont, au moyen d'un appareil spécial, enregistré directement les contractions du cœur.

Des intermittences rares n'arrêtent point le cœur, mais ralentissent et modifient ses contractions. Celles-ci sont d'autant plus rares et d'autant plus grandes, que le nombre des intermittences est plus considérable. Chez tous les animaux, pendant l'excitation du pneumogastrique, la durée de la contraction est plus longue qu'à l'état normal. Cette durée est d'autant plus grande que les contractions sont plus rares, ou, ce qui revient au même, que les excitations sont plus fréquentes en un temps donné.

Le nombre des excitations nécessaires pour amener l'arrêt du cœur varie beaucoup d'un animal à l'autre. Chez un même animal, il faut d'autant moins d'excitations pour obtenir l'arrêt du cœur que cet animal est plus affaibli. Chez un animal à sang chaud, quels que soient l'intensité de l'excitation et le nombre d'intermittences, on n'a jamais obtenu l'arrêt complet du cœur pendant plus de quinze à trente secondes.

Il s'écoule toujours un intervalle plus ou moins long entre l'excitation du pneumogastrique et une modification quelconque des battements du cœur. Cet intervalle, qui est assez court chez les animaux à sang chaud, peut durer une demi-minute chez les animaux à sang froid, surtout lorsqu'ils sont en état d'hibernation.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE FONCTIONNEMENT DU CERVEAU, par M. *E. Fournié*. — (Nous rendrons compte prochainement du livre que M. Fournié vient de publier sur ce sujet.)

FONCTION ET TRANSFORMATION DES MOISISSURES, par M. *A. Béchamp*. — La présente note a pour objet l'étude du rôle comme ferment et les transformations de moisissures nées dans les milieux les plus divers. Elle est divisée en deux parties : dans la première, l'auteur étudie l'action des moisissures sur l'eau sucrée, sans addition ; dans la seconde, leur action sur une solution de sucre dans le bouillon de levûre. Voici un exemple de ses expériences :

« Le 21 mai 1864, mis en expérience des moisissures développées dans le produit filtré d'une fermentation alcoolique normale, humides, 12^{gr},5 ; sucre, 20 grammes ; eau, 70 centimètres cubes. Bientôt la fermentation s'établit, de l'acide pur se dégage. Terminé le 10 juin suivant. J'ai obtenu, pour 100 de sucre : alcool absolu, 62 centimètres cubes; acide acétique, 21 grammes. Avant, le ferment était formé de mycélium et de grosses cellules allongées, comme du mycélium naissant ; après, même apparence.

Les autres expériences sont faites suivant le même mode.

« Je crois, dit l'auteur en terminant, ne pas me faire illusion en soutenant que ces expériences confirment la manière de voir que j'exprimais en commençant cette note : les moisissures sont des ferments. Enfin les résultats négatifs que j'ai rapportés, et ils ne sont pas les seuls, prouvent une fois de plus qu'il est possible de réduire à zéro l'influence des microzymas atmosphériques, sur quoi j'insisterai dans une prochaine note. »

DE LA FERMENTATION DES FRUITS. (Note de MM. *G. Lechartier* et *F. Bellamy*). — Le résultat principal de ces expériences est que la destruction du sucre, la production de l'acide carbonique et celle de l'alcool peuvent s'effectuer dans les fruits sans qu'on trouve à leur intérieur de ferment alcoolique.

FERMENTATIONS. (Note de M. *A. Gaudin*.) — L'auteur fait remarquer que, d'après le calcul, une parcelle de matière invisible pour nous, malgré l'emploi de nos plus puissants instruments d'optique, renferme déjà amplement de la matière pour suffire à son organisation, bien qu'elle soit infiniment éloignée du volume des objets les plus petits qui soient perceptibles à notre vue directe. Par exemple, le volume des poussières atmosphériques est à lui seul *100 millions de fois plus grand* que celui du grain de semence présumée des levûres ou végétaux fermentescibles. L'auteur compte indiquer plus tard les moyens propres à augmenter la sûreté des expériences.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Lemonnier* sur le service médical des Eaux Chaudes (Basses-Pyrénées) pendant l'année 1870. (*Commission des eaux minérales*). *b*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements des Hautes-Pyrénées, de la Vendée, de l'Aisne, de la Dordogne et de l'Ille-et-Vilaine. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Prestat* (de Pontoise), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1872 à Bessancourt. (*Commission des épidémies*.)

L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de candidature de M. le docteur *Baillon*, pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; de MM. les docteurs *Laboulbène*, *Charcot*, *Empis*, *Cornil*, *Parrot*, *Houel*, *Voisin* et *Belhomme*, pour la section d'anatomie pathologique. ; de M. *Trasbot*, professeur à l'École d'Alfort, pour la section de médecine vétérinaire; de M. le docteur *Chéreau*, pour la section des associés libres. — *b*. Un mémoire relatif à la spontanéité du choléra, par M. le docteur *Bonnet* (de Bordeaux), présenté par M. *Barth*. (*Comm.* : MM. de Kergaradec, Guérard et Jolly.) — *c*. Un travail de M. le docteur *Chéron*, sur l'arrêt de la destruction du poumon, dans la phthisie chronique, par l'inhalation des vapeurs des essences oxygénées. (*Comm.* : MM. Hérard et Delpech). — *d*. Une réclamation de priorité adressée par M. le docteur *Brissez* (de Lille) au sujet du spéculum présenté par M. *Devilliers*. — *e*. Un pli cacheté, relatif à la digitaline cristallisée, déposé par M. *Nativelle*. (*Accepté*.) — *f*. Une lettre de M. le docteur *Arsène Drouet*, accompagnant une note sur le traitement du choléra et de la cholérine par les badigeonnages de collodion. (*Commission du choléra*.)

M. *Tardieu* présente, de la part de M. le docteur *Linas*, un exemplaire de l'article *Catalepsie*, extrait du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

M. *Devilliers* dépose sur le bureau le compte rendu du service médical du chemin de fer du Nord, pour l'année 1871, par M. le docteur *Léon Gros*.

M. *Depaul* présente deux brochures de M. le docteur *Guéniot*, l'une sur les fistules urinaires de l'ombilic; l'autre sur l'allongement œdémateux, avec prolapsus, du col utérin, pendant la grossesse et l'accouchement.

M. *Robin* présente une brochure sur les pneumonies et les fièvres intermittentes pneumoniques, avec tracés thermographiques, par M. le docteur *Armaingaud* (de Bordeaux).

M. *Barth* présente un mémoire sur les ruptures prétendues spontanées du cœur, par M. le docteur *Laboulbène*, et par M. *Laborroque*, interne des hôpitaux.

M. *Larrey* offre en hommage, de la part de l'auteur, M. le docteur *Toussaint Martin*, un volume intitulé : NOUVEL ABRÉGÉ DES ÉLÉMENTS DE PHYSIOLOGIE.

ÉLECTION. — Le grand événement de la séance a été l'élection dans la section d'hygiène et de médecine légale. Quatre candidats, d'un réel mérite, étaient en présence. De là un certain embarras, une certaine hésitation, dans le choix de la Commission et dans le vote de l'Académie, embarras et hésitation qui se sont trahis d'un côté par deux *ex æquo*, de l'autre, par deux tours de scrutin également honorables pour les deux premiers concurrents.

La Commission a présenté, en première ligne, *ex æquo*, MM. *Hillairet* et *Roussel*; en seconde ligne, *ex æquo*, MM. *Lagneau* et *Lunier*.

Au premier tour de scrutin, l'Académie a donné, sur 77 votants, 37 voix à M. Hillairet et 37 à M. Roussel ; 2 à M. Lagneau et 1 à M. Lunier.

Au second tour, M. Roussel a obtenu 41 suffrages, et M. Hillairet 35.

Voilà une victoire vivement disputée, et qui fait autant d'honneur au vaincu qu'au vainqueur. C'est le présage d'un prochain triomphe pour M. Hillairet.

Nous applaudissons volontiers à l'élection de M. Théophile Roussel, non-seulement parce qu'elle est une juste récompense de ses beaux travaux sur l'hygiène, mais encore parce qu'elle marque une tendance très-libérale de l'Académie à n'être plus un corps exclusivement parisien, à admettre dans son sein, comme membres titulaires, les médecins laborieux et distingués de la province. Il y a un autre avantage dans

l'élection de M. Roussel, c'est que, membre de l'Assemblée nationale, il pourra servir d'intermédiaire utile, pour toutes les questions et les mesures d'hygiène publique, entre l'Académie et le pouvoir législatif.

De l'hyoscyamine — M. le docteur *Oulmont*, candidat pour la section de thérapeutique et de matière médicale, s'applique à mériter et à gagner, par la nature de ses travaux, les suffrages de l'Académie.

Les recherches de ce médecin visent surtout les propriétés et l'emploi thérapeutique des principes immédiats des substances médicamenteuses. De pareilles recherches, qui comportent à la fois des expériences physiologiques et des expériences cliniques, sont doublement profitables à la science, en ce qu'elles servent en même temps à la physiologie et à la thérapeutique.

C'est sur les propriétés du principe actif de la jusquiame, l'hyoscyamine, que M. Oulmont a appelé aujourd'hui l'attention de l'Académie. Il a constaté, d'abord par des expériences préalables sur des animaux, que l'hyoscyamine exerce une influence modératrice, sédative, sur la circulation capillaire, en général, et plus particulièrement sur celle de la moelle; que ce ralentissement de la circulation peut aller jusqu'à suspendre et même anéantir le pouvoir excito-moteur de l'appareil médullaire, d'où résulte la paralysie du train postérieur qu'on observe chez les animaux soumis à des doses relativement élevées d'hyoscyamine. Cette substance n'a paru exercer aucune influence notable sur la sensibilité.

La conclusion naturelle que M. Oulmont a tirée de ces expériences, c'est que l'hyoscyamine doit exercer plus spécialement son action thérapeutique sur les névroses spasmodiques et convulsives.

L'expérimentation clinique est venue confirmer et justifier ces prévisions. En effet, l'hyoscyamine s'est montrée impuissante contre les diverses formes de névralgies; mais M. Oulmont en a obtenu les meilleurs résultats dans ces troubles variés, de la myotilité connus sous le nom de *tremblements*. Il cite deux observations de tremblement mercuriel, et deux cas de tremblement sénile, améliorés ou guéris par le principe actif de la jusquiame. Il rapporte aussi l'exemple d'un jeune homme mort de tétanos traumatique aigu, mais dont l'état avait été momentanément amendé par l'hyoscyamine. M. Oulmont pense que cet agent pourrait être également administré avec succès dans le traitement de l'ataxie locomotrice et de la paralysie agitante.

L'hyoscyamine possède des propriétés fortement toxiques, qui exigent la plus grande prudence dans son dosage. M. Oulmont la prescrit dans la proportion de 1 à 5, 10 et même 15 milligrammes dans les vingt-quatre heures, soit par la voie gastrique, soit en injections hypodermiques; mais il recommande expressément de n'arriver que graduellement aux doses les plus fortes, sauf dans le tétanos, où l'on peut donner d'emblée 5, 10 et même 12 milligrammes, de manière à réprimer le plus vite possible les secousses et les spasmes musculaires.

Matière médicale des chinois.—Les habitants du Céleste empire ne connaissent pas l'hyoscyamine, ou du moins M. *Gubler* n'en a rien dit dans le rapport très-instructif et très-soigné qu'il a lu sur un mémoire de MM. *Soubeyran* et *Dabry de Thiersant*, relatif à la matière médicale des Chinois. Mais, en revanche, les fils du Ciel se servent de la plupart des médicaments usités en Europe et de beaucoup d'autres encore qu'on ne trouve guère que dans leur pays.

Les révélations de MM. de Thiersant et Soubeyran sur ce sujet sont pleines d'intérêt et de nouveauté. M. Gubler a tiré un excellent parti de leur travail; et, avec le remarquable talent d'écrire et d'exposer qu'on lui connaît, il a fait parfaitement ressortir les méthodes, les procédés thérapeutiques, l'art de guérir chez les Chinois. Il a montré que les peuples de l'extrême orient professent, en médecine, des croyances, des doctrines, des systèmes et des préjugés, qui ne diffèrent pas sensiblement des nôtres, surtout de ceux de nos devanciers, les médecins du moyen âge et de la renaissance. Les Chinois admettent la spécificité de certaines substances et l'action élective d'un grand nombre de médicaments. Ils emploient, depuis longtemps, le mercure contre la syphilis, l'arsenic contre les maladies de la peau, et les ferrugineux dans la chlorose, l'anémie et l'épuisement des forces. Ils pratiquaient l'anesthésie chirurgicale bien avant la découverte des précieuses propriétés de l'éther et du chloroforme; mais, au lieu de ces agents, ils se servent, pour émousser ou éteindre la douleur chez leurs opérés, de préparations narcotiques ou stupéfiantes, notamment du *datura alba* et de l'*azalæa procumbens*.

Au milieu de théories surannées et bizarres, les Chinois professent des idées assez justes sur l'altération des humeurs et sur les lésions des solides dans les maladies, sur le mode d'action des remèdes et sur leur mode d'élimination. Ils connaissent l'influence favorable de l'orge germée sur les troubles digestifs, et celle des eaux conservées dans des vases de plomb sur le goître.

M. Gubler signale quelques plantes médicinales indigènes, particulièrement usitées en Chine et qui pourraient être essayées avec avantage dans nos contrées. Il nomme, entre autres, le *pupalia geniculata*, employé dans les affections rhumatismales; le *passerina chamædaphne*, qui jouit de propriétés cordiales et toniques; le *Dimorphantus edulis*, efficace dans les hémorrhagies et dans les maladies du cœur; le *Gynocardia odorata*, auquel on attribue la propriété de guérir les dermatoses et la syphilis; le *Dichroa*, très-renommé comme fébrifuge et antipériodique.

L'aperçu très-sommaire que nous venons de donner du savant rapport de M. Gubler suffira, nous l'espérons, pour donner l'envie de le lire *in extenso* dans le Bulletin.

Le rapporteur, après un éloge très mérité du beau travail de MM. Dabry de Thiersant et Léon Soubeyran, propose d'adresser des remercîments, des félicitations et des encouragements aux auteurs, et de signaler leur ouvrage à la bienveillance de M. le ministre de l'instruction publique, afin d'en obtenir l'impression aux frais de l'État.

L'Académie approuve et adopte ces conclusions.

Présentations. — M. *Péan* possède, à un rare degré, ce que nous pourrions appeler le tempérament chirurgical; c'est le chirurgien des coups de hardiesse et de surprise; et toutes les fois qu'il vient faire quelque exhibition d'opérés à l'Académie, on peut être certain qu'il s'agit de cas rares et d'opérations insolites.

Cette fois, il présente onze sujets, que nous allons passer rapidement en revue :

1° Un homme de quarante-cinq ans, auquel il a pratiqué, par un procédé nouveau d'incision des parties molles, la résection de la mâchoire supérieure gauche pour un épithélioma du sinus maxillaire qui avait débordé du côté des fosses nasales, du pharynx et de la bouche.

2° Deux autres hommes, affectés de hernies inguinales congénitales, étranglées depuis deux jours, et irréductibles par le taxis, qu'il a traitées et guéries par un procédé de kélotomie qui lui est propre et dont il décrit les particularités.

3° Une femme de cinquante-cinq ans, à laquelle il a enlevé, au mois de mars dernier, par le procédé mixte du morcellement et de la cautérisation actuelle, un kyste ovarique qui s'implantait dans l'utérus et le ligament large, sur la paroi latérale du bassin et la fosse iliaque droite, par une très-large surface.

4° Sept femmes auxquelles il a amputé le corps de l'utérus, dans ces deux dernières années, pour des tumeurs fibreuses utérines, péri-utérines ou fibro-cystiques. M. Péan met, en même temps, sous les yeux de l'Académie, les plus volumineuses de ces tumeurs, qu'il conserve précieusement dans d'énormes bocaux.

A ce propos, M. Péan fait connaître sa statistique, qui porte, pour les tumeurs fibreuses, sur huit opérées, dont cinq guéries; pour les tumeurs fibro-cystiques, sur trois opérées, dont deux avec succès; pour les kystes ovariques, sur trente-trois cas, dont vingt-six suivis de guérison.

Il termine en donnant quelques détails sur l'ablation d'une énorme tumeur fibro-graisseuse du mésentère, du poids de 20 kilogrammes, chez une femme très-âgée, qui a succombé, au bout de plusieurs jours, au défaut de réaction.

Au commencement de la séance, M. *le président* a annoncé que, le jour prochain du renouvellement du bureau, l'Académie serait appelée à élire un nouveau secrétaire annuel et un secrétaire perpétuel intérimaire.

A cette occasion, l'Académie de médecine ne ferait-elle pas bien d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de suivre l'exemple de l'Académie des sciences, dont les secrétaires perpétuels ne font partie d'aucune section.

A. Linas.

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches sur l'action physiologique de l'aconitine, par les docteurs Boehm et Wartmann.

Malgré les recherches de Schroff, Praag, Liégeois, Hirtz, Gubler, Aschscharusnow, l'action physiologique toxique ou thérapeutique de l'aconitine n'est pas encore vulgairement connue. Liégeois et Hottot ont insisté sur l'action paralysante de l'aconitine sur le pouvoir excito-moteur de la moelle; le désordre du pouls, l'abaissement de la température, la dilatation pupillaire, la prostration suivie de la paralysie des muscles, des troubles de la sensibilité, représentent la série des phénomènes toxiques de l'aconitine, de sorte que jusqu'à présent on peut considérer l'aconitine comme un poison paralysant l'action du cœur, la circulation, la sensibilité et le pouvoir excito-moteur de la moelle. Les expériences que nous analysons confirment ces appréciations, et comme elles ont été bien dirigées, nous en indiquerons les principales conclusions.

Les auteurs ont expérimenté avec l'aconitine qu'ils appellent allemande, préparée par Merck. La plupart des recherches sur le système nerveux ont été pratiquées chez les grenouilles; celles qui ont rapport aux phénomènes produits sur la circulation et la respiration ont été faites chez les chiens, les chats, les lapins. Les doses employées pour les grenouilles ont varié de 1/2 milligramme à 5 milligrammes, injectés sous la peau ou dans les sacs lymphatiques. Chez les lapins, les expérimentateurs ont injecté de 1 à 5 centigrammes sous la peau ou dans la veine jugulaire; chez les chiens, de 8 milligrammes à 5 centigrammes.

Les phénomènes principaux produits chez la grenouille, à la suite de l'injection, sont immédiats et d'autant plus rapidement accentués que la dose est plus forte. Avec les doses modérées, on observe en quelques minutes, dix à vingt, et successivement, la paralysie des muscles respiratoires, des muscles des extrémités inférieures, et enfin des extrémités supérieures. Les grenouilles expriment d'abord des sensations douloureuses par leurs cris, puis bientôt survient un affaiblissement de l'excitation réflexe, celle-ci persistant en dernier lieu dans la cornée.

Chez les lapins, avec des doses de 1 à 5 centigrammes, on observe, au bout d'un quart d'heure pour les injections sous-cutanées, et en quelques minutes pour les injections dans la jugulaire, des mouvements de mastication et de salivation, puis le ralentissement de la respiration, l'expiration s'accompagnant de mouvements saccadés; bientôt surviennent des contractions fibrillaires des muscles, et des convulsions cloniques localisées dans certains groupes musculaires. En même temps il y a du larmoiement et de la dilatation pupillaire. Environ trente minutes après l'empoisonnement, les extrémités inférieures sont paralysées. Cependant la sensibilité persiste, les mouvements réflexes sont rapidement produits; la mort survient en un espace de temps variant entre une et trois heures.

Les résultats de l'autopsie sont constants et caractéristiques, à l'ouverture du thorax, le cœur est arrêté en diastole, et le cœur est tellement dilaté qu'on le sépare difficilement du péricarde. L'électrisation ne détermine pas de contraction musculaire dans le cœur. Les nerfs, les muscles ne sont plus irritables par les courants induits, mais l'excitation du nerf phrénique détermine encore des contractions énergiques du diaphragme. Chez le chien, la température est très-notablement abaissée.

Tels sont les symptômes généraux; mais les phénomènes produits sur le système nerveux, sur la circulation et sur la respiration, ont été étudiés avec grand soin par Boehm et Wartmann.

Leurs recherches sur le système nerveux les ont amenés à conclure que l'aconitine agit d'abord sur les organes centraux de la moelle; elle produit en premier lieu une diminution du pouvoir réflexe des ganglions sensibles de la moelle, et plus tard une diminution de l'excitabilité des ganglions moteurs, enfin une paralysie complète des mouvements volontaires et réflexes. Les nerfs périphériques ainsi que les muscles ne sont pas affectés absolument, mais il se produit une excitation des extrémités nerveuses qui se démontre par des contractions fibrillaires.

Par rapport à la circulation, l'aconitine détermine l'abaissement de fréquence des contractions cardiaques, et rapidement l'arrêt du cœur; la pression sanguine moyenne est d'abord augmentée chez le lapin, mais chez le chien et le chat elle est toujours diminuée. L'action de l'aconitine sur les nerfs cardiaques est donc variable, inconstante, et les auteurs, après l'avoir longuement discutée, n'ont pu arriver à des conclusions précises.

L'aconitine, suivant eux, paralyse le centre nerveux excitateur de la circulation, en paralysant les ganglions sensibles du centre nerveux régulateur de la circulation; enfin l'aconitine paralyse le centre nerveux respiratoire ou plus exactement le centre spinal qui préside à la coordination des mouvements musculaires respiratoires. (*Verhandlungen der Phys. med. Gesellsch. in Wurzburg N. Folge* III Bd. 1 Huft. 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Étude sur les sels de quinine, leur action physiologique et médicale, par le docteur Léon Colin, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce. Hennuyer, 1872.

La nature du sujet, le nom et la situation de l'auteur, tout contribue à recommander la brochure de M. Colin. Cette étude renferme en outre le résultat d'un grand nombre de travaux étrangers sur la matière, et plus que jamais nous devons tenir sur ces travaux un œil attentif, mais indépendant.

Dès le début de son travail, l'auteur divise les médecins en deux camps : ceux qui ont exercé dans les pays où règne la fièvre paludéenne, ceux qui ont observé dans les pays où cette maladie est inconnue. Il est aisé de voir qu'il appartient à la première de ces deux catégories : on s'expliquerait difficilement sans cette circonstance le singulier contraste qui frappe dès l'abord le lecteur le moins prévenu.

Tout en souscrivant, souvent même avec complaisance, aux récents travaux relatifs à l'action intime du sulfate de quinine sur chacun des systèmes et des éléments mêmes de l'organisme, le docteur Colin demeure sous le prestige de la cure de la fièvre intermittente par l'écorce du Pérou; à travers le médecin familiarisé avec les recherches de la physiologie et de la thérapeutique modernes, on aperçoit l'ontologiste; et

derrière la science et son scepticisme philosophique, ou reconnaît la foi et la dévotion au culte de la spécificité; *croyant* à la spécificité de la fièvre intermittente et à celle de la quinine, l'auteur serait tenté de regretter qu'on ait détourné ce médicament de son rôle par excellence, la cure de la fièvre paludéenne, pour l'essayer au traitement du rhumatisme et de la fièvre en général; fort heureusement le *savant* s'en console en reconnaissant avec raison que c'est sur ce terrain nouveau qu'on a pu étudier, je dirai sans parti pris, l'action de notre grand fébrifuge. Il ne le tient pas moins pour «le remède *spécifique* des fièvres causées par cette infection» (paludéenne). Plus loin il parle de «la réputation de spécifique qu'il a si bien méritée).

La notion de la spécificité a eu sur la médecine la même influence qu'un dogme sur la métaphysique. Il serait donc à souhaiter que l'idée de spécificité pût disparaître un jour de la thérapeutique, et qu'on ne vît dans la pathologie qu'un organisme modifié par le poison ou la cause morbide, et dans la thérapeutique le même organisme modifié en sens contraire par le médicament. L'organisme réagit suivant un mode dont un certain nombre de phases sont communes, en présence de diverses causes pathologiques: miasme paludéen, froid, etc. Il réagit d'une façon spéciale devant chaque médicament. C'est de la combinaison entre l'oscillation pathologique comparée à celle d'un pendule et l'oscillation médicatrice qui représenterait l'oscillation correspondante dans une direction opposée à l'oscillation pathologique, que naît une sorte de résultante aussi rapprochée que possible de la moyenne normale. Sans doute les lois de la vie ne peuvent pas autrement que par métaphore être rapprochées de celles de la mécanique, mais c'est parce que le marais, le froid, etc., donnent naissance à des accès *congestifs* que le sulfate de quinine, qui donne naissance à des sortes d'accès *hypoémiques*, convient aux fièvres paludéennes et aux névralgies congestives *à frigore*. Mais nulle part le miasme paludéen, le froid ou la périodicité ne peuvent être directement attaqués ni vaincus. «Si la quinine,» dit le professeur Gubler dans ses Commentaires thérapeutiques, «réussit mieux que l'un quelconque de ses nombreux succédanés contre les fièvres de marais à forme intermittente ou rémittente, c'est qu'elle possède à un plus haut degré que toute autre la puissance d'isoler (l'auteur fait suite ici à une comparaison avec les substances isolantes des appareils électriques), pour ainsi dire, le centre médullaire et d'en économiser les forces, de tonifier et de galvaniser le grand sympathique; en définitive, de s'opposer à l'évolution des symptômes phlogistiques qui se déroulent dans le cours d'un accès fébrile.»

M. Colin n'admet pas d'ailleurs lui-même que le sulfate de quinine agisse directement contre le miasme fébrifère; encore moins le regarde-t-il comme antiseptique et antizymotique. Il réduit ainsi à leur juste valeur les expériences de Binz; on sait que pour ce dernier auteur la quinine suspendrait la transformation des matières végétales, fermentation ou putréfaction, par son influence toxique sur les organismes inférieurs qui abondent dans ces substances. Prendre ainsi la thérapeutique pour l'art parasiticide par excellence serait faire trop facilement abstraction du substratum humain, que le médecin ne peut oublier; ce serait nuire plus qu'on ne croit à la direction si bonne, tant qu'on ne l'exagérera pas, que donnent à la médecine les recherches modernes sur le rôle des microzymas dans la pathologie.

Arrivé à l'étude des modifications *hypothermiques* imprimées à l'organisme par le sulfate de quinine, l'auteur insiste avec raison sur l'action empêchante qu'il exerce sur la combustion interstitielle, source de la chaleur dans l'organisme; c'est là en effet le point de départ d'une des grandes indications du médicament qui nous occupe dans les états fébriles; mais il est une question importante qui reste peut-être un peu dans l'ombre, c'est celle des modifications de la *tension artérielle*, dont l'auteur semble d'ailleurs admettre la diminution. Après avoir fait de toutes les expériences qui ont été pratiquées une savante analyse, le docteur Colin conclut que le ralentissement du pouls tient à l'influence de l'alcaloïde sur les faisceaux mêmes, nerveux ou musculaires du cœur. L'expérience qui semble surtout l'entraîner vers cette manière de voir est celle qui consiste à sectionner l'extrémité supérieure de la moelle et du grand sympathique au cou, c'est-à-dire les organes de transmission cardiaque; on voit alors les battements du cœur se ralentir, comme si la communication avec les centres n'avait pas été interrompue. M. Colin conclut alors que le sulfate de quinine agit sur la fibre même du cœur. Mais les modifications de la tension, étudiées ainsi que j'ai eu moi-même l'occasion de le faire un grand nombre de fois au moyen du sphygmographe, montrent que celle-ci est augmentée; elles expliquent en outre le ralentissement du cœur sans qu'on ait besoin d'avoir recours à une action particulière sur la fibre cardiaque même. Marey a prouvé que plus la tension dans l'arbre artériel augmente, plus le cœur ralentit ses projections, dont l'intensité, en rapport avec la tension à vaincre, est toujours en raison inverse du nombre. Je sais bien que le pouvoir contractile d'un muscle dénudé cesse *momentanément* lorsqu'on dépose à sa surface une certaine quantité du sel; mais n'y a-t-il pas ici une complexité de phénomènes dont il est bon de tenir compte?

Quant aux modifications que le quinine subit dans l'organisme, le docteur Colin semble attacher, avec Kesner, une grande importance aux changements qui s'opèrent dans l'alcaloïde au contact de corps à leur maximum d'oxydation; la quinine se changerait sous cette influence en dihydroxylquinine, corps complétement dépourvu des propriétés de la quinine. Ainsi s'expliquerait comment, sans aucun résultat apparent, des malades atteints de fièvre vive avec combustion exagérée peuvent prendre des doses considérables de quinine «qui traverserait l'organisme comme une substance indifférente». Je ne sais s'il serait prudent de se fier à une transformation qui n'est que partielle, et la tolérance des malades n'est peut-être due qu'à l'intensité même de la fièvre, qui les met dans un état très-opposé à celui que prend l'organisme sous l'influence du sulfate de quinine. C'est ainsi qu'un cerveau anémié supporte moins bien le sulfate de quinine qu'un cerveau congestionné; c'est ainsi que les enfants, dont le cerveau est relativement plus hypérémié que celui de l'adulte, supportent mieux que ce dernier le sulfate de quinine, et supportent au contraire moins bien l'opium (Gubler).

Nous voudrions avoir le temps d'analyser la partie très-intéressante de ce travail où l'auteur traite l'action de la quinine sur les globules rouges. Il montre, par une série d'expériences citées, comment elle empêche les globules rouges de se charger d'oxygène. Un tableau montre, par les analyses d'urine, la diminution croissante des produits de combustion éliminés par ce liquide. La quantité de liquide s'accroît, et l'urée, l'acide urique, la créatinine et l'azote diminuent.

L'étude des conditions qui favorisent l'action des sels de quinine constitue également un chapitre fort intéressant; il montre l'action plus lente du tannate de quinine.

L'espace nous manque pour traiter chacun de ces chapitres comme il le mériterait. Si nous nous sommes élevés contre certains côtés un peu *doctrinaires* de ce travail, nous rendons pleine justice au soin qu'a mis l'auteur à réunir les plus récents travaux sur la matière et à en discuter la valeur. L'étude sur les sels de quinine constitue, en somme, un travail extrêmement intéressant qu'on ne lira pas sans profit.

Dr A. Bordier.

VARIÉTÉS.

ÉLÈVES DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le défaut d'espace nous a empêchés jusqu'ici de publier le rapport adressé, à la date du 18 octobre, par M. le ministre de la guerre à M. le Président de la République, et réglant l'instruction de MM. les élèves du service de santé militaire.

Voici les parties essentielles de ce rapport :

Chaque année, au mois de septembre, un concours aura lieu pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, d'après un programme arrêté par le ministre de la guerre et qui sera rendu public avant le 1er mai.

Seront admis à concourir :

Pour les emplois d'élèves en médecine :

1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences complet ou restreint;

2° Les étudiants ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le doctorat, et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions.

Pour les emplois d'élèves en pharmacie :

1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet;

2° Les étudiants ayant 4 ou 8 inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe, et ayant subi avec succès les examens trimestriels.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français.

2° Avoir eu au 1er janvier de l'année du concours plus de dix-sept ans et moins de vingt et un ans (élèves sans inscription), moins de vingt-deux ans (élèves à quatre inscriptions), moins de vingt-trois ans (élèves à huit inscriptions), et moins de vingt-quatre ans (élèves à douze inscriptions).

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins; elle pourra être vérifiée au besoin par le jury d'examen.

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui précèdent seront de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les épreuves auront lieu devant un jury composé d'un médecin inspecteur du service de santé, président, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires, désignés par le ministre de la guerre.

Les candidats reconnus admissibles recevront, dans la proportion déterminée par les besoins du service, une commission d'élève du service de santé militaire, et seront classés en deux catégories.

Les élèves compris dans la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui auront moins de douze inscriptions en médecine ou de huit inscriptions en pharmacie, seront répartis, suivant leur convenance, entre douze villes principales, y compris Paris, qui possèdent à la fois une Faculté de médecine et une école supérieure de pharmacie, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie et un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil. Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront à l'exécution du service médical et pharmaceutique; en même temps ils suivront les cours et travaux pratiques de la Faculté ou de l'école supérieure de pharmacie, ou de l'école préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune solde. Toutefois, afin de venir en aide dans une juste mesure à des positions exceptionnellement intéressantes, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle dont le chiffre sera fixé ultérieurement.

Les élèves de la seconde catégorie, c'est-à-dire ceux qui seront en possession de douze inscriptions pour le doctorat ou de huit inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe, seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce. Inscrits à la Faculté de médecine ou à l'école supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité, ainsi que les cliniques de la Faculté. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens du doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la première année du séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat, qui seront subis entre la 12e et la 16e inscription, dans l'ordre déterminé par le décret du 18 juillet 1860. Après la 16e inscription en médecine et la 12e inscription en pharmacie, à dater du 1er juillet jusqu'au 1er mai suivant, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Pour les uns et les autres, le stage proprement dit commencera le 1er mai et se terminera avec le mois d'août.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde attribuée à l'ancien grade de sous-aide. Dès qu'ils auront obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire leur sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'État.

Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel, ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.....

Approuvé :	*Le ministre de la guerre,*
A. THIERS.	E. DE CISSEY.

— Le ministre de la guerre a désigné ainsi qu'il suit les douze villes entre lesquelles seront répartis, pendant les premières années d'études, les élèves du service de santé, savoir :

Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger,

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le ministre de l'instruction publique ayant décidé qu'il y a lieu de pourvoir à la chaire d'histoire de la médecine à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris, avant le 4 décembre, à quatre heures : 1° Leur acte de naissance; 2° Leur diplôme de docteur en médecine ; 3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages ou de leurs travaux.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA CHARITÉ. — M. Ch. Bouchard, agrégé suppléant de M. le professeur Bouillaud, commencera son cours le jeudi, 28 novembre, à neuf heures et demie et le continuera les jeudis et samedis à la même heure. Le mardi, leçon de diagnostic. Visite et interrogatoire des malades tous les jours à huit heures et demie.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le docteur Henri Roger, professeur-agrégé de la Faculté, commencera le *cours clinique des maladies des enfants* (semestre d'hiver), le samedi 30 novembre.

Visite des malades et exercices cliniques tous les jours à huit heures et demie; leçons le samedi.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons de clinique médicale dans cet hôpital le mardi 26 novembre 1872.

Tous les matins, à huit heures et demie, visite et interrogatoire des malades par les élèves (salle Sainte-Marthe et Sainte-Geneviève). — Mardi et samedi, leçon à l'amphithéâtre; jeudi, examen au spéculum et consultation pour les maladies des femmes (salle Sainte-Geneviève).

— M. le docteur J. A. Fort commencera un cours public d'*anatomie des régions appliquée à la chirurgie* le mardi 26 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Le 2 décembre, M. Fort recommencera son cours particulier d'anatomie qui durera jusqu'à la fin de mars, et qui se fera aux mêmes heures que le précédent.

M. le docteur Vérité commencera son *cours sur les affections syphilitiques* le mardi 26 novembre, à sept heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique et le continuera les samedis et mardis à la même heure.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 28 novembre 1872.

DU TRAVAIL DES ENFANTS DANS LES MANUFACTURES. — *Faculté de médecine de Nancy :* INSTALLATION. LETTRE DE M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

L'ordre du jour de l'Assemblée nationale appelait lundi la première délibération sur le travail des enfants dans les manufactures. C'est un des sujets les plus intéressants qui aient jamais attiré l'attention des pouvoirs publics. En portant cette question à la tribune, M. A. Joubert, représentant d'Angers, et directeur d'un de nos principaux établissements de filature, a montré combien la loi de 1841 avait besoin d'être remaniée. Nul ne pouvait avoir plus de compétence et d'autorité en pareille matière. La proposition de M. Joubert a été développée successivement par MM. Louis Blanc, Tolain, Eug. Tallon, rapporteur. Nul doute que l'Assemblée approuvera le projet de loi de la commission en modifiant les règlements actuellement en vigueur sur le travail des enfants.

L'Angleterre nous a précédés de bien loin dans cette voie, et, dès 1802, des bills protecteurs des enfants avaient été promulgués, au moins en ce qui concernait les enfants employés dans les manufactures de coton; le bénéfice n'en fut étendu que bien longtemps après aux jeunes ouvriers des filatures.

C'est en 1828 que la Société industrielle de Mulhouse, la première en France, s'occupa du sort des enfants. Des enquêtes s'ouvrirent et les résultats en sont consignés dans l'important travail de Villermé publié dans les ANNALES D'HYGIÈNE de 1837. Les réformes sollicitées prirent corps dans la loi du 22 mars 1841 qui régit encore aujourd'hui la matière.

Nous rappelons brièvement les principales dispositions de cette loi, qu'il s'agit actuellement de modifier dans un sens plus conforme aux progrès de l'industrie et plus favorable aux intérêts des enfants.

ART. 1er. — Les enfants ne pourront être employés que sous les conditions déterminées par la présente loi :

1° Dans les manufactures, usines et ateliers à moteur mécanique ou à feu continu et dans leurs dépendances;

2° Dans toute fabrique occupant plus de vingt ouvriers réunis en atelier.

ART. 2. — Les enfants devront, pour être admis, avoir au moins huit ans.

De huit à douze ans, ils ne pourront être employés au travail effectif plus de huit heures sur vingt-quatre, divisées par un repos.

De douze à seize ans, ils ne pourront être employés au travail effectif plus de douze heures sur vingt-quatre, divisées par des repos. — Ce travail ne pourra avoir lieu que de cinq heures du matin à neuf heures du soir.

ART. 3. — ..... Tout travail de nuit est interdit pour les enfants au-dessous de treize ans.....

ART. 4. — Les enfants au-dessous de seize ans ne pourront être employés les dimanches et fêtes reconnues par la loi.

ART. 5. — Nul enfant âgé de moins de douze ans ne pourra être admis qu'autant que ses parents ou tuteurs justifieront qu'il fréquente actuellement une des écoles publiques ou privées existant dans la localité. Tout enfant admis devra, jusqu'à l'âge de douze ans, suivre une école.

Les autres articles de la loi visent principalement les devoirs des chefs d'établissements, et créent des inspections pour assurer l'exécution des règlements.

L'expérience a prouvé que cette loi, excellente au principal et pour l'époque où elle avait été promulguée, n'était plus aujourd'hui au niveau du progrès industriel. Il s'agit donc d'abord d'en modifier certaines dispositions, puis de rendre le contrôle des inspecteurs plus sévère et de fermer la porte à tout compromis.

FEUILLETON.

Les aliénés devant l'Assemblée nationale.

(Deuxième article.)

Le projet de MM. Roussel, Jozon et Desjardins ne tend pas à faire disparaître la loi du 30 juin 1838; il en conserve au contraire l'esprit et le texte pour le plus grand nombre des articles. Il lui fait seulement subir des modifications qui sont de deux sortes; les unes consistent dans l'addition d'articles nouveaux, ayant trait à un sujet très-important, mais que la loi de 1838 avait laissé de côté, nous voulons parler des mesures spéciales à prendre à l'égard des aliénés ayant commis des crimes ou des délits, des prévenus ayant été l'objet, soit d'une ordonnance de non-lieu, soit d'un jugement ou arrêt d'acquittement, pour cause de démence. Ces nouveaux articles (43 et 44) prescrivent la création d'asiles ou de quartiers spéciaux dans lesquels les malades de ces catégories pourront être envoyés par ordre de la chambre des mises en accusation; un ordre semblable rendu après une enquête faite par un ou plusieurs médecins sera indispensable pour autoriser les individus placés dans ces asiles ou quartiers spéciaux à en sortir. Ce seront là des dispositions excellentes et qui, nous le pensons, ne rencontreront que des approbateurs.

Les autres modifications portent sur des articles existant déjà; elles ont pour objet : d'étendre la protection de la loi sur les aliénés traités ailleurs que dans les établissements spéciaux; d'établir sur tous les détails du fonctionnement de ces établissements un mode plus sévère de contrôle et de surveillance; de mieux réglementer ce qui se rapporte à la protection des intérêts et à la gestion des biens des aliénés non interdits. Nous allons examiner ces trois questions, en indiquant en quoi consistent les modifications proposées et en exprimant notre opinion à leur égard; la première et la der-

Nous n'avons ici à nous occuper que de ce qui regarde l'hygiène des enfants, et de tout ce qui peut améliorer leur condition sanitaire dans les manufactures.

A ce point de vue, la proposition de M. Joubert, reculant de deux ans l'âge d'admission des enfants, ne saurait être discutée. De dix à douze ans, l'enfant ne serait assujetti qu'à un travail de six heures; ces six heures de travail seraient alternativement prises dans la matinée ou dans l'après-midi, de manière que l'enfant pût passer en famille, tantôt la matinée et tantôt la soirée. De cette façon aussi les heures du sommeil seraient mieux réparties.

La Commission a fixé à treize ans l'âge à partir duquel l'enfant peut être assujetti au travail de la journée entière. Le maintien de cette limite n'a pas été obtenu sans discussion. Celle de douze ans était défendue par un certain nombre de membres de la commission. Au point de vue purement hygiénique, le médecin voudrait encore reculer cette limite. Si elle peut à la rigueur être maintenue pour les garçons, il n'en est pas de même pour les filles, qui, dans nos climats, sont précisément à l'âge où l'établissement de la menstruation devient pour elles une source de malaises incessants. Beaucoup d'entre elles sont à ce moment incapables d'un travail prolongé, d'une fatigue un peu soutenue. Il n'est pas douteux qu'elles puiseront souvent dans l'atelier le germe de ces affections nerveuses entées sur l'anémie, qui fournissent aux établissements hospitaliers des grandes villes un contingent sans cesse renouvelé. Il y aurait donc peut-être lieu de reculer pour les filles la limite d'âge adoptée pour le travail de la journée entière et de la reporter à quinze ans, âge où leur santé est plus assurée et leur constitution plus affermie. S'il était impossible de concilier une pareille concession avec les intérêts des familles, il faudrait au moins rendre aussi peu fatigant que possible le travail des jeunes filles, et couper par des intervalles de repos convenables ou quelques exercices en plein air les heures trop longues d'un travail continu.

La Commission est d'avis qu'il y a lieu de supprimer le travail de nuit pour les femmes. Cette exemption devrait être étendue également aux enfants, et dans une large mesure. La loi autorise le travail de nuit dans des cas particuliers pour les enfants au-dessus de treize ans. Cette limite d'âge est insuffisante. Les inconvénients du travail de nuit sont tels, qu'il ne peut être supporté que par des individus ayant atteint leur entier développement. Il y aurait lieu de l'interdire non-seulement aux enfants, mais encore aux adolescents, et cela jusqu'à un âge qu'on pourrait fixer, mais qui ne saurait être inférieur à dix-huit ans.

Le projet se préoccupe avec raison de l'instruction des enfants et des facilités qu'elle doit rencontrer. Il insiste sur les mesures les plus propres à sauvegarder la moralité des enfants si exposée dans les ateliers par le voisinage des adultes, le mélange des sexes dans les mêmes locaux. Il investit sous ce rapport le chef d'industrie d'une autorité en quelque sorte paternelle et qui doit même souvent contre-balancer la mauvaise volonté des parents.

Il est un point d'hygiène dont on s'est souvent préoccupé et qui nous paraît avoir échappé à l'attention des législateurs et à la vigilance des industriels. Il n'est point d'observateur qui n'ait été frappé de la mauvaise qualité ou de l'insuffisance nutritive des aliments consommés par les enfants. Le choix en est souvent laissé à l'enfant lui-même qui consulte plus son goût et son caprice que l'intérêt de sa santé. S'il était possible de remédier à cet état de choses par quelque mesure particulière, par exemple par l'établissement de cantines surveillées, par des repas en commun, on rendrait un immense service aux familles.

On pourrait également combattre par des mesures suffisamment énergiques l'extension de certaines habitudes dont les progrès s'accentuent chaque jour. L'usage du tabac se généralise chez les enfants d'une façon véritablement désastreuse. On est affligé chaque jour par le spectacle de ces précoces fumeurs pour lesquels la cigarette ou la pipe est le complément indispensable du repas et le passe-temps habituel des heures de repos. De pareils excès ont chez l'enfant une influence particulièrement nuisible, et leurs inconvénients ne sauraient être comparés chez eux à ceux qu'ils présentent chez les adultes. On ne saurait trop s'attacher à les réprimer. Dans l'intérieur des établissements industriels, les règlements y mettent bon ordre; mais sur la voie publique même, les agents de l'autorité pourraient être autorisés à intervenir dans une certaine mesure. Il y a là un véritable danger, une cause d'étiolement puissante et dont on ne saurait trop se préoccuper.

Enfin, il n'échappe à personne que les mesures les plus sages ne peuvent être convenablement appliquées sans un contrôle incessant. Des services d'inspection ont été institués; mais ces inspections sont insuffisantes. Les personnes qui en

---

nière nous retiendront peu, quoiqu'elles puissent se prêter à de longues considérations, si l'on prétendait être complet ; la seconde nous occupera davantage ; c'est celle qui passionnera le plus la discussion entre les adversaires et les défenseurs de la loi actuelle ; celle aussi sur laquelle la valeur des nouvelles mesures proposées nous paraît le plus contestable.

On parle beaucoup de séquestrations arbitraires dans les asiles d'aliénés ; tous ceux qui sont au courant de la question savent qu'elles sont bien plus à redouter en dehors de ces établissements.

Il arrive souvent, en effet, que des malades atteints de folie sont tenus renfermés, non pas dans les établissements spéciaux qui leur sont destinés, mais dans des maisons privées ou autres, laïques ou religieuses, où ils ne trouvent aucun traitement médical, aucune surveillance de l'autorité, aucune garantie d'aucun genre. Il y a là un danger sérieux auquel d'autres pays, la Belgique et l'Angleterre notamment, ont remédié en prescrivant que les mesures légales de contrôle et de protection s'étendraient à tous les aliénés, qu'ils soient placés dans des asiles spéciaux ou ailleurs. C'est pour atteindre le même but, que dans le nouveau projet à l'article 3 qui prescrit que les établissements privés consacrés aux aliénés seront placés sous la surveillance de l'autorité publique, on a ajouté une disposition complémentaire ainsi conçue : « Sera considérée comme rentrant dans la classe de ces établissements, toute maison dans laquelle un ou plusieurs aliénés seraient soignés moyennant une rétribution. » L'intention est excellente et nous y applaudissons sans réserve ; reste à savoir si dans la pratique il ne se produira pas certaines difficultés d'application ; mais il est toujours bon que le principe soit posé.

Ceux des écrits et des discours, publiés depuis quelques années sur la loi de 1838, qui émanent des personnes compétentes, ont tous signalé la nécessité de compléter et d'étendre les mesures prescrites pour l'administration provisoire des biens des aliénés non interdits ; on a demandé que la protec-

sont chargées n'ont pas toujours l'autorité nécessaire pour vaincre les résistances; elles ont souvent trop à compter avec certaines questions de convenance, certains ménagements vis-à-vis les chefs d'industrie. La compétence des inspecteurs n'est pas toujours absolue. Il y a là des réformes à introduire. L'élément médical y est représenté d'une manière insuffisante. En Angleterre, les commissions chargées de la surveillance des centres industriels comprennent des médecins dans la proportion d'un tiers. Ce serait là un bon exemple à suivre.

Cette question du travail des enfants dans les manufactures mérite toute l'attention des économistes et des philanthropes. Il y aura peut-être lieu d'y revenir, et nous accueillerions avec reconnaissance les documents qui pourraient nous être adressés par des personnes compétentes.

Dr Blachez.

La Faculté de médecine de Nancy est un fait. Ce n'est pas celui que nous regardions comme la meilleure réparation de la perte de la Faculté de Strasbourg. Nous aurions souhaité pour nos savants et patriotiques confrères d'Alsace un refuge plus vaste, plus riche en moyens d'étude et d'enseignement. Mais comme, en même temps, vieux partisan de l'augmentation du nombre des Facultés de médecine en France, nous marquions Nancy comme un des siéges naturellement désignés, la question de l'avenir médical de cette importante cité reste la même à nos yeux. Il s'agit de tirer du fait le meilleur parti possible.

L'installation de la Faculté a eu lieu le 9 novembre, dans une des salles de l'Académie, sous la présidence du recteur, M. Dareste. Le Journal de la Meurthe et des Vosges du 22 novembre rend compte de cette cérémonie, qui paraît s'être passée avec simplicité. M. le recteur « a souhaité la bienvenue à l'assistance », et le doyen, M. Stoltz, n'a prononcé qu'une très-brève allocution. Il est vrai que M. le ministre de l'instruction publique devait parler après lui; non pas par sa propre bouche d'académicien, par cet *os rotundum* qu'on lui connaît, mais par une longue épître dont M. Stoltz a donné lecture.

C'est un document remarquable, surtout en ce sens qu'il promet et assure sans doute à la Faculté la faveur particulière du gouvernement. Déjà plus de 96 000 francs ont été dépensés en instruments et produits de chimie, et plus de 53 000 en livres. « L'État, la ville, le département, feront les sacrifices nécessaires pour que la Faculté soit toujours abondamment pourvue de tout ce que réclame l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie et des sciences accessoires. *Il faut* que chacun des élèves puisse avoir sa place marquée dans les salles de préparation... *Je veux* qu'on s'abonne à toutes les publications médicales d'Allemagne. » Toute la lettre, d'un style chaleureux, rapide, demi-familier, vibre de ce ton de bonne volonté, de décision généreuse et presque d'affection. C'est la lettre d'un père qui veut que son enfant lui rapporte des couronnes. Mais l'amour d'un père a quelquefois, comme l'autre amour, un bandeau sur les yeux, et nous craignons un peu que M. J. Simon n'ait pas toujours vu clair et juste en cette circonstance.

Nous ne le chicanerons pas sur la bonne opinion qu'il a des petites Facultés et qu'il tire de l'Allemagne. Comparaison n'est pas raison, et trop souvent

..... Nous aimons bien mieux, nous autres gens d'étude,
Une comparaison qu'une similitude.

Or, c'est une similitude qu'il faudrait ici. L'Allemagne a des Facultés dans des villes de médiocre importance; mais elle en a dans des centres populeux et en plus grand nombre que nous. Les élèves vont des unes aux autres. Nous avons déjà eu occasion d'insister sur ce point : de petites Facultés, comme théâtre exclusif d'instruction médicale, ne peuvent qu'affaiblir l'éducation clinique au profit de l'éducation théorique. Mais, ainsi que nous le disions, c'est à cette heure une question oiseuse, et ce qu'il y a de mieux à faire est de souhaiter vivement, avec M. Jules Simon, que les hôpitaux de Nancy trouvent leur aliment nécessaire dans ces « grandes usines » qu'attend la banlieue.

Où l'on ne peut se dispenser de marquer un désaccord avec la lettre ministérielle, c'est sur l'excessive importance qu'elle attribue à la position géographique de Nancy, et plus encore sur les conséquences pratiques qu'elle prétend en faire sortir. Que, il y a quatre-vingts ans, Strasbourg ait été considéré comme un mur de Chine à ouvrir entre la France et l'Allemagne médicale, rien de plus sensé et de mieux avisé; mais aujourd'hui la frontière scientifique est toute grande ouverte; un vaste courant de livres, de brochures, de journaux y circule d'occident en orient comme d'orient en occident; et si ce courant doit traverser Nancy, il n'en aboutit pas moins à Paris.

---

tion accordée, sous ce rapport, aux malades placés dans les asiles publics, qu'ils fussent pauvres ou riches, fût étendue à ceux qui entrent dans les asiles privés, on a demandé aussi que les aliénés qui ont une certaine fortune fussent assurés de recevoir des soins en rapport avec leurs ressources et qu'il ne dépendît pas de tiers souvent personnellement intéressés à faire faire à ces malades des économies forcées, de restreindre progressivement les dépenses faites pour eux en diminuant d'autant leur bien-être. Le nouveau projet a voulu remédier à ce double inconvénient; mais il nous paraît avoir prescrit une mesure trop radicale et d'une application hérissée de difficultés, en ordonnant que « toute personne qui aura demandé le placement d'un aliéné non interdit, dans un établissement public ou privé, devra, dans le délai d'un mois, adresser à la commission permanente (dont nous parlerons bientôt) une déclaration établissant la quotité de la fortune de la personne placée et la nature de ses biens ». Ne serait-il pas, la plupart du temps, presque impossible d'établir, dans l'espace d'un mois, la quotité de la fortune d'une personne et la nature de ses biens? Ne serait-il pas, en outre, à peu près inutile d'avoir une semblable déclaration, à une époque aussi rapprochée du placement d'un malade, l'expérience apprenant que, dans les premiers temps, les familles sont presque toujours disposées à faire toutes les dépenses utiles et même celles souvent au-delà? D'ailleurs, une semblable déclaration ne serait-elle pas superflue pour la plupart des malades qui restent peu de temps dans un asile et qui en sortent au bout de quelques mois, guéris ou améliorés, et dès lors pourquoi soumettre sans nécessité une famille à une exigence tracassière et inquisitoriale? Enfin, comment imposer cette déclaration à toute personne qui aura demandé le placement d'un aliéné dans un établissement spécial, alors que cette demande de placement peut être faite aux termes de l'art. 8 par un parent éloigné, un ami, un patron et toutes personnes parfaitement compétentes pour provoquer, en faveur d'un malade, les mesures nécessaires à son traitement, mais absolument hors d'état de

Il y a train direct entre Paris et Berlin ou Vienne; à telle enseigne qu'on nous reproche déjà de gâter l'originalité de notre figure par des oripeaux germaniques. Est-ce une raison pour ne pas remercier le gouvernement de vouloir concourir à cet échange international? Non assurément; mais nous voudrions que son action ne dépassât pas cette limite. Le gouvernement va créer à ses frais, à Nancy, un Bulletin médical qui « sera l'œuvre exclusive de la Faculté »; un bulletin *tout bibliographique*, « sans aucun mélange de bibliographie *française* », et uniquement consacré « aux livres, brochures et journaux périodiques *allemands* ». Ne dirait-on pas qu'une lumière nouvelle vient de se lever à l'horizon et qu'il y a une autre Bethléem quelque part sur la rive droite du Rhin? Et à quel moment fait-on cette découverte? Au moment où, non-seulement dans la capitale, mais à deux cents lieues de là, à Montpellier, dans la Faculté instituée pour tendre la main au Midi comme celle de Strasbourg l'avait été pour tendre la main à l'Est, se fondent, par entreprise privée, des recueils bibliographiques ouverts à la science médicale du monde entier, et où la science allemande aura vraisemblablement la plus large part. Nous entendons bien que M. le ministre considère les publications *libres* comme plus préoccupées « de rendre service aux auteurs que d'instruire les lecteurs », et nous sommes parfaitement convaincu que ce ne sera pas la préoccupation de MM. les professeurs et agrégés de Nancy, *tenus de signer leurs articles* et écrivant dans un recueil dont chaque numéro « portera mention de l'approbation du doyen et sa signature »; mais franchement, on pouvait s'attendre à d'autres visées de la part de quelqu'un qui passait pour ne pas aimer les ingérences de l'État et pour chérir l'initiative individuelle.

Que ce mécompte, dont nous croyons que le corps médical sera touché, ne nous empêche pas pourtant de reconnaître ce qu'il y a d'élevé et de vraiment libéral dans la fin de la lettre ministérielle. La Faculté est invitée à se réunir fréquemment pour y régler *librement* son ordre du jour sur les questions de discipline comme sur celles d'enseignement. « Les professeurs, dit M. le ministre, les professeurs ne sont pas des fonctionnaires ayant chacun sa tâche séparée, soumis à des règlements et à un chef, et dont la mission est terminée quand ils ont fait leur leçon et assisté aux examens; ce sont les membres d'une même famille, qui doivent avoir les mêmes soucis, puisqu'ils ont les mêmes élèves et qu'ils sont chargés d'en faire de bons médecins, c'est-à-dire des gens de cœur et d'honneur, prêts à tous les dévouements, et aimant avec une égale passion la science et l'humanité. Etre l'Ecole où se forment les jeunes praticiens et les jeunes savants, leur apprendre leur devoir, le leur faire aimer, développer en eux le goût et la passion des études sérieuses, leur servir de modèles quand ils entrent à leur tour dans la carrière, les suivre attentivement, les fortifier par des conseils et des récompenses; les recevoir à la clinique, à la bibliothèque, comme les enfants de maison; leur indiquer des travaux, leur faire connaître les sources, les aider dans leurs préparations et leurs expériences, user à leur égard, quand il le faut, de l'autorité et même de la sévérité d'un père, tenir à la considération de cette marque D. M. N. qui va figurer cette année pour la première fois au-dessous de la signature des docteurs; c'est un ensemble de devoirs, monsieur le Doyen, qu'on ne peut exercer qu'en commun, et l'honneur d'avoir une telle charge est si grand, qu'il crée entre les membres d'une Faculté le plus noble et le plus sacré des liens. »

Ce sont là de hautes pensées et de bonnes paroles qui retentiront avec profit, nous l'espérons, dans toutes les Facultés françaises.

A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Pathologie interne.

Anesthésie de la sensibilité réflexe des voies aériennes et digestives comme signe précurseur de la paralysie labio-glosso-laryngée, par le docteur M. Krishaber.

L'abolition de la sensibilité réflexe du pharynx, du larynx, de l'œsophage et de la trachée, est un phénomène si insolite qu'elle mériterait à elle seule d'être signalée, même si elle n'était pas l'expression d'une altération plus grave. Elle se rencontre quelquefois dans l'hystérie; on l'a constatée aussi à la suite des angines, surtout de forme grave, et je l'ai vue dans la paralysie labio-glosso-laryngée confirmée. Mais j'ai observé l'abolition de la sensibilité réflexe comme *signe précurseur* de la redoutable paralysie dont les premiers indices sont le plus souvent difficiles à saisir, et à ce point de vue ce phénomène a plus d'importance. Je suis porté à admettre que la dysphagie de la paralysie labio-glosso-laryngée, qui dans la période avancée de la maladie est incontestablement due à une paralysie directe de la motilité, relève dans la première période de la maladie de l'abolition de la sensibilité réflexe. Personne

---

faire connaître, dans l'espace d'un mois, la quotité de sa fortune et la nature de ses biens?

Nous ne croyons donc pas que les prescriptions de l'art. 32 du projet de loi puissent entrer dans la pratique et produire l'effet tutélaire qu'on en paraît attendre; nous pensons qu'on pourrait atteindre le même but plus sûrement, et sans froisser de légitimes susceptibilités, en ordonnant qu'après un certain temps de traitement dans un asile spécial, un an ou deux par exemple, tout malade devra être muni d'un curateur à sa personne, dans les formes prescrites par l'article 38 de la loi.

Nous arrivons maintenant au point capital du projet, c'est-à-dire au mode de contrôle et de surveillance organisé dans le but de combattre et de rendre impossibles les abus qui, d'après certaines gens, seraient si fréquents dans l'intérieur des asiles. On sait que le point de la loi actuelle qui a été le plus violemment combattu, le seul pour ainsi dire auquel les adversaires systématiques se soient attaqués, est l'article 8, celui qui règle le mode d'admission dans les asiles, du moins en ce qui concerne les placements dits volontaires, c'est-à-dire demandés par les familles.

Le nouveau projet ne change rien à cet égard; il laisse subsister, sans aucune modification, le mode actuel de placement; seulement il cherche à l'entourer de tous les éléments de garantie désirables par la sévérité du contrôle qu'il prescrit après l'admission des malades et pendant toute la durée de leur maintien dans l'établissement; et, dans ce but, il propose la création d'un rouage entièrement nouveau et auquel il donne une importance et des attributions considérables.

Il s'agirait, en effet, d'instituer (art. 4), « au chef-lieu de chaque arrondissement où il existe un établissement consacré aux aliénés, une commission permanente, composée de deux médecins désignés chaque année par le tribunal civil, du procureur de la République ou d'un substitut délégué par lui, d'un avocat ou d'un avoué désigné par le conseil de discipline, d'un notaire désigné par la Chambre des notaires et d'un membre du conseil général désigné par le conseil.

n'ignore en effet — des expériences nombreuses l'ont suffisamment démontré, — que l'insensibilité du pharynx et du larynx donne invariablement lieu à des accidents graves causés par le passage des aliments dans les voies aériennes.

Les deux observations qui suivent datent déjà d'assez loin; espérant que des faits plus nombreux viendraient les corroborer, j'en ai pendant longtemps retardé la publication; mais de nouveaux faits ne s'étant pas présentés à moi, je me décide à appeler l'attention sur ce phénomène, qui une fois connu sera constaté par d'autres observateurs, ce qui serait certainement utile, attendu qu'il révélerait une grave affection alors que les autres symptômes n'en auraient pas encore suffisamment assuré l'existence.

Obs. I. — M. ***, âgé de cinquante ans, *ayant avalé de travers*, se présente à la consultation d'un éminent chirurgien et le prie d'extraire un os de poulet dont il prétend sentir la présence dans son larynx. Il me fut adressé. L'examen laryngoscopique me fit reconnaître une exfoliation sur la muqueuse laryngée, au niveau du cartilage aryténoïde droit. Quant au corps étranger qui avait probablement produit la lésion, je n'en trouvai trace nulle part.

Afin de faire cicatriser rapidement la petite plaie et d'empêcher surtout que le passage des aliments ne l'irritât, j'y portai un crayon de nitrate d'argent, au moyen du porte-crayon laryngé, et je fus frappé du fait que l'attouchement fût supporté sans le moindre mouvement réflexe. Désirant me rendre compte de ce phénomène insolite, j'introduisis de la main droite dans la cavité laryngée une sonde de gutta-percha, tandis que de la main gauche je tenais le miroir d'inspection, afin d'éclairer les parties sur lesquelles je portais l'instrument. Je pus ainsi impunément toucher la muqueuse laryngée dans toute son étendue sans provoquer la moindre toux ni le plus léger spasme. Les replis aryténo-épiglottiques, l'orifice du ventricule de Morgagni, les cordes vocales supérieures ne donnèrent pas trace de mouvement réflexe; l'attouchement des cordes vocales inférieures provoquait leur rapprochement, mais un rapprochement silencieux, presque lent, sans toux ni spasme. Quant à la muqueuse du pharynx, je pus y porter le doigt, titiller la luette, sans amener la moindre nausée. J'enfonçai l'index si profondément dans l'arrière-gorge que je pus atteindre l'épiglotte que j'excitai sans obtenir aucun effet. Tous ces attouchements étaient perçus; la sensibilité réflexe seule était abolie. La langue et les gencives étaient également sensibles au toucher.

La voix était normale, la parole sans aucune hésitation. Je ne constatai pas de paralysie des lèvres ou de la langue. Huit jours après cette constatation je revis le malade. L'examen laryngoscopique me montra la guérison de la petite exfoliation dont j'ai parlé plus haut, mais cette fois, comme la première, je trouvai l'anesthésie absolue aux excitations de la sensibilité réflexe. Le malade, se prêtant volontiers à tout examen, j'introduisis lentement une sonde œsophagienne, munie du crochet de Graefe, le long du conduit alimentaire jusque dans l'estomac. Cette expérience fut supportée comme celle des voies aériennes; aucun mouvement réflexe ne répondit à l'attouchement de l'instrument, dont la première introduction produit toujours de si formidables vomiturations. Une sonde laryngée fut aussi introduite au-dessous des cordes vocales et portée profondément dans la trachée, toujours avec le même résultat négatif.

La lésion locale pour laquelle le malade m'avait consulté étant guérie, je le congédiai, me contentant de prendre note du fait insolite que j'avais constaté et ayant bien conçu quelques soupçons au sujet des phénomènes ultérieurs, mais ne pouvant pas formuler un diagnostic certain.

Cinq mois après je le revis. Il se plaignait de troubles de la déglutition. Dès les premières phrases qu'il prononça je fus frappé des modifications qu'avaient subies la phonation et l'articulation de la parole; le langage était hésitant et embarrassé, le bas de la figure portait le « masque » de la paralysie labio-glosso-laryngée, et le doute n'était plus possible un seul instant. Il serait inutile d'insister sur les phénomènes de paralysie de mouvement qu'offrit l'examen attentif de ce malade; ils sont suffisamment connus (1).

Obs. II. — Madame ***, cinquante-cinq ans, très-grosse et très-colorée, vint me consulter pour des troubles respiratoires. L'auscultation du thorax ne me révéla aucune altération du côté des poumons et du cœur; la malade n'avait jamais eu non plus d'accès d'asthme.

Je l'examinai au laryngoscope. Le larynx était absolument intact, la voix normale. L'embonpoint considérable de la malade pouvait avoir une large part dans l'existence des troubles respiratoires; mais je remarquai aussi que son langage était lent et traînant, sinon précisément hésitant. Toutefois, les expériences auxquelles je la soumis ne me procurèrent aucune certitude. L'articulation des voyelles se faisait normalement, les lèvres prenaient toutes les formes, quoique avec une certaine lenteur, lenteur qui pouvait être attribuée à la très-médiocre intelligence de la patiente, qui semblait ne pas comprendre l'utilité de mon investigation et ne s'y prêtait pas volontiers. La langue se portait dans toutes les directions, mais toujours avec une grande paresse d'exécution. Le voile du palais fonctionnait normalement. La déglutition n'était pas gênée et la voix n'avait pas le son nasillard particulier qui caractérise la paralysie ou même la parésie du voile du palais.

Il ne restait donc qu'un seul symptôme très-net, la difficulté respiratoire. Au repos elle était peu prononcée, mais il suffisait de quelques mouvements vifs pour qu'elle survînt d'une façon assez accentuée. A ces moments-là l hésitation de la parole était plus marquée, mais cette hésitation pouvait tenir au fait seul de la dyspnée et n'éclairait pas suffisamment le diagnostic.

Me souvenant alors des faits relatés dans la première observation, je recherchai sur madame *** le même phénomène d'anesthésie à la sensibilité réflexe; je le constatai en tous points. La muqueuse du pharynx, de l'épiglotte et de toute l'étendue de la cavité du larynx et de la trachée pouvait être touchée et titillée sans donner lieu au moindre mouvement réflexe, à l'exception pourtant de la partie étroite circonscrite entre l'entrée de la cavité de Morgagni et les cordes vocales inférieures, dont l'attouchement provoqua des contractions plus fortes que celles constatées chez mon premier malade. Cependant par ces attouchements je ne pus produire qu'une petite toux saccadée et arrêtée presque aussitôt.

Quant aux vomiturations, elles ne purent être provoquées d'aucune façon. Je n'ai pas introduit de sonde dans l'œsophage, la patiente étant très-peu docile.

Après avoir prescrit un traitement qui équivalait à l'expectation, j'en-

(1) Il est fait mention très-sommaire de cette observation dans la pathologie médicale du *Larynx* de Krishaber et Peter in Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, série II, t. 1, p. 679. Paris, 1869.

» Dans tous les cas, il y aura au moins une commission par département. Les arrondissements où, d'après les dispositions précédentes, il ne sera pas institué de commissions, seront rattachés à l'arrondissement le plus voisin.

» A Paris, le nombre des médecins sera de quatre, celui des substituts de trois, celui des avocats, ainsi que celui des notaires, des avoués et des conseillers généraux de deux. »

Ces commissions n'auraient rien de commun avec les commissions de surveillance qui existent aujourd'hui auprès des asiles (ordonnance du 18 décembre 1839) et qui continueraient à exister. Les nouvelles auraient des attributions beaucoup plus étendues; en effet, chacune d'elles devrait :

Art. 4. — Faire visiter chaque établissement, public ou privé, une fois au moins chaque semestre, par deux de ses membres par un médecin; recevoir la déclaration préalable sans laquelle aucun aliéné, domicilié en France, ne pourrait être placé dans un asile, en pays étranger.

Art. 7. — Recevoir communication de toute lettre adressée aux aliénés ou écrite par eux, qui serait arrêtée par le directeur, et ordonner, s'il y a lieu, leur remise au destinataire, après avoir entendu les observations du directeur et du médecin.

Art. 9. — Faire visiter, dans un délai de trois jours, par deux de ses membres, dont un médecin, toute personne placée volontairement dans un asile d'aliénés, à l'effet de constater son état mental; renouveler cette visite tous les deux mois pendant le premier semestre qui suivra l'admission, et tous les six mois seulement à partir du premier semestre; consigner le résultat de toutes ces visites sur le registre de l'établissement, ainsi que dans un rapport qui sera joint au dossier du malade, au secrétariat de la commission.

Art. 16. — Exprimer un avis conformément auquel le procureur de la République pourra toujours ordonner la sortie immédiate de toute personne placée volontairement dans un établissement d'aliénés.

gageai madame ***, qui habitait la province, à revenir au bout de trois mois.

Je ne la revis cependant quo l'année suivante, onze mois environ après sa première visite. Peu satisfaite de ma consultation, elle s'était adressée à un confrère de Paris, puis à d'autres de la ville qu'elle habitait. Lorsque je la revis, elle offrait tous les symptômes de la paralysie labio-glosso-laryngée arrivée à sa une période avancée. La paralysie de la sensibilité réflexe du pharynx, du larynx et de la trachée avait persisté.

COURS PUBLICS

Médecine pratique.

La syphilis chez la femme. — Troubles nerveux de la période secondaire. (Leçons professées à l'hôpital de Lourcine, par le docteur Alfred Fournier, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté.)

(Suite. — Voyez le numéro 45.)

II. *Troubles du sommeil.* — L'insomnie est un phénomène commun de la période secondaire, surtout à une époque peu avancée de l'infection.

Elle se présente sous deux formes très-distinctes, qui se définissent d'elles-mêmes, à savoir : l'insomnie *symptomatique*, l'insomnie *essentielle*.

L'insomnie symptomatique est la résultante naturelle des douleurs qui affligent si fréquemment les malades à cette période de la diathèse, douleurs d'origines très-diverses, mais présentant presque toutes comme caractère commun la tendance aux exacerbations nocturnes.

Vous comprenez sans peine, messieurs, que si les syphilitiques n'avaient à souffrir que de cette variété d'insomnie, il serait au moins superflu d'ouvrir à ce symptôme un chapitre spécial. C'est tout autre chose dont j'ai à vous parler; c'est une autre espèce d'insomnie qui est en cause ici, comme vous allez le voir; une insomnie propre, essentielle, *sui generis*.

Celle-ci se distingue de la précédente en ce qu'elle n'est provoquée par aucune souffrance, en ce qu'elle ne résulte d'aucune cause appréciable. Dans cette variété, le malade ne dort pas *sans avoir aucune raison pour ne pas dormir*. Écoutez-le vous raconter ce qu'il éprouve; il vous dira « qu'il passe des nuits blanches *sans savoir pourquoi* ». Se couchant le soir, fatigué par ses souffrances et par le travail du jour, il ne parvient pas à s'endormir; vainement il se tourne et se retourne dans son lit, vainement il cherche une position propice, ferme ses paupières, s'ingénie de mille procédés pour appeler le sommeil; le sommeil ne vient pas, et de longues heures s'écoulent ainsi dans une pénible attente. Parvient-il à s'assoupir un instant, bientôt il est réveillé par un cauchemar, par un rêve, ou même sans motif; et toute la nuit se passe dans une agitation semblable jusqu'au matin, où, brisé, épuisé, il arrive à goûter quelque repos; encore ce repos n'est-il souvent qu'incomplet, entrecoupé de demi-réveils, troublé, non réparateur, si bien que le malade se lève courbaturé, énervé, *plus fatigué le matin que la veille au coucher*, également impropre à un travail de corps ou d'esprit.

Ces troubles du sommeil et cette variété d'insomnie sont des phénomènes assez fréquents chez la femme; il ne se passe guère de jour où l'une de nos malades ne s'en plaigne à nous lors de notre visite, en témoignant de l'étonnement que lui cause cette agitation nocturne « sans motif ». L'une d'entre elles me disait encore ce matin : « Depuis plusieurs nuits il m'a été impossible de dormir; si je souffrais, je comprendrais cela, *mais je ne souffre pas et je ne dors pas*, moi qui suis habituellement grande dormeuse; c'est là ce qui me surprend. »

III. *Asthénie nerveuse.* — Un troisième ordre d'accidents se rattache à un état spécial du système nerveux que je ne puis qualifier autrement que d'*asthénie nerveuse*.

Ces accidents vous les connaissez déjà, messieurs, en partie du moins, par ce qui précède. Ce sont, comme je vous l'ai dit en décrivant ce que nous avons appelé l'asthénie secondaire, des phénomènes de dépression, d'atonie, se produisant vers les principaux appareils : faiblesse générale, sentiment de courbature continue; — alanguissement insolite de toutes les fonctions de la vie animale et splanchnique; — asthénie circulatoire (cœur battant sans force, pouls mou, petit, dépressible, étourdissements, vertiges, tendance à la lipothymie, défaillances, etc.); — asthénie digestive (inappétence, digestions lentes et difficiles, parfois même vomissements, constipation tenant sans doute à l'inertie intestinale); — asthénie des fonctions nerveuses : diminution des forces musculaires; engourdissement, obtusion de la sensibilité; paresse des sens; quelquefois même fatigue, hébétude de l'intelligence; — troubles variés du grand sympathique (sueurs générales ou locales, refroidissements partiels, algidités, etc.); — activité amoindrie de toutes les forces présidant à la nutrition, à l'assimilation, à la réparation organique, d'où l'anémie rebelle, l'amaigrissement, l'alopécie et cent autres phénomènes de vitalité défaillante qui nous sont souvent offerts par nos malades.

Eh bien, messieurs, il est évident que tous ces troubles, disséminés sur les divers systèmes vivants et s'y produisant en définitive sous la même forme, doivent avoir un lien commun, un centre organique commun. Et ce n'est pas faire une hypothèse physiologique bien aventureuse, vous en conviendrez avec moi, que de les rattacher tous à un état morbide du système nerveux, c'est-à-dire du système central dont tous les autres systèmes soutirent leur incitation individuelle. Nul doute donc que tous ces phénomènes d'asthénie locale ne relèvent d'une influence d'ensemble exercée sur les centres nerveux par la diathèse.

Art. 22. — Remplir à l'égard de tous les malades placés d'office les prescriptions portées à l'article 9.

Art. 23. — Sur la déclaration de guérison, dans l'intervalle des rapports semestriels, saisir, s'il y a lieu, le tribunal d'une demande de sortie.

Art. 29. — Examiner les déclarations des malades qui demandent leur sortie, et, s'il y a lieu, saisir le tribunal de ces réclamations.

Art. 31. — Recevoir, dans le mois qui suivra tout placement volontaire, une déclaration établissant la quotité de la fortune de la personne placée et la nature de ses biens; ordonner, s'il y a lieu, les vérifications nécessaires et décider s'il y a lieu d'en laisser la gestion à la famille ou de provoquer la nomination d'un administrateur provisoire. Examiner chaque année le compte de gestion de chaque administrateur provisoire et signaler au procureur de la République les irrégularités qu'elle y découvrira.

Art. 32. — Exprimer des avis conformément auxquels le procureur de la République pourra ou devra provoquer la nomination d'un administrateur provisoire pour les personnes placées dans un asile public.

Art. 33. — Demander au tribunal de désigner un mandataire spécial pour représenter en justice toute personne placée dans un asile d'aliénés.

Art. 38. — Demander, s'il y a lieu, la nomination d'un curateur à la personne des aliénés placés dans un asile.

Art. 43. — Exprimer une opinion sur la demande formée par un directeur d'asile pour faire transférer un de ses malades dans un asile spécial pour les aliénés ayant commis des crimes ou des délits.

Nous avons tenu à faire le dépouillement exact de toutes ces attributions et à les énumérer ici, quelque long que cela fût, parce qu'il eût été impossible sans cela de se faire une idée sur la valeur de la commission proposée. Par ce qui précède, on voit qu'elle serait loin d'avoir une sinécure ou un poste purement honorifique. Pour bien remplir ses fonctions, il lui

Cette influence dépressive, atonique, de la syphilis sur le système nerveux, laissez-moi, messieurs, la caractériser d'un mot en l'appelant l'*asthénie nerveuse*.

Certes, nous ne connaissons cette asthénie nerveuse que par ses effets. Quant à en pénétrer la nature, quant à la définir dans son essence, quant à dire ce qu'elle est, cela n'est pas en notre pouvoir. Ne croyez pas toutefois, messieurs, que ce soit là un état mystérieux appartenant *en propre* à la vérole, ne s'observant qu'avec la vérole. Loin de là. Ce que fait ici la vérole, d'autres causes pathologiques le font pour leur compte et de la même façon. Cette asthénie nerveuse d'origine syphilitique n'est en somme que l'analogue de ce que produisent certaines intoxications où le système cérébro-spinal, profondément atteint, manifeste ses souffrances par des accidents de même ordre; c'est un état comparable encore, à quelques détails près, à ce que déterminent les troubles chroniques de la nutrition, les hémorrhagies rebelles, les grandes commotions morales, la chlorose, l'anémie et tous les alanguissements, tous les appauvrissements de l'économie.

Sans doute la syphilis est loin d'exercer sur tous les sujets qu'elle atteint cette influence dyscrasique; mais soyez sûrs que, quand elle l'exerce, c'est ainsi qu'elle la formule, en prenant le système nerveux pour siége ou pour intermédiaire des manifestations de ce genre.

IV. *Douleurs névralgiformes et névralgies.* — Les névroses douloureuses de la syphilis consistent bien plus souvent en des douleurs névralgiformes qu'en des névralgies vraies. En d'autres termes, les souffrances qui les caractérisent sont plus vagues, plus indécises comme siége, que les névralgies vulgaires; elles n'ont pas, comme celles-ci, de foyers bien déterminés, non plus que d'irradiations nettement circonscrites au trajet d'une branche nerveuse. En un mot, elles sont moins *anatomiques* que ne l'est une véritable névralgie.

Quelquefois néanmoins, mais plus rarement, ce sont des névralgies bien formulées, classiques, que détermine la diathèse.

Sous l'une ou l'autre de ces formes, les névroses douloureuses de la syphilis secondaire sont *excessivement communes* chez la femme, infiniment plus communes que chez l'homme. Il est peu de nos malades qui n'en ressentent quelque atteinte, à des degrés d'ailleurs assez divers.

Comme siége, ces douleurs névralgiformes ou névralgiques s'observent surtout *à la tête*, au niveau des régions sus-orbitaire, frontale, temporale, occipitale, etc. Elles constituent là une troisième variété de mal de tête que l'on confond souvent, soit avec la céphalée profonde, intra-crânienne, dont nous avons parlé au début de cette conférence, soit avec la céphalée crânienne dérivant de lésions osseuses (ostéalgie, périostite, etc.).

Elles peuvent affecter sur ce siége différents rameaux nerveux, à savoir :

1° Les rameaux de la 5e paire;

2° Les rameaux auriculaire et mastoïdien du plexus cervical;

3° Le grand nerf occipital.

Des diverses névralgies qu'elles constituent de la sorte, la plus commune est celle qui porte sur les branches de terminaison de la 5e paire (*névralgie faciale*).

Cette névralgie faciale secondaire présente une particularité assez curieuse, c'est de n'affecter que d'une façon très-exceptionnelle la branche inférieure du trijumeau, d'une façon assez rare la branche moyenne, et d'occuper au contraire très-fréquemment la branche supérieure dans quelques-uns de ses rameaux, notamment les rameaux sus-orbitaires. — La *névralgie frontale* est un des symptômes que nous observons ici presque journellement. Je la signale à votre attention comme l'une des névroses les plus communes de la période secondaire, du moins chez la femme.

Moins fréquentes sont les autres névralgies de la tête (névralgie temporale, cervico-occipitale, etc.). Celles-ci sont généralement assez vagues dans leur expression, assez indécises dans leur trajet, pour devoir être taxées de douleurs névralgiformes plutôt que de véritables névralgies.

Par ordre de fréquence, après les névralgies de la tête mentionnons immédiatement la *sciatique*.

La sciatique n'est pas rare comme symptôme de syphilis secondaire. Si elle paraît moins commune qu'elle ne l'est en réalité, c'est que souvent, le plus souvent, sa véritable cause, son origine diathésique reste méconnue. Ainsi que l'a remarqué avec raison un judicieux observateur, « dans la plupart des névralgies on se préoccupe trop exclusivement de la douleur et l'on ne s'enquiert pas assez des causes; aussi, dans la plupart des cas, l'origine réelle, première, de ces névroses passe-t-elle inaperçue » (Réveillé-Parise).

Inutile de vous dire, messieurs, que la sciatique secondaire ne se différencie cliniquement de la sciatique commune par aucun symptôme, pas même par les exacerbations nocturnes qu'on observe souvent dans les névralgies les moins spécifiques. C'est qu'en effet, comme vous le comprenez de reste, il n'est pas deux façons pour un nerf d'exprimer ses souffrances, quelle qu'en soit d'ailleurs l'origine.

Un détail clinique mérite ici toutefois d'être relevé. La sciatique secondaire n'affecte presque jamais le nerf dans toute l'étendue de sa distribution; elle consiste toujours, du moins d'après mon observation particulière, en une sciatique *partielle*, lombo-fessière, lombo-crurale, ne descendant guère au delà du genou, moins encore vers l'extrémité du membre.

Au troisième rang, toujours par ordre de fréquence, signalons encore quelques névralgies qui se présentent bien moins communément à l'observation, mais que cependant on ren-

---

faudrait, au contraire, tenir des séances fréquentes, déployer une vigilance continuelle, étudier un grand nombre de questions des plus ardues. Quant il s'agit de statuer sur l'opportunité du maintien ou de la sortie d'un aliéné qui réclame sa liberté, sur la gestion des biens des personnes placées dans un asile, sur la nécessité de leur nommer un administrateur provisoire, sur le contrôle de la gestion de ces administrateurs, sur les mesures de sévérité à prendre contre ceux dont la gestion serait irrégulière, il n'y a pas moyen d'agir à la légère, par routine; chaque dossier exige une instruction à part, un examen minutieux, une discussion contradictoire, c'est-à-dire beaucoup de temps et de peine.

Et ce n'est là qu'un abrégé des opérations sédentaires de la commission, de celles qu'elle pourrait accomplir en séances, au siége habituel de ses réunions. Les opérations que nous qualifierons d'ambulantes seraient autrement pénibles. Pour visiter dans les trois jours de leur entrée tous les malades placés dans les asiles, pour renouveler cette visite tous les deux mois pendant le premier semestre à la suite de l'admission, puis tous les six mois; pour faire, sur le résultat de toutes ces visites, un rapport consigné sur le registre de l'établissement, pour recevoir toutes les plaintes des malades, s'enquérir de ce qu'elles peuvent avoir de fondé, pour surveiller leur correspondance, il faudrait, dans les arrondissements où il n'y a qu'un asile, que la commission s'y transportât, sinon tous les jours, du moins plusieurs fois par semaine; quant aux arrondissements où il y a plusieurs asiles, la commission n'aurait pas un seul jour de loisir.

Supposons cependant qu'elle pût suffire à la peine là où l'asile ou les asiles seraient tous situés au chef-lieu même de l'arrondissement; mais qu'arriverait-il quand ils seraient éloignés? Et parmi les quatre-vingt-dix asiles des départements autres que celui de la Seine, la plupart sont à la campagne; surtout à quelques kilomètres seulement d'une ville, tantôt, au contraire, à une distance assez considérable, 10, 15, 20, et même jusqu'à 40 kilomètres du chef-lieu d'arrondissement.

contre de temps à autre chez la femme comme manifestations imputables à la diathèse, à savoir :

La névralgie *intercostale;*

La névralgie *lombo abdominale;*

La névralgie *crurale;*

Et la névralgie *mammaire* (*mastodynie*), affection assez curieuse que j'ai constatée sur quelques-unes de mes malades, consistant en des douleurs et une sensibilité morbide des seins à la pression, sans modification dans le volume, la forme et la coloration des mamelles. Cette névralgie affecte en général les deux seins à la fois. Elle est souvent assez rebelle; je l'ai même vue plusieurs fois résister opiniâtrément à tous les remèdes pendant quelques semaines, et n'éprouver presque aucun soulagement des médications, soit spécifiques, soit vulgaires.

Enfin, pour ne rien omettre, signalons encore quelques autres névralgies bien plus rares, exceptionnelles même : les névralgies *cervicales*, *cervico-brachiales*, etc.

Toutes ces névralgies spécifiques présentent la symptomatologie des névralgies vulgaires. Il serait donc superflu de vous tracer la description de chacune d'elles.

Elles sont plus ou moins aiguës, plus ou moins intenses. Il n'est pas rare qu'elles déterminent des douleurs d'une violence excessive, intolérable.

Elles sont souvent assez capricieuses dans leur marche, sujettes à des exacerbations ou à des rémissions que rien n'explique, sujettes également à des recrudescences après sédation temporaire, à des récidives après guérison apparente, etc., etc.

Il est positif que l'influence du soir ou de la nuit se traduit souvent sur elles par une exaspération marquée de douleurs. Ce signe toutefois n'est rien moins que constant; il n'offre d'ailleurs rien de pathognomonique, comme je vous l'ai dit précédemment.

Un seul caractère, mais celui-ci bien net, bien tranché, différencie ces névralgies spécifiques des névralgies vulgaires, c'est l'*action qu'exerce sur elles le traitement antisyphilitique.* De même que la plupart des symptômes diathésiques, les névroses douloureuses de la vérole sont en général très-rapidement modifiées et guéries par le mercure. Cela est de notion commune, à ce point qu'en pratique le mercure est souvent interrogé « comme pierre de touche » pour juger de la nature spécifique de certaines névralgies. Et, en réalité, merveilleuse est parfois l'influence qu'exerce ce remède sur les accidents de cet ordre. Que de fois n'ai-je pas vu, que de fois tout médecin n'a-t-il pas vu des névralgies qui, méconnues quant à leur nature, avaient résisté opiniâtrément à toutes les médications les plus énergiques, céder et se dissiper comme par enchantement devant le traitement mercuriel!

J'appelle sur ce dernier point toute votre attention, messieurs, d'autant que les névroses de la vérole ne se présentent pas toujours en compagnie de phénomènes propres à en révéler le caractère spécifique. Parfois elles existent *seules*, isolées, comme manifestation unique de la diathèse, et cela *chez la femme spécialement*. Or, ai-je à vous dire que les réticences ou les dissimulations féminines ne sont guère de nature à éclairer le diagnostic en pareil cas? Soyez donc prévenus, messieurs, de cette difficulté pratique, et n'oubliez pas que le mercure peut être parfois le souverain remède à certaines névralgies d'origine obscure et d'opiniâtreté singulière.

Laissez-moi par un exemple fixer ce point en vos souvenirs.

J'eus l'occasion, l'année dernière, d'être appelé près d'une jeune dame qui depuis quatre à cinq mois souffrait d'une affreuse névralgie faciale. Tous les traitements imaginables (sulfate de quinine, opium, belladone, chloral, injections hypodermiques, vésicatoires, etc., etc.) avaient été mis en usage et n'avaient rien produit, ou n'avaient produit seulement que des sédations médiocres de courte durée. Cet insuccès des médications les plus rationnelles et les plus énergiques sur une femme jeune, de bonne santé habituelle, et n'ayant présenté jusqu'alors aucune affection nerveuse, me parut tout d'abord quelque peu suspect. Je cherchai la cause de cette névralgie, je la cherchai longtemps et partout : je ne la trouvai pas. Ne la trouvant pas, je songeai qu'elle pouvait m'être cachée. J'examinai alors la malade au point de vue de la syphilis et ne découvris rien en ce sens. J'interrogeai : dénégations formelles et même irritées. Toutefois, comme les confrères qui m'avaient précédé ne m'avaient, je crois, rien laissé à faire contre une névralgie vulgaire, je me décidai à prescrire le mercure « comme pierre de touche », et je le prescrivis même sous son pseudonyme d'hydrargyre, à doses assez énergiques. Ce fut un véritable coup de théâtre : dès le second jour de ce traitement la malade, qui n'avait pas dormi depuis plusieurs nuits, put goûter quelques heures de repos; une semaine plus tard il ne restait pas trace de la névralgie! J'étais donc tombé juste, *à tout hasard*, sur une névralgie syphilitique. Syphilitique, oui; le succès de la médication le démontrait assez, à défaut même des tardifs aveux qui me furent faits ensuite, alors que je n'en avais plus besoin.

Rappelez-vous ce fait, messieurs. Il comporte d'abord un intérêt clinique, car c'est un exemple de névralgie se montrant comme manifestation *isolée* de la diathèse. De plus, c'est un chapitre de physiologie féminine pris sur nature. Certaines femmes sont ainsi faites qu'elles ne veulent jamais avoir eu la vérole; même à leurs dépens, elles mentent sur ce point. Mentir à son médecin, mentir contre ses intérêts et au péril de sa santé, c'est absurdité insigne, c'est ineptie de la pire espèce; n'importe, mentir en pareil cas est, paraît-il, besoin de nature, affaire de tempérament pour quelques femmes.

Se figure-t-on le temps que passeraient sur les grandes routes les commissaires qui devraient faire des trajets d'une pareille longueur chaque fois qu'un malade entrerait dans un de ces établissements; sans compter qu'aux termes de la loi la même surveillance devrait s'exercer sur chaque maison isolée où un aliéné serait reçu et soigné moyennant rétribution.

Aussi croyons-nous à l'impossibilité de faire passer ce projet dans la pratique générale. Déjà un magistrat, membre de la Société de législation comparée elle même, a formulé à cet égard un jugement bien sévère : « Cette commission, a-t-il dit dans l'enquête, ne serait qu'un nouveau rouage, une troisième juridiction qui ne serait pas indépendante des deux autres et serait l'objet des mêmes suspicions. Cette commission d'ailleurs, sans initiative ni pouvoir propre, ne serait qu'une superfétation, et elle se bornerait dans la plupart des cas à enregistrer simplement les décisions de l'administration et des médecins de la préfecture de police. »

Sans nous mettre au même point de vue, il nous est impossible de croire à l'efficacité des commissions proposées. Nous venons de montrer que dans la pratique il y aurait une véritable impossibilité matérielle à les faire fonctionner; nous allons plus loin, et nous croyons qu'on ne pourrait pas même arriver à les constituer. En effet, il ne s'agirait pas, comme en Angleterre ou en Belgique, d'avoir *une* commission permanente pour tout le pays; il faudrait en avoir une par arrondissement, ou au moins par département; le nombre en oscillerait donc entre un maximum de 360 et un minimum de 86. Supposons qu'il soit seulement de 100 en dehors de Paris. Chaque commission étant composée de 6 membres, ce seraient 600 hommes éclairés et dévoués au bien des aliénés qu'il faudrait d'abord trouver dans des chefs-lieux d'arrondissement ou de département, puis décidés à se charger d'une mission des plus délicates, des fonctions les plus absorbantes. Rien dans le projet ne dit si ces fonctions seraient gratuites ou rémunérées. Dans la discussion de la Société de législation comparée, les deux systèmes ont été préconisés; on en a même proposé un

Cela peut être bon à dire aux jeunes médecins, car, à coup sûr, ils ne l'imagineraient pas.

Mais pardon de cette digression. Je reprends mon sujet et de rechef j'insiste près de vous, messieurs, pour bien spécifier cette particularité essentielle de l'histoire des névralgies secondaires, à savoir : qu'elles sont parfois, à un moment donné de la diathèse, les *seuls* phénomènes cliniques par lesquels s'accuse l'infection. Tel est encore le cas d'une jeune malade que vous pouvez actuellement observer dans nos salles. Cette femme est entrée ici, il y a trois mois environ, pour des douleurs sciatiques très-violentes sur la nature desquelles nous n'avons pu d'abord être fixés. Avait-elle eu la syphilis antérieurement? Cela était possible, cela même était probable d'après quelques renseignements assez obscurs que nous donnait la malade; mais en somme cela restait d'autant plus indécis que nous ne trouvions aucun signe actuel d'infection. Divers traitements (sulfate de quinine, térébenthine, injections sous-cutanées, etc.) avaient été employés sans succès au dehors de l'hôpital. Nous avons prescrit le mercure, et le mercure a déterminé un soulagement *immédiat* des douleurs, puis une guérison complète en quelques jours. Le succès de ce traitement ne pouvait laisser aucun doute sur la spécificité de la névralgie. Plus tard d'ailleurs nous avons eu la confirmation de notre diagnostic, car la malade, étant restée dans nos salles comme infirmière, a été affectée consécutivement d'une syphilide papuleuse des plus évidentes.

Que sont ces névralgies secondaires? Les uns les considèrent comme purement dynamiques, c'est-à-dire comme se produisant sans lésions, *sine materia*, sous la seule influence de la diathèse; les autres ne les admettent qu'à titre de névroses symptomatiques, symptomatiques de lésions intéressant la substance même des nerfs, leur névrilème, ou réagissant sur eux par compression, par irritation de voisinage. On a longuement disserté et l'on pourra disserter longtemps encore sur ce point, car les pièces à conviction font défaut au procès. L'anatomie pathologique (s'il en est une) des accidents que nous venons de décrire reste toute à faire. Ce que nous pouvons simplement préjuger de la question est ceci : Il est vraisemblablement deux ordres de névralgies secondaires, les unes tenant à une lésion, les autres se produisant sans lésion. L'existence des premières, rationnelle en principe et par analogie, semble confirmée par quelques faits; mais quant à présent et dans l'état actuel de nos connaissances, il y a tout lieu de considérer les secondes comme également acceptables en théorie et surtout en fait comme plus fréquentes. Ce qui, sous toutes réserves, paraît autoriser à admettre comme purement dynamiques la plupart des névralgies secondaires, ce n'est pas seulement l'impossibilité de les rattacher à une lésion connue, déterminée; c'est de plus un certain ensemble de caractères qui leur sont propres, tels que la multiplicité qu'elles affectent en certains cas, leur mobilité, leur disparition parfois très-rapide et peu compatible avec l'existence d'un désordre matériel, etc. Au surplus, ne commettons pas la faute de discuter à vide. Posons la question simplement, indiquons-la, mais gardons-nous de lui assigner une solution que nous ne sommes pas en mesure de lui donner scientifiquement.

(La suite à un prochain numéro.)

CORRESPONDANCE

Léthalité comparative de l'éther et du chloroforme.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Dans le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, M. Manduel cite, en faveur du chloroforme, un cas de mort par l'éther.

Ce fait, défavorable à l'éther comme résultat, lui est, au contraire, favorable comme signification. Les partisans de l'éther n'ont jamais nié qu'il pût tuer; mais, disent-ils, il tue moins souvent, et surtout il laisse le temps de se reconnaître : précieux avantage pour les chirurgiens attentifs et prudents, remords ou regret bien légitimes pour ceux qui négligent l'avertissement.

Dans ce cas, que voyons-nous? Un malade dont la respiration est troublée par l'inhalation au point qu'on est obligé de la suspendre pendant quatre ou cinq minutes. Et tout l'enseignement qu'on retire de ce *prémonitoire*, c'est de recommencer l'inhalation de la même manière sans avoir même songé à employer ces cinq minutes à ausculter!... Évidemment si ce malade est mort, l'éther en est certainement responsable; mais les médecins sont-ils bien autorisés à s'en laver les mains?

Relativement à la mortalité comparative à imputer à l'un et à l'autre agent, M. Manduel dit : « Pour savoir à quoi s'en tenir, il faudrait réunir le nombre complet des chloroformisations et celui des morts qui en ont été la conséquence, et placer à côté le nombre complet des anesthésiés par l'éther et celui des morts produites par cet agent. Il suffirait alors d'établir la proportion, et l'on verrait peut-être que, *relativement*, le chloroforme ne tue pas plus que l'éther. »

Je félicite mon cher et savant collègue de sa manière lucide de poser la question ; mais je le félicite surtout de son *peut-être*, car le tableau suivant, que j'emprunte à la dernière publication de J. Morgan, va lui montrer à quel point la prudence de cet adverbe est justifiée :

« En combinant, dit cet auteur, les statistiques américaines et celles d'Angleterre, nous obtenons :

» Éther, 4 morts sur 92 815 inhalations, ou 1 sur 23 204. — Chloroforme, 53 morts sur 152 260, ou 1 sur 2873. »

---

troisième, d'après lequel les médecins faisant partie de la commission recevraient des appointements, tandis que les autres membres n'en recevraient point. Aucune de ces combinaisons ne serait praticable ; la dernière surtout serait inadmissible, car il ne saurait y avoir dans une même commission des membres de deux espèces différentes, les uns payés et les autres non payés. Il serait également impossible de trouver 600 hommes de valeur disposés à accepter et à remplir avec persévérance les fonctions de commissaire d'une manière gratuite. Si on leur donnait des appointements, ceux-ci ne pourraient être inférieurs à 3 ou 4000 francs par an, ce qui ferait, sans compter les frais de transport, nécessairement très-considérables, un total de 3 millions ou plus que ni les départements, ni l'État ne voudraient supporter. En tout cas, ce serait payer bien cher un avantage tout hypothétique.

En résumé, tout en rendant pleine justice aux bonnes intentions de la Société de législation comparée, il faut reconnaître qu'en ce qui concerne le contrôle à exercer sur les asiles et les garanties à donner contre les abus que l'on prétend possibles dans ces établissements, elle n'a pas trouvé le bon moyen. Les propositions qu'elle fait seraient peut-être applicables à Paris; en province elles ne le sont réellement pas.

Ce résultat n'a du reste rien qui doive étonner. L'enquête d'où est sorti le projet de loi en question n'a été faite qu'à Paris; tous les magistrats, tous les médecins interrogés étaient de Paris, tous ont parlé pour Paris seulement. Des 90 asiles de province et des conditions spéciales dans lesquelles ils se trouvent, il n'a pas été dit un mot; on a cru avoir trouvé un bon procédé à appliquer au département de la Seine et l'on a voulu, sans autre examen, l'étendre à toute la France. Il y a eu là une erreur involontaire, mais manifeste, qui ne manquera certainement pas d'être reconnue par l'Assemblée nationale; espérons qu'elle sera réparée.

Signalons, en terminant, quelques autres dispositions qui, à notre avis, compléteraient très-avantageusement la législation relative aux aliénés. Le point le plus important serait de cen-

D'ailleurs je suis si loin, mon cher confrère, d'abuser de l'avantage que me donne cette statistique, que je serais, au contraire, tout disposé, sympathisant en ceci à l'opinion soutenue par M. Lapeyrère, à conclure :

Qu'il y a lieu de renoncer, vu les dangers attachés à leur usage, à tous les anesthésiques, quels qu'ils soient, administrés simplement comme agents anesthésiques, et de ne les conserver que comme agents curatifs.

Veuillez agréer, etc.

Dr P. Diday.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 18 novembre 1872. — Présidence de M. Faye.

Fermentation. — M. *Pasteur* présente quelques remarques sur la rédaction du dernier compte rendu. M. *Bouillaud* exprime le regret que la proposition de M. Pasteur au sujet de l'origine des ferments n'ait pas été adoptée. M. *Trécul* revient sur l'opinion de M. Pasteur, relative à l'origine des levûres. Enfin M. *Béchamp* cherche à établir, par des citations, qu'il a démontré depuis huit ans ce fait, revendiqué aujourd'hui par M. Pasteur, que le ferment qui fait fermenter le moût vient de l'extérieur du raisin.

Théorie de la production de la chaleur animale. —M. *Bouillaud*, après avoir rappelé la belle théorie de Lavoisier, les oppositions qu'elle a rencontrées de la part de Chaussier et de Bichat, montre les services que peut rendre à la physiologie et à la pratique médicale l'étude de la température du corps à l'aide du thermomètre, et finit en rappelant l'influence de Magendie sur le retour à la théorie de Lavoisier. Ses vues sur la respiration, comme source de chaleur animale, se résument dans la phrase suivante :

« L'homme n'est pas seulement double (*homo duplex*), mais en quelque sorte triple. Il est gouverné par *trois pouvoirs étonnés*, eux aussi, du nœud qui les rassemble : en effet, si les phénomènes physico-chimiques ne peuvent s'exercer que sous l'influence des phénomènes mécaniques et de l'instinct qui les régit, de même ces derniers phénomènes ne peuvent s'opérer, à leur tour, qu'à la condition des modifications qu'a reçues le sang pendant le travail de la respiration, lequel, ainsi modifié, constitue, comme on l'a dit aussi de l'air, le *pabulum vitæ*, l'aliment de la vie. Quelle est la merveilleuse *tangente* ainsi placée entre des cercles de phénomènes essentiellement distincts? Qui dénouera jamais ce nœud gordien d'un genre nouveau? Et quel autre Alexandre pourra du moins le trancher? »

Poissons osseux. — M. *C. Dareste* présente la cinquième partie de son travail sur les types ostéologiques des poissons osseux. (Renvoi à la section d'anatomie et zoologie.)

Phylloxera. — M. *le baron Larrey* dépose sur le bureau de l'Académie une lettre qu'il a reçue de M. *Loarer*, sur l'efficacité du sulfure d'arsenic et de certaines autres préparations arsenicales, pour préserver la vigne des ravages du *Phylloxera;* et M. *E. de Saint-Pierre* adresse, de Montpellier, une note relative à la présence du *Phylloxera* sur les racines des vignes sauvages, dites *lambrusques*. (Renvoi à la commission du *Phylloxera*.)

Choléra. — M. *F. Barilla* adresse une note relative à un remède contre le choléra. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

Miasmes. — M. *G. Fabretti* adresse une note relative à la transmission des miasmes infectieux. (Renvoi à la commission du legs Bréant.)

L'élévation de la température centrale chez les malades atteints de pleurésie aigue, auxquels on vient de pratiquer la thoracocentèse; note de M. *A. Laboulbène*. — Voulant connaître l'influence produite par la soustraction du liquide épanché dans la plèvre sur la température des malades atteints de pleurésie aiguë, l'auteur a placé un thermomètre dans la cavité rectale avant et aussitôt après avoir pratiqué la thoracocentèse. Il s'est assuré, de la sorte, que la température prise avec le même instrument marquait constamment, après l'opération, une élévation de plusieurs dixièmes de degré centigrade.

Six faits qu'il rapporte viennent à l'appui de son assertion.

Pour se rendre compte, ajoute M. Laboulbène, de l'élévation constante de la température (2 à 3 dixièmes de degré centigrade) que j'ai constatée chez les malades auxquels j'ai retiré de la sérosité pleurale, il faut apprécier l'état dans lequel se trouvaient les organes respiratoires avant et après l'opératoire. Chez tous les malades, le poumon refoulé par l'épanchement pleural ne fonctionnait que peu ou point, par suite de la compression à laquelle il était soumis. Aussitôt après l'évacuation du liquide, l'air pénétrait dans les vésicules pulmonaires, ainsi que le démontraient l'apparition de la matité à la percussion, le retour des vibrations thoraciques et la perception du murmure respiratoire à l'auscultation. Or, les conditions organiques étant changées dans le poumon par l'enlèvement du liquide pleural, la respiration devient ample dans les points où elle existait à peine ou point du tout. Aussi les actions moléculaires, qui ne se produisaient point dans le poumon comprimé, peuvent avoir lieu de nouveau dès que l'afflux sanguin pulmonaire se rapproche de ce qu'il est dans l'état normal. Ces conditions nouvelles suffisent pour expliquer l'élévation de la température centrale.

traliser entre les mains du ministre de l'intérieur la nomination des directeurs et des médecins des asiles publics, au lieu de faire nommer les uns par le ministre et les autres par les préfets, ce qui met le désarroi dans le service et en compromet le recrutement. Il faudrait aussi régler la condition légale des individus évadés des asiles d'aliénés; la loi actuelle est absolument muette sur ce point, et il en résulte dans la pratique des difficultés souvent très-sérieuses. Enfin, il serait bien essentiel d'ordonner que, dans toute poursuite en interdiction, une enquête médico-légale devrait avoir lieu avant que le jugement fût prononcé.

Ach. Foville fils.

Réclamation. — Nous recevons la lettre suivante :

Messieurs,

On vient de m'envoyer, comme à tous mes confrères, sans doute, un prospectus signé Deflou, pharmacien, concernant un nouveau produit pharmaceutique, le *Vomitif Camuset*. Voulez-vous bien me permettre d'annoncer, par la voie de votre journal, que je suis absolument étranger au baptême de ce médicament, dont l'inventeur est un de mes homonymes.

Agréez, etc.

Dr Georges Camuset.

Nécrologie. — C'est avec un profond regret que nous annonçons la mort de l'honorable, excellent et digne confrère, M. Félix Voisin, membre associé de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé en son domicile, à Vanves, le 23 novembre 1872, à l'âge de soixante-dix-huit ans.

Académie de médecine.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de l'Yonne. (*Commission des épidémies.*)

L'Académie reçoit : *a.* Des lettres de candidature de M. le docteur *Guyon*, pour la section de médecine opératoire ; de M. le docteur *Rabuteau*, pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale; de M. le docteur *Titon* (de Châlons-sur-Marne), pour le titre de membre correspondant. — *b.* Une étude clinique et expérimentale sur l'extinction de l'irritabilité des muscles et des nerfs, et sur la mort apparente, adressée pour le concours du prix d'Ourches. — *c.* Une note de M. le docteur *Deléry* (de la baie Saint Louis), sur un cas d'extraction de douze filaires de la main. — *d.* Un pli cacheté, renfermant la description d'un appareil pour servir à l'étude de la température dans les différentes maladies, adressé par M. *Dujardin*, élève en médecine. (*Accepté.*)

M. *Chauffard* offre en hommage un volume qu'il vient de publier sur la fièvre traumatique et l'infection purulente.

M. *Verneuil* présente une thèse inaugurale de M. le docteur *Charles Pillet* sur la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres.

M. *Jules Guérin* présente, de la part de M. le docteur *Brochin*, un exemplaire de l'article *Catarrhe, affections catarrhales*, extrait du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

M. *le Président* a le regret d'annoncer la mort de M. le docteur *Félix Voisin*, membre associé national. Il donne lecture de l'allocution qu'il a prononcée, au nom de l'Académie, sur la tombe du savant aliéniste.

M. *le Secrétaire perpétuel par intérim* met sous les yeux de l'Académie une pièce anatomique préparée et adressée par M. le docteur Després, et destinée à démontrer la dérivation de la lymphe par les réseaux sous-épidermiques.

M. Després avait déjà trouvé la démonstration clinique de ce fait dans la marche des érysipèles. Il en donne aujourd'hui la preuve anatomique au moyen d'une préparation de la paroi abdominale, où l'on voit des capillaires lymphatiques sous-épidermiques, ayant le volume d'une plume de corbeau et communiquant d'une part avec les troncs lymphatiques sous-cutanés dilatés, et d'autre part avec les vaisseaux lymphatiques profonds du péritoine, à travers l'ombilic.

Cette pièce provient d'une malade qui avait un fibro-sarcome de l'ovaire, du poids de 20 kilogrammes.

LES SAGES-FEMMES ONT-ELLES LE DROIT DE PRESCRIRE L'ERGOT DE SEIGLE PENDANT L'ACCOUCHEMENT? Au premier abord on est surpris d'une pareille question. Le simple bon sens indique que si les sages-femmes ont le droit de pratiquer des accouchements, elles doivent avoir aussi celui de prescrire, lorsqu'il y a lieu, un agent éminemment propre à exciter les contractions utérines, à régulariser la marche du travail, à en faciliter l'accomplissement, et à réprimer les hémorrhagies qui peuvent se produire pendant ou après la délivrance.

Un pharmacien de Vanves en a jugé autrement, et il a carrément refusé de délivrer du seigle ergoté sur l'ordonnance de la matrone de la localité. La sage-femme a protesté et porté plainte devant le préfet de police. Ce magistrat a déféré le cas au jugement de l'Académie.

Il était, en effet, fort embarrassé pour résoudre, de son chef, une question qui se heurte à des lois et à des règlements contradictoires. Car si, d'une part, l'article 32 de la loi du 19 ventôse an XI, autorise implicitement les sages-femmes à pratiquer les accouchements et à administrer le seigle ergoté dans les cas où son emploi est nécessaire ; d'autre part, un décret de 1850 classe l'ergot de seigle parmi les substances vénéneuses; l'article 5 d'une ordonnance de 1846 enjoint aux pharmaciens de ne délivrer ces sortes de substances que sur la prescription des médecins, des officiers de santé et des vétérinaires; enfin, l'article 1er de la loi du 19 juillet 1845 punit les pharmaciens prévaricateurs d'une forte amende et d'un assez bel emprisonnement.

En présence de pareils risques, on comprend de reste le refus prudent du pharmacien de Vanves.

Cependant il y a là une difficulté, une impasse, dont il faut sortir. La Société de prévoyance des pharmaciens l'a fort bien compris ; aussi a-t-elle adressé, il y a plusieurs années, par l'organe de son secrétaire général, M. Crinon, un mémoire sur ce sujet à M. le ministre de l'agriculture et du commerce. Il va sans dire que la Société de prévoyance n'a pas encore reçu de réponse.

L'Académie de médecine sera-t-elle plus heureuse ? Nous l'espérons, puisque l'initiative de la demande vient, cette fois, de M. le préfet de police lui-même.

Cette question a fourni à M. Tarnier l'occasion de faire ses débuts à la tribune par un excellent rapport, dans lequel il a exposé, en clinicien, les avantages et les dangers, les indications et les contre-indications de l'ergot de seigle aux diverses phases de l'accouchement ; et discuté, en jurisconsulte, les lois et les ordonnances afférentes au sujet.

M. Tarnier, conformément à une opinion déjà exposée devant l'Académie par Danyau, estime, avec raison, qu'il y aurait inhumanité à priver les sages-femmes du droit de prescrire le seigle ergoté, dans les cas opportuns, et suivant les préceptes d'une saine thérapeutique. En conséquence, il propose, au nom de la commission dont il est le rapporteur, de prier M. le préfet de police ou M. le ministre de l'agriculture et du commerce de publier une ordonnance qui, en retranchant l'ergot de seigle de la liste des substances vénéneuses, permette aux pharmaciens de le délivrer sur l'ordonnance d'une sage-femme, sans s'exposer aux rigueurs de la loi du 19 juillet 1845.

L'Académie, ne voulant pas adopter au pied levé une proposition de cette importance, en remet la discussion à une séance ultérieure.

DE LA GASTRO-UTÉROTOMIE. — Les opérées présentées par M. Péan, à la fin de la dernière séance, n'ont pas eu le pouvoir de convaincre M. *Demarquay*, ni de le faire revenir sur les conclusions sévères de son rapport en ce qui concerne l'extirpation de l'utérus pour la cure radicale des fibromes et des tumeurs fibro-cystiques.

Le hasard lui a fourni, cette semaine même, une nouvelle preuve de la gravité de cette opération. Une femme de quarante ans, atteinte d'un kyste de l'ovaire, fut opérée par lui, avec le concours de MM. Ricord et Boinet. Ce kyste renfermait sept à huit litres d'un liquide clair et filant ; il n'était pas adhérent, mais il n'avait pas de pédicule ; il occupait l'ovaire gauche et il embrassait étroitement la partie postérieure de l'utérus. Il existait aussi un petit kyste dans l'ovaire droit. Le corps de la matrice était volumineux et rempli de tumeurs fibreuses. M. Demarquay prit le parti d'enlever le corps utérin avec le kyste ovarique et de fixer dans la plaie abdominale la portion sus-vaginale du col de la matrice, comme on le fait du pédicule dans l'ovariotomie.

L'opération dura cinquante minutes. Il n'y eut point d'hémorrhagie, point d'accidents immédiats; mais, vingt-trois heures après l'opération, la malade succomba. M. Demarquay, faute de mieux, attribue cette mort imprévue à l'ébranlement nerveux.

Il tire de ce dénoûment malheureux un nouvel argument contre la gastro-utérotomie et contre la tendance de M. Kœberlé et de M. Péan à vulgariser cette dangereuse pratique.

Pour justifier de pareilles hardiesses chirurgicales, M. Demarquay demande qu'on fournisse à l'appui, non pas des observations contestables, mais des faits certains, des preuves positives; il veut qu'on montre, non pas des opérées, mais des lésions matérielles et des pièces anatomiques ! C'est l'unique moyen de s'assurer qu'il n'y a eu ni d'erreur dans le diagnostic, ni de mécompte dans les statistiques.

DES LÉSIONS ANATOMIQUES DE L'ENCÉPHALE DANS LES DIVERSES FORMES DE LA FOLIE. — Tel est le titre d'un travail lu par M. le docteur Belhomme, candidat pour la section d'anatomie pathologique. Ce travail ne renferme aucune recherche nouvelle. Ce n'est qu'un rappel et un résumé des publications antérieures de l'auteur, tendant toutes à prouver que l'anatomie,

la physiologie et l'anatomie pathologiques peuvent seules expliquer la nature et le siége de la folie.

NOMINATIONS. — La séance se termine par une série d'élections : M. *Davaine* est adjoint à la section d'anatomie pathologique. MM. *Bouley*, *Broca*, *Devergie*, *Hérard* et *Verneuil* sont chargés de préparer, de concert avec le bureau, la séance générale annuelle. MM. *Bussy*, *Gosselin*, *Joly*, *Amédée Latour*, *Peisse*, *Ricord* et *Piorry* sont nommés membres de la commission pour les associés libres.

A. LINAS.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET.

CORRESPONDANCE. — HISTOIRE DES ÉPIDÉMIES DE VARIOLE ET DE ROUGEOLE A L'HÔPITAL MILITAIRE DE BICÊTRE PENDANT LE SIÉGE. — DE L'INALTÉRABILITÉ DES TUBES DE CAOUTCHOUC PAR LA TEINTURE D'IODE. — DIARRHÉE CHRONIQUE D'ORIGINE PALUDÉENNE. — URTICAIRE DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES PROVOQUÉ PAR LES CORPS FROIDS.

— La correspondance imprimée contient : le *Recueil des travaux de la Société médicale d'Indre et-Loire pour 1872* ; le *Lyon médical* ; la *Revue médicale de Toulouse* ; la *Gazette médicale de l'Algérie* ; le *Compte rendu des travaux de la Société médicale de Gannat* ; le *Bulletin médical du nord de la France*, numéro d'octobre.

La correspondance manuscrite consiste en une lettre de remercîments du comité de l'Association générale d'Alsace-Lorraine (46, boulevard Magenta) pour le don de 2500 francs fait par la Société des médecins des hôpitaux. Cette somme sera affectée à l'instruction des enfants des émigrés alsaciens et lorrains.

M. *Moissenet*, président, fait remarquer que l'Association de secours à la tête de laquelle se trouve le comte d'Haussonville, a reçu de la Société des hôpitaux une égale somme de 2500 francs, mais qu'elle n'a pas encore envoyé d'accusé de réception.

—M. *Léon Colin*, professeur au Val-de-Grâce, fut pendant le siége médecin en chef de l'hôpital militaire de Bicêtre, sur lequel on dirigeait la presque totalité des soldats atteints par les épidémies de variole et de rougeole de 1870-71. Il donne aujourd'hui une histoire résumée de ce qu'il a observé alors.

Variole : du 12 octobre 1870 au 1er avril 1871, il est entré dans cet hôpital le nombre colossal de 7500 varioleux. C'est pendant la première partie du siége que la variole sévit avec le plus de violence dans l'armée. Pendant deux mois, du 20 novembre au 20 janvier, il y eut toujours 1100 varioleux en traitement à Bicêtre.

La mortalité s'est élevée à 14 pour 100. Ce chiffre n'excède pas celui des autres établissements de moindre importance affectés au traitement des varioleux. Il semble donc que la mortalité n'ait été aucunement influencée par les conditions spéciales du milieu hospitalier. Il faut ne pas oublier que depuis ces dernières années, la gravité de la variole s'est accrue aussi bien dans l'armée que dans la population civile. En 1867 et 1868, la STATISTIQUE MÉDICALE DE L'ARMÉE montre une mortalité de 5 à 7 pour 100 chez les varioleux, et, depuis, cette moyenne s'est progressivement élevée : avant le siége elle dépassait déjà 10 pour 100.

C'est la garde mobile qui fournit le plus de malades, surtout pendant le premier trimestre. L'armée proprement dite fut plus lentement envahie par l'épidémie, et c'est pendant le dernier trimestre qu'elle envoya à Bicêtre un nombre assez considérable de malades.

En novembre et décembre, les cas de variole noire ou hémorrhagique ont été très-nombreux, puis, peu à peu et par une transition graduelle, en décembre, janvier et février, les varioles cessèrent d'être hémorrhagiques, mais restèrent graves par leurs complications pulmonaires (laryngites, bronchites, bronchites capillaires surtout, pneumonies étendues). La forme hémorrhagique n'avait rien de commun avec le scorbut et ne tenait certainement pas aux privations, au froid dont les troupes avaient à souffrir, puisque ces mauvaises conditions atteignaient leur summum en janvier et février, précisément au moment où la forme noire disparaissait pour faire place aux varioles à complications thoraciques. Ces dernières avaient plus particulièrement pour cause et l'affaiblissement général des hommes vers la fin du siége et la constitution catarrhale si grave qui régnait à cette époque.

Rougeole : Cette fièvre débuta épidémiquement en décembre ; elle fut remarquable par la légèreté et la fugacité de l'éruption et par la gravité des symptômes thoraciques. En janvier, M. Colin signalait ces caractères de l'épidémie à l'Académie (séance du 3 janvier) ; mais en janvier et février, les complications pulmonaires arrivèrent à un tel degré de gravité que la mortalité arriva au chiffre énorme de 36 pour 100.

Cette gravité de la rougeole rapproche cette épidémie de celles qui ont atteint l'armée dans ces dernières années et qui ont été décrites sous les noms de catarrhes suffocants et de bronchites capillaires épidémiques.

M. *Isambert*, qui a également observé un grand nombre de varioleux pendant le siége, partage entièrement la manière de voir de M. Colin, relativement à la non-intervention du scorbut pour donner la forme noire à la variole.

— M. *Siredey* expose une série d'expériences entreprises, à son instigation, par un pharmacien, M. Duquesnel, sur l'action des préparations iodées sur le caoutchouc.

Il en résulte qu'en effet le caoutchouc volcanisé est altérable par les solutions de teinture d'iode, comme l'a démontré M. Beaumetz, mais que le caoutchouc non volcanisé, le caoutchouc naturel, est parfaitement inaltérable.

Les expériences de M. Duquesnel ont également porté sur le caoutchouc rouge, dit anglais, préparé au sulfure d'antimoine, sur le caoutchouc faiblement dévolcanisé ou fortement dévolcanisé par l'action de la potasse et de la chaleur. Le premier est altéré par le séjour dans la teinture pure ou étendue d'eau, mais plus faiblement que le caoutchouc volcanisé. Les tubes dévolcanisés faiblement se détériorent plus lentement ; ceux fortement dévolcanisés ne subissent que très-lentement l'action de l'iode. Le caoutchouc naturel, lui, peut macérer pendant des jours et des mois sans s'altérer ; il se colore un peu, mais ne perd aucunement son élasticité et ne se gonfle pas.

M. Duquesnel avait eu soin, pour se rapprocher autant que possible des conditions cliniques au point de vue desquelles ces recherches sont faites, de maintenir les flacons où macéraient les diverses sortes de caoutchouc à une température constante de 37°,5.

M. *Hérard* a entrepris aussi de son côté quelques expériences, et il reste convaincu qu'il n'est pas nécessaire de renoncer en clinique aux tubes volcanisés, quand on doit y faire *passer* des injections iodées. En effet, il ne s'agit pas chez les malades d'une macération comme dans un flacon, et il suffit d'avoir soin de changer les tubes tous les huit jours pour éviter tous les inconvénients signalés.

M. *Lailler* donne quelques détails sur la sulfuration du caoutchouc. Il y a deux procédés : 1° par le sulfure de carbone, procédé le meilleur mais le plus dispendieux ; 2° par l'emploi d'un bain de soufre liquide, procédé défectueux, inégal dans ses résultats et donnant au caoutchouc une certaine fragilité.

— M. *J. Simon*, on s'en souvient, avait communiqué en mars 1869, à la Société, une curieuse observation de diarrhée chronique d'origine paludéenne, datant de vingt ans et guérie par le sulfate de quinine (voy. *Gaz. hebd.*, 1869, p. 299). Il vient aujourd'hui donner une suite à cette observation.

Il a revu la malade dont il était alors question, au mois d'août dernier. Elle venait d'être reprise d'une rechute : quelques malaises, puis frissons, diarrhée, affaiblissement, anorexie; ballonnement, sensibilité du ventre, cinq ou six selles séro-bilieuses en vingt-quatre heures, foie et rate volumineux, langue chargée, soif vive, refroidissement des extrémités, fièvre le soir et la nuit. Cette dame, hésitant à reprendre du sulfate de quinine qu'elle accuse de lui donner des pincements d'estomac, ne veut d'abord prendre que du laudanum. Ce remède reste sans action. L'état général allait s'aggravant : c'est alors que la malade consent à reprendre la quinine. 60 centigrammes furent donnés le premier jour : le lendemain l'état local était le même, mais l'état général était sensiblement meilleur. La dose de sulfate de quinine fut portée à 80 centigrammes et continuée pendant quinze jours. Le résultat fut des meilleurs : état général excellent, retour des forces et de la confiance, appétit et digestions régulières, selles plus liées et moins fréquentes. Les quinze jours suivants, le sulfate fut donné à moitié dose et enfin suspendu.

Ce temps d'arrêt dans le traitement laissa reparaître les accidents. On put craindre une vraie rechute. Le sulfate de quinine fut repris et amena la même amélioration. Celle-ci devait être définitive.

Il y a maintenant *trente ans* que la malade a été imprégnée du miasme paludéen, et malgré ce long temps elle est encore sujette à des accidents que le sulfate de quinine est seul apte à faire disparaître.

— M. *Blachez* communique une observation curieuse d'urticaire apparaissant au contact des corps froids.

Il s'agit d'une dame de quarante-cinq ans, qui eut, il y a trois ans, pour la première fois, un rhumatisme articulaire subaigu, lequel dura sept mois. Il en resta un peu de roideur dans plusieurs articulations.

A l'âge de trente-huit ans, elle avait souffert pendant huit jours de démangeaisons vives à la peau, occasionnées par une éruption de taches rosées.

A la fin de l'année dernière, semblable éruption se produisit, mais la malade garda une telle sensibilité cutanée que, depuis, le moindre refroidissement de la peau fait naître dans le point refroidi une éruption d'urticaire accompagnée de prurit violent et de gonflement : le phénomène dure environ une demi-heure. Cette sensibilité de la peau est telle qu'un vent froid détermine rapidement sur le visage et le cou un gonflement avec plaques ortiées; que la préhension d'une bouteille, d'un flambeau, cause parfois l'urticaire à la main; que si la malade n'a pas la précaution de faire chauffer ses bottines avant de se chausser, le froid de la chaussure se fait sentir à travers le bas et fait naître aussitôt un gonflement avec démangeaisons aux pieds sont assez intenses pour empêcher la marche. L'application d'une pièce de monnaie, d'un timbre sec sur l'avant-bras, suffit pour faire lever en cinq minutes une plaque d'urticaire exactement limitée aux points touchés par le corps froid, si bien même qu'on peut lire en relief les lettres du timbre.

L'été dernier, cette dame prit une glace : en très-peu de temps il survint une sensation d'ardeur œsophagienne avec angoisse très-pénible, sensation analogue, au dire de la malade, à celle qu'elle ressent à la peau habituellement. Quelques cuillerées d'un vin généreux calmèrent ses souffrances.

Les bains de vapeur, les eaux de Plombières, ont été employés sans grand bénéfice. M. Blachez a institué le traitement par les alcalins, en raison des antécédents rhumatismaux.

M. *Bourdon* cite, à ce propos, l'exemple de M. Béhier qui ne peut prendre un bain froid sans être couvert d'urticaire.

A. Legroux.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

PATHOGÉNIE DES KYSTES DES MACHOIRES. — PLAIE PÉNÉTRANTE DE LA VESSIE COMPLIQUÉE DE CORPS ÉTRANGER. — INJECTION DANS LA VESSIE DE LIQUIDES ANTIFERMENTESCIBLES. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. *Tillaux* fait un rapport sur un travail de M. Magitot : Pathogénie des kystes des machoires (*Gaz. hebd.*, 1872, p. 555) Selon M. Magitot, il faudrait désormais renoncer à la résection des maxillaires et se borner à ouvrir le kyste, en facilitant le retrait de la lame osseuse soulevée. Mais cela n'est pas toujours possible et parfois l'os est tellement malade qu'il faut le reséquer. Ce sont les seules critiques que le mémoire de M. Magitot suggère à M. Tillaux.

M. *Giraldès* trouve que M. le rapporteur accepte trop facilement la doctrine exposée par M. Magitot. Il y a longtemps que l'on a essayé de rattacher les kystes au mode d'évolution dentaire. Cette théorie ne peut pas être acceptée pour tous les cas. Première objection : presque tous les kystes siégent dans le maxillaire inférieur. Deuxième objection : ces kystes ne sont pas toujours de même nature; on trouve parfois (Fergusson), le kyste étant ouvert, le contenu formé par un assemblage d'autres kystes; enfin, si l'on cure les parois de certains kystes, ces kystes se reproduisent, à tel point que les Anglais ont désigné ces cas sous le nom de *maladie kystique de la mâchoire*. Alors, à cause de la récidive imminente ou de l'étendue du mal, on est obligé de reséquer la mâchoire. Il y a donc là autre chose que l'évolution dentaire, et tous les kystes ne viennent pas des follicules dentaires.

M. *Tillaux* fait observer que M. Magitot explique les kystes multiloculaires par les follicules multiples et par des cloisonnements qui se forment consécutivement. L'ovaire a des kystes proligères, cloisonnés, à parois végétantes, et cependant ces kystes viennent d'un ovule.

M. *Giraldès* dit que parfois on a enlevé la paroi du kyste et que la récidive a eu lieu cependant. Il vaut mieux reconnaître que la cause de certains kystes est inconnue plutôt que d'accepter une théorie qui n'explique pas tous les cas.

M. *Verneuil* accepte la théorie de M. Magitot; mais cette théorie ne s'applique qu'aux kystes uniloculaires ou peu cloisonnés. La maladie kystique de la mâchoire ne peut s'expliquer ainsi. M. Verneuil a vu des cas nécessiter la résection totale de la mâchoire; une tumeur examinée au microscope était un sarcome avec de nombreux kystes. Il est prudent d'éliminer de la théorie de M. Magitot les kystes franchement multiloculaires.

— M. *Perrin* fait un rapport verbal sur une observation de plaie pénétrante de la vessie compliquée de corps étranger, par M. Thouvenin, de Veseliso (Meurthe). Un homme de quarante ans, d'une bonne constitution, tomba d'une échelle et s'empala sur le pied d'une chaise renversée. Le pied de la chaise pénétra dans l'anus. En retirant ce pied, issue d'urine par l'anus; pas d'incontinence des matières fécales. A partir du dixième jour, il se fit un écoulement graduel d'urine par le canal de l'urèthre; au bout de deux mois la rupture de la vessie était cicatrisée et le malade guéri. Quinze jours après cette guérison, rétention d'urine; le cathétérisme, pratiqué facilement, vide la vessie. Peu de jours après, expulsion spontanée par l'urèthre d'un corps étranger, qui était la portion du pantalon coiffant le bâton de chaise. Ce morceau de drap, roulé en cylindre, avait 4 centimètres de diamètre lorsqu'on le développait. La guérison fut définitive.

— M. *Dubreuil* fait une communication sur l'injection dans la vessie de sels inorganiques. On sait qu'il se forme facilement dans la vessie du carbonate d'ammoniaque par la transformation de l'urée. M. Dumas a démontré les propriétés antifer-

mentescibles du borate de soude; le silicate de soude est encore plus actif. M. Dubreuil a tenté de prévenir la formation du carbonate d'ammoniaque en injectant dans la vessie une solution de silicate de soude. Sur un homme âgé, atteint d'hypertrophie de la prostate et de paralysie de la vessie, injection d'une solution au 1/200e de silicate de soude; la réaction des urines change, elle devient acide et le muco-pus disparaît. Cette solution empêcherait donc le développement du carbonate d'ammoniaque et la formation du muco-pus. Par les lavages de la vessie avec de l'eau tiède on n'avait obtenu aucun résultat.

— M. *Dubreuil* présente une pièce : luxation intra-coracoïdienne de l'humérus. La grosse tubérosité de l'humérus, séparée de la tête de l'os, s'était placée dans la cavité glénoïde de l'omoplate et aurait pu faire croire à la non-existence de la luxation.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

PONCTIONS ASPIRATRICES DANS LES HERNIES ÉTRANGLÉES. — OPÉRATION DE HERNIE OBTURATRICE ÉTRANGLÉE.

M. *Demarquay* lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. le docteur Bailly. Le 7 septembre, M. Bailly fut appelé, à dix heures du soir, pour voir une femme de cinquante-huit ans affectée de hernie depuis quarante ans. La hernie ne rentrait plus depuis le matin. Le taxis ne donnant aucun résultat, l'opération fut décidée pour le lendemain matin. Il s'agissait d'une hernie crurale. Le sac mis à nu, M. Bailly fit à trois reprises l'aspiration avec une seringue Pravaz : aucun effet produit. Le sac fut ouvert et l'intestin ponctionné deux fois encore; alors issue de liquides et de gaz. M. Bailly put faire la réduction sans débrider.

Cette pratique est approuvée par M. Demarquay parce qu'elle est innocente. En effet, on a souvent ponctionné sans accidents l'intestin grêle sur l'homme et sur les animaux. Cette pratique est de plus utile et rationnelle, car sur 23 faits de ponctions de hernies étranglées on compte 13 succès. Quand la ponction aspiratrice n'a pas réussi elle n'a pas aggravé la situation des malades. La ponction est rationnelle, puisque la distension de l'intestin par les gaz est une cause d'étranglement, et si l'on donne issue à ces gaz la réduction pourra se faire dans certains cas. L'aspiration ne donne pas les inconvénients du taxis forcé; on doit la pratiquer dès que le taxis avec chloroforme a été reconnu impuissant. M. Demarquay donne le conseil de découvrir l'intestin avant de faire l'aspiration; on peut ainsi examiner l'anse intestinale et juger de son état avant de la rentrer dans l'abdomen. Si, malgré la ponction aspiratrice, il y a irréductibilité, on fera le débridement.

Depuis que M. Demarquay a écrit ce rapport, il a donné des soins à une dame âgée de quarante ans qui portait une hernie crurale étranglée depuis trente heures. La hernie, très-superficielle, était formée d'intestin et d'épiploon. Il y avait étranglement par le fascia cribriformis. L'intestin étant découvert, ponction aspiratrice. M. Demarquay examina l'intestin et voulut le réduire, mais il dut faire un débridement sur le fascia cribriformis. La réduction fut alors facile. La malade mourut de péritonite. A l'autopsie, l'anse était imperméable aux liquides et aux gaz. L'aspiration n'est donc pas la cause de la terminaison funeste.

M. *Giraldès* fait remarquer que l'innocuité des ponctions de l'intestin n'est pas en cause; cette innocuité est démontrée depuis longtemps pour l'intestin sain (Travers et Gross); si l'intestin est malade, si les parois sont épaissies, les ponctions peuvent être suivies d'accidents graves. Le point important est de savoir si les ponctions aspiratrices vident suffisamment le sac et l'intestin pour permettre la réduction sans débridement. Ce point n'est pas encore tranché. M. Moreau a montré qu'en coupant les nerfs d'une portion d'intestin il y avait surabondance de sécrétion dans cette anse. Dans les hernies étranglées on a quelque chose d'analogue : compression et paralysie des nerfs par la cause de l'étranglement. Il s'agit de savoir si l'évacuation des liquides suffit pour permettre la réduction, si le liquide ne se reproduira pas (observation de M. Terrier, *Gaz. hebd.*, 1872, p. 749).

M. *Demarquay* a fait deux fois la ponction dans les hernies étranglées. La première fois l'intestin s'est bien affaissé et a pu être réduit; la seconde fois les parois de l'intestin étaient épaissies et la réduction ne put avoir lieu sans débridement.

Jusqu'à ce jour, on ponctionnait les hernies étranglées la peau restant intacte; M. Bailly a mis l'anse intestinale à nu. M. *Dubreuil* se demande si, alors que la partie dangereuse de l'opération (mise à nu de l'intestin) est terminée, il est bien nécessaire de faire l'aspiration. Le débridement ne présente en effet aucune difficulté.

M. *Demarquay* ne croit pas qu'il soit indifférent de faire des incisions sur le ligament de Gimbernat ou sur le collet du sac, car on s'expose à introduire dans le péritoine une certaine quantité de sang; on peut même tomber sur une artériole et donner une petite hémorrhagie dans le péritoine. En mettant à nu l'intestin, on a l'avantage d'enlever complétement le liquide sanguinolent qui souvent remplit le sac, et qu'on peut poussser dans le péritoine si l'aspiration est faite sans découvrir l'intestin; on voit encore si l'intestin n'est pas ulcéré ou gangrené; on ne s'expose pas à réduire un intestin malade.

M. *Dubreuil* fait remarquer que le débridement porte sur des tissus peu vasculaires et que les chances d'hémorrhagies sont peu nombreuses.

— M. *Trélat* fut demandé le 9 novembre dans le service de M. Bouillaud, suppléé par M. Bouchard, pour examiner une femme de quarante-huit ans, qui présentait depuis quelques jours des phénomènes d'étranglement interne. Le 4 novembre, cette femme avait fait une chute dans un escalier; aussitôt elle ressentit une douleur vive à la partie supérieure et interne de la cuisse. Elle resta trois jours chez elle. Le 7 novembre, elle entra dans un service de médecine à l'hôpital de la Charité. Pas de selles depuis la chute, ventre ballonné, crises de violentes coliques. Les divers laxatifs ne produisent rien. Le 9 novembre, M. Trélat voit la malade. Nausées, vomissements fécaloïdes, douleur fixe dans la profondeur de la cuisse droite et cependant aucune trace de lésion traumatique de ce côté. A la région antérieure de la racine du membre, la pression indique le point douloureux en dedans des vaisseaux fémoraux, presque exactement au-dessous de l'arcade crurale. M. Trélat résolut de chercher s'il y avait un obstacle dans la région des anneaux en pratiquant l'opération sur le lieu même de la douleur. On ne trouvait rien dans le canal crural. Peut-être y avait-il une petite hernie à travers les fibres du ligament de Gimbernat, peut-être même une hernie sous-pubienne.

Opération. Incision longitudinale suivant l'axe de la cuisse droite, juste en dedans du canal crural; l'aponévrose propre du muscle pectiné est mise à nu. M. Trélat, prenant entre les doigts les parties contenues dans le canal crural, s'assure qu'il n'y a point de hernie de ce côté. Incision de l'aponévrose pectinéale; la face inférieure du ligament de Gimbernat, mise à nu, n'est point le siége de la hernie. Dans l'épaisseur des fibres du muscle pectiné, rien. L'opérateur était près du siége des hernies obturatrices, il fallait se diriger de ce côté. Le second adducteur est écarté du muscle pectiné; M. Trélat sent alors un corps arrondi, du volume d'une cerise moyenne, situé au niveau du bord supérieur du muscle obturateur externe. Les assistants entendirent un bruit de gargouillement et la réduction de l'intestin se fit. Il restait une bosselure de couleur violacée, molle, difficile à réduire. Débridement en bas sur l'aponévrose obturatrice et réduction complète. Le nerf obturateur était en dedans de l'intestin, les vaisseaux en bas et en dehors. Un drain fut placé au fond de la plaie.

La malade eut bientôt des selles abondantes; mais vers la fin de la journée elle ressentit dans le ventre une douleur excessivement vive et mourut une heure après. L'autopsie montre que la hernie était située à 25 centimètres de la valvule iléo-cæcale, sur l'intestin grêle. La hernie comprenait les trois quarts du diamètre de l'intestin, limitée par une ligne rougeâtre. Le sac herniaire était formé par le péritoine pariétal. L'orifice herniaire était la gouttière sous-pubienne. Dans le fond du sac habitait un prolongement épiploïque qui paraissait là depuis longtemps. On voit dans le péritoine un épanchement de matières stercorales. La perforation intestinale était le résultat de l'ulcération du liséré rougeâtre; cette perforation a 12 millimètres de longueur et 2 ou 3 de largeur. Si les circonstances avaient permis d'opérer la malade quelques jours plus tôt, peut-être eût-on obtenu la guérison.

M. Trélat a recherché les cas de guérison publiés; ils sont excessivement rares. On a parfois réduit des hernies obturatrices par quelques manœuvres de taxis, en explorant la région. Ce n'est que plus tard qu'on savait à quoi on avait eu affaire. M. Forget a publié un mémoire sur la hernie obturatrice. En comparant les diverses observations, M. Trélat a trouvé une certaine similitude de symptômes. Les hernies ont le même siége, l'agent d'étranglement est le même; toujours la hernie passe au-dessus du muscle obturateur; le volume est d'une petite prune ordinairement. Chez la malade de M. Trélat, depuis sa chute il existait une douleur en un point fixe, augmentant par la pression; en ce point il y avait un peu plus de relief que de l'autre côté. Dans deux opérations qui ont été suivies de guérison, on a noté aussi un peu de plénitude dans la région, même douleur et même début subit. Les deux opérateurs ont ouvert le canal crural, ce qui est une gêne pour la marche ultérieure de l'opération et l'exploration de la région. M. Trélat a fait l'incision en dedans de ce canal, sur le muscle pectiné; de là il était facile de gagner le bord interne de ce muscle.

L. Leroy.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur le traitement in extremis des cas aigus de dépôts fibrineux dans le cœur, par le docteur Richardson.

Sous ce titre, l'auteur envisage le traitement d'affections très-diverses qui ont pour résultat la coagulation du sang dans le cœur. Cette complication, qui est une cause très-fréquente de mortalité, s'observe dans le croup, la pneumonie, la péritonite, l'ovariotomie, l'accouchement, l'érysipèle, la fièvre scarlatine. La coagulation reconnaît pour cause principale l'élévation de la température du sang; elle s'opère dans les petites veines sous forme de dépôts très-minimes qui, portés dans le cœur, servent de centre à de nouveaux caillots. Le symptôme prédominant est la dypsnée. Les modes de traitement jusqu'à présent tentés n'ont pas eu de succès; il n'en serait pas de même de celui dont M. Richardson expose les avantages. Il consiste dans l'emploi de la liqueur d'ammoniaque, *liquor ammoniæ* de la pharmacopée anglaise, combinée avec l'iodure de potassium. Il administre à l'adulte 10 gouttes de liqueur d'ammoniaque dans de l'eau glacée, et trois à quatre grains d'iodure de potassium alternativement toutes les heures. Les résultats obtenus seraient remarquables, la mort ne s'observerait que dans la proportion de 3 pour 100. C'est principalement dans les cas de croup que ce traitement réussirait, comme moyen s'ajoutant à la trachéotomie.

Cette communication a été fort bien accueillie à la Société médicale de Londres. Le docteur Fayrer a remarqué à ce propos que dans l'Inde la coagulation du sang dans les cavités cardiaques est une cause de mort très-fréquente à la suite des opérations, et qu'elle est due plutôt à un empoisonnement du sang qu'à l'excès de sa température. (*The medical Press and Circular*, 20 novembre 1872.)

Les nerfs du péritoine et leurs terminaisons, par M. Jullien.

Comme il s'agit dans ce travail de recherches originales sur un sujet à peine exploré, nous analyserons les conclusions de l'auteur; celles-ci ne peuvent être discutées, mais elles demandent à être vérifiées.

L'auteur a étudié les nerfs du péritoine, principalement sur l'épiploon de l'homme, et il a employé la coloration par le chlorure d'or combinée avec la coloration par la matière colorante du bois de campêche ou hématoxyline.

Les nerfs de l'épiploon sont nombreux et présentent à considérer les troncs, les ramifications et les terminaisons.

Les troncs cheminent sous la couche épithéliale avec les artères et les veines; ils s'anastomosent et se divisent en troncs secondaires ou en fibres pâles. Les fibres pâles naissent sur le trajet des troncs primitifs ou terminent les troncs secondaires, elles accompagnent les vaisseaux et leur servent de vaso-moteurs. Les fibres pâles se divisent en fibrilles très-grêles qui portent la terminaison.

La terminaison est formée par une capsule nerveuse et les fibrilles terminales, la capsule fibreuse est un renflement piriforme, composé d'une enveloppe et à contenu homogène, et duquel naît un faisceau de fibrilles ultimes très-grêles terminées par un petit bouton et s'épanouissant en houppe ou en éventail.

Ce mode de terminaison est identique avec celui qu'Inzani a décrit comme mode général de terminaison des nerfs dans les muqueuses des tissus frontaux et maxillaires. (*Lyon médical*, n° 23, 10 novembre 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

De la myélite aiguë, par le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin des hôpitaux. Thèse d'agrégation. — Chez Germer Baillière, 1872.

Ce travail est un exposé complet des connaissances aujourd'hui acquises sur la myélite aiguë. Après un résumé historique qui nous montre que la première description exacte et complète de la myélite remonte aux recherches d'Olivier (d'Angers), 1821, l'auteur s'occupe de l'étiologie des myélites aiguës et discute à ce propos la nature des paraplégies consécutives aux maladies des voies urinaires, reconnaissant dans certains cas des lésions anatomiques nettement accusées. Ces lésions, de nature inflammatoire, se propagent, selon toute apparence, des organes malades à la moelle par l'intermédiaire des filets nerveux.

L'existence des altérations de la substance grise postérieure dans le tétanos, admise par le docteur Michaud (*Archives*, 1872), ne paraît pas démontrée. Il en est de même de la myélite, du rhumatisme et de la fièvre typhoïde. Il s'agit dans ces cas de congestions méningées plutôt que de véritables inflammations de la moelle.

L'anatomie pathologique est traitée avec soin. A ce point de vue, les myélites sont ramenées à trois types : la myélite centrale ou généralisée; la myélite localisée ou en foyer, et la myélite aiguë des cornes antérieures. Cette dernière constitue la caractéristique anatomique de la paralysie infantile dite *essentielle*, ainsi que l'ont établi les travaux de Cornil, Laborde, Charcot, Roger et Damaschino.

Après avoir passé en revue les symptômes de la myélite aiguë et les modifications qu'ils peuvent présenter suivant la localisation de l'inflammation, l'auteur aborde la question du

diagnostic au double point de vue du diagnostic fondamental et de celui du siége de la lésion.

Nous regrettons avec lui la brièveté du dernier chapitre, celui du traitement. L'intervention thérapeutique est nécessairement fort bornée dans la myélite aiguë, où son efficacité est cependant réelle. C'est aux émissions sanguines, aux révulsifs, qu'on s'adressera de préférence.

VARIÉTÉS.

Service de santé militaire.

AU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Nous extrayons le passage suivant d'une lettre qui nous est adressée par un médecin des hôpitaux militaires d'Algérie :

Médecin traitant des hôpitaux militaires, je considère comme un devoir de remercier la rédaction de la Gazette hebdomadaire de l'article qu'elle a consacré au décret présidentiel du 24 septembre. On ne pouvait plus judicieusement apprécier la pénible situation qui nous est faite par cette abrogation. En rayant d'un trait de plume nos droits acquis au concours et confirmés par ce triste exil d'Algérie qui ne nous laisse même pas la facilité de travailler, le ministre de la guerre aurait pu du moins se dispenser de mettre en suspicion notre capacité. Il est vrai que les désignations nouvelles, entourées de garanties si précieuses que vous n'avez pas négligé de faire ressortir, vont assurer aux hôpitaux un recrutement de choix que le concours était impuissant à leur fournir. Au moins avons-nous eu la consolation, en lisant votre article, de voir qu'il nous restait l'estime et la sympathie de nos confrères, et que votre jugement impartial était en parfait accord avec nos appréciations intéressées sur la question.

Je suis heureux de vous dire également, Messieurs, que vous vous rendez un compte très-exact de la situation du corps de santé militaire et des divers motifs qui avaient progressivement diminué le nombre des candidats au concours des hôpitaux. Permettez-moi d'ajouter qu'un moyen fort simple satisferait à la fois et les exigences du service et les droits légitimes de chacun; qu'on supprime, je le veux bien, la distinction entre les deux ordres de médecins, mais alors que le concours retrouve ses droits pour l'obtention des grades. Ce n'est pas ici le lieu d'esquisser un plan complet de réorganisation du service de santé de l'armée; mais il est certain que si l'on veut retenir dans le corps les médecins laborieux qui trouveraient facilement dans la vie civile la récompense de leurs efforts, il est indispensable de leur assurer un avancement rapide en rapport avec leur travail et leur mérite. Or, il n'est pas pour cela d'autre moyen que le concours : que chaque grade soit conquis pour moitié au concours (après un stage déterminé), en laissant seulement un quart à l'ancienneté et un quart au choix pour les services de guerre, et comme soupape de sûreté au favoritisme et au népotisme qui, sans cela, pourraient bien faire sauter le projet! Que le concours indique aussi l'ordre des nouveaux promus, et donne aux plus méritants le choix des meilleurs postes, et tous les médecins traitants des hôpitaux renonceront volontiers aux résultats des concours antérieurs, car aucun d'eux ne redoute d'en affronter de nouveau les épreuves !

Académie des sciences — L'Académie a tenu sa séance publique annuelle le 25 novembre. M. Dumas, secrétaire perpétuel, y a prononcé l'éloge d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, et s'est acquitté de sa tâche avec cette lucidité de conception et cette clarté de forme qui lui sont particulières.

La distribution des prix et récompenses a eu lieu dans la même séance; mais nous ne pourrons les faire connaître avec les détails suffisants que dans le prochain numéro, quand nous aurons sous les yeux le *Compte rendu* officiel.

Faculté de médecine. — *Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie.* — M. Auguste Ollivier, agrégé, chargé de ce cours, a commencé le 26 novembre, à 5 heures, et le continuera les samedi à 4 heures, et mardi à 5 heures.

École de médecine de Lille — H. Castelain, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Follet, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Wintrebert est nommé chef des conférences de chimie, de physique et des manipulations chimiques à ladite École.

M. Hallez est nommé suppléant des chaires de clinique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

Électricité médicale. — M. le docteur Onimus commencera un cours d'électricité médicale le mardi 3 décembre, à quatre heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, et le continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure.

Laboratoire d'histologie normale et pathologique des hautes études du Collége de France (sous la direction de M. Cl. Bernard). — M. Louis Ranvier, directeur adjoint du laboratoire, y a commencé des conférences le mardi 26 novembre, à trois heures et demie, et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

Légion d'honneur. — Par décret du Président de la République, en date du 20 novembre 1872, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : M. Colmant (Arnoux-Joseph), médecin-inspecteur.

Au grade d'officier : MM. Marturé (François-Antoine-Charles), médecin principal de 1re classe; Ladureau (Louis-Adolphe-Joseph), médecin principal de 2e classe; Quatrefages (Xavier), pharmacien-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. de Bourilhon (Martial-Léonard), médecin-major de 2e classe; Fargues (Gabriel-Louis-Achille), médecin-major de 2e classe; Schaumont (Constant), médecin major de 2e classe; Pasquet (Jean), médecin-major de 2e classe; Peheau (Jean-Marc), pharmacien major de 2e classe.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 9 au 15 novembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0.— Rougeole, 4. — Scarlatine, 3. — Fièvre typhoïde, 18. — Typhus, 0. — Érysipèle, 9. — Bronchite aiguë, 15. — Pneumonie, 41. — Dysentérie, 3. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 7. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 13. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 231. — Affections chroniques, 288 (1). — Affections chirurgicales, 36. — Causes accidentelles, 10. — Total, 705.

Londres : Décès du 3 au 9 novembre 1872, 1181. — Variole, 15 ; rougeole, 11 ; fièvre scarlatine, 14; diphthérie, 3; croup, 5; coqueluche, 25; fièvre typhoïde, 21 ; diarrhée, 19; bronchite, 163 ; pneumonie, 93.

Lille : Décès du 16 au 31 octobre 1872, 160. — Fièvre typhoïde, 7; bronchite, 11 ; coqueluche, 2 ; pneumonie, 5; diarrhée et entérite, 22 ; angine couenneuse, 1 ; croup, 3.

Rome : Décès du 28 octobre au 3 novembre 1872, 162. — Fièvre typhoïde, 11 ; variole, 5; rougeole, 7; diphthérie et croup, 5 ; bronchite, 9; pneumonie, 8.

Florence : Décès du 27 octobre au 2 novembre 1872, 101. — Fièvre typhoïde, 5 ; bronchite et pneumonie, 9 ; variole, 2 ; diphthérie, 8; diarrhée, 2.

Bruxelles : Décès du 27 octobre au 2 novembre 1872, 79. — Scarlatine, 2; fièvre typhoïde, 1 ; croup et angine couenneuse, 5; bronchite et pneumonie, 4; entérite et diarrhée, 4.

(1) Sur ce chiffre de 288 décès, 134 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Comité de rédaction : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, *chez* M. Dechambre, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 5 décembre 1872.

Académie de médecine : Le seigle ergoté et les sages-femmes.

L'Académie de médecine a consacré presque toute sa dernière séance à la discussion du rapport de M. Tarnier, relatif à la question de savoir « si, dans l'état actuel de la législation, il est possible d'autoriser une sage-femme à prescrire du seigle ergoté pour un accouchement présentant de la gravité, et à se faire délivrer ce médicament par un pharmacien ». (Lettre de M. le préfet de police.)

Pour ceux qui ne seraient pas familiarisés avec les éléments de cette question de jurisprudence médicale, nous rappellerons en deux mots en quoi consiste la difficulté. Elle est un des effets de cette opposition qu'on rencontre trop souvent dans nos codes, malgré leur supériorité, entre des prescriptions établies sur un même sujet à des intervalles plus ou moins longs, dans des occasions comme dans des vues différentes.

D'un côté on enseigne aux sages-femmes « la connaissance des plantes usuelles *plus particulièrement destinées aux femmes enceintes et en couches* » (arrêté ministériel de 1810); de plus, elles sont examinées sur les accidents *qui peuvent précéder, accompagner ou suivre* les accouchements, et *sur les moyens d'y remédier* (loi de l'an XI). Le seigle ergoté figure officiellement parmi ces plantes usuelles et parmi ces moyens de remédier aux accidents.

D'un autre côté, la loi du 19 juillet 1845, révisant, à l'égard des substances vénéneuses, la loi de l'an XI, et abrogeant les articles 34 et 35 de cette loi comme difficilement applicables et comme substituant mal à propos l'action législative à l'action du gouvernement, édicte des peines fort sévères (100 à 3000 francs d'amende, six jours à deux mois de prison) contre les contraventions aux ordonnances qu'elle laisse à l'administration le soin de rendre sur la vente et l'achat des substances vénéneuses. Et presque aussitôt une ordonnance, promulguée le 29 août 1846, porte que la vente de ces substances « ne pourra être faite, pour l'usage de la médecine, que par les pharmaciens et sur la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté ». Il n'est aucunement question ici de la sage-femme. En même temps, l'ordonnance dresse un tableau des substances vénéneuses et y range le seigle ergoté.

Plaçons-nous d'abord dans l'hypothèse qui est celle du rapport et qui paraît être aussi celle de M. le préfet de police : à savoir, que l'omission de la sage-femme dans la catégorie des personnes ayant qualité pour prescrire les substances toxiques équivaut à une exclusion légale. Comment sortir de cette impasse? Le rapport indique un moyen aussi sûr que commode. La liste des poisons légaux n'a rien de sacramentel : elle a déjà été accrue par des décrets; elle peut être réduite par d'autres, et il est facile d'en faire disparaître l'ergot. Mais cette mesure serait-elle bonne? Ne vaut-il pas mieux consacrer l'interdiction qui semble ressortir de l'ordonnance de 1846? C'est l'avis de quelques académiciens.

Nous ne pensons pas qu'il faille trop s'arrêter à l'argument développé par M. Blot et tiré de l'inutilité à peu près complète du seigle ergoté dans la pratique obstétricale, la patience et l'intervention manuelle pouvant d'ordinaire suffire à tout. Ce n'est là qu'une opinion personnelle; une opinion qui a, croyons-nous, un grand fond de vérité, mais qui ne saurait être poussée jusqu'à l'absolu. Le médicament est bon; il a des indications définies; il est, de plus, assez fidèle. Voilà, sous ce rapport, tout l'élément scientifique du débat. Quant à savoir dans quelle mesure il est applicable, c'est une autre question à débattre entre praticiens. Que si les sages-femmes en abusent, on en peut bien dire autant de certains médecins; et nous ne savons si ce serait faire injure au corps médical que de se risquer à prétendre que les sages-femmes (nous parlons des titrées), par la spécialité de leurs études, par la forme expéri-

FEUILLETON.

Étude médico-légale sur la folie, par M. Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. Avec quinze fac-simile d'écriture d'aliénés. Paris, 1872. — Chez J.-B. Baillière et Fils.

Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs, par M. A. Tardieu. 6e édition. Paris, 1872. — Chez J.-B. Baillière et Fils.

(Fin. — Voyez le numéro 47.)

Longtemps, dans nos livres classiques, comme dans les chaires de nos écoles, la médecine légale a fait une part beaucoup trop large à l'élément juridique au préjudice de l'élément médical, et accordé une importance excessive aux commentaires des lois et aux dissertations de jurisprudence, au grand détriment de l'étude et de l'interprétation clinique des faits. M. Tardieu a eu le courage et le mérite de rompre, sous ce rapport, avec les habitudes et les traditions de ses devanciers, de protester par ses leçons et par ses écrits contre cette méthode antiscientifique et décevante. Les efforts qu'il a faits pour ramener l'expertise médico-légale dans la voie des vrais principes, pour la placer sur son véritable terrain, celui de l'observation clinique, et pour séparer nettement le rôle du médecin-expert de celui du jurisconsulte ou de l'avocat, doivent le faire considérer à bon droit comme l'instigateur d'une véritable et utile réforme dans l'enseignement et dans les applications de la médecine légale.

Ces efforts, qui se manifestaient déjà si clairement dans les précédentes études médico-légales de l'éminent professeur, s'affirment avec non moins d'évidence et de décision dans son étude sur la folie. Très-sobre sur les questions de doctrine, l'auteur s'applique surtout à exposer les circonstances et les règles de l'expertise en ce qui touche l'aliénation mentale et

mentale de leur instruction, sont plus en état de bien discerner les indications de l'emploi du seigle qu'un assez grand nombre d'officiers de santé et même de docteurs.

Ce point de vue écarté, il reste celui des propriétés toxiques du médicament, qui devraient le faire assimiler à ces opérations interdites aux sages-femmes par l'article 33 de la loi de ventôse. Mais d'abord il faut remarquer que cet article lui-même est, en maintes circonstances, lettre morte, attendu que hors des villes on n'a pas toujours sous la main un docteur, et que le temps perdu à en chercher un le serait au détriment de la femme. On passe donc outre, et d'autant plus volontiers que ces *opérations* s'appliquent, aux termes de la loi, à l'emploi de « l'instrument », c'est-à-dire du forceps, dont le maniement est enseigné avec un soin tout particulier dans les Facultés et dans l'École spéciale et figure au premier rang dans les examens. Non-seulement l'infraction à la loi est commune ; mais elle est tolérée par les tribunaux qui accueillent, en pareil cas, l'argument de la nécessité. Et les tribunaux ne font en cela que se conformer à une jurisprudence assez générale ; vicieuse, si l'on veut, comme tout ce qui n'est pas l'expression droite et rigoureuse de la légalité, mais commandée par un intérêt de premier ordre, celui de l'humanité. Les officiers de santé, eux aussi, sont condamnés à des restrictions dans l'exercice de l'art ; ils ne peuvent non plus pratiquer de grandes opérations sans être assistés d'un docteur. Eh bien ! on les a vus, en cas d'urgence, pratiquer l'hystérotomie, d'autres opérations encore d'une nécessité moins immédiate, et trouver grâce devant les magistrats.

Or, ce que la force des choses amène chaque jour pour la manœuvre obstétricale, comme pour les opérations, elle l'amènerait pour le seigle ergoté, s'il venait à être interdit aux sages-femmes. Le cas d'urgence étant réservé, comme il le faudrait, il deviendrait indispensable d'autoriser, pour ce cas, la délivrance et l'emploi du médicament. L'officier de santé ne peut pratiquer seul de grandes opérations, mais on lui laisse des instruments ; la sage-femme ne peut pratiquer seule les manœuvres obstétricales, mais on lui laisse un forceps. Au même titre, elle devrait, loin des villes *au moins*, être nantie de seigle ergoté. Et alors, qui en surveillerait l'emploi ? Qui serait juge de l'urgence, et dans quel arbitraire ne risquerait-on pas de s'engager ? Si l'Académie, et l'Administration avec, elle entrait dans cette voie, il ne resterait qu'un moyen de concilier cette sévérité avec les exigences de la pratique obstétricale : ce serait que le seigle ergoté, interdit légalement aux sages-femmes, leur fût concédé par tolérance, mais en leur laissant la responsabilité judiciaire et civile des accidents qu'elles pourraient provoquer. C'est le risque que font courir aux officiers de santé les opérations au sujet desquelles ils ne sont pas recherchés ou sont même acquittés. Mais, nous le répétons, ce ne serait qu'une de ces solutions d'expédient qu'il ne faut pas encourager, mais plutôt s'attacher à faire disparaître de la législation française.

Ainsi, il est indispensable, à nos yeux, que le seigle ergoté soit laissé aux mains des sages-femmes ; et il serait en tout cas impossible de le leur ôter absolument. Mais y a-t-il lieu même de délibérer sur ce point ? La sage-femme n'a-t-elle pas le droit légal de prescrire le seigle ergoté ? Ici M. Tardieu a mis le doigt sur le nœud de la question en rappelant que dans l'article 317 du code pénal, visant le crime d'avortement, les sages-femmes sont, aux termes d'un arrêt de cassation, comprises dans la dénomination générale d'officiers de santé. S'il en est ainsi, et si cette assimilation est applicable dans tous les cas, il est évident que la jurisprudence reconnaît aux sages-femmes le droit d'ordonner les substances abortives, puisqu'elle puise dans ce droit même le motif d'une aggravation de peine. Pourtant, il faut bien reconnaître que la jurisprudence n'est pas la loi et que la cour de cassation s'est plusieurs fois déjugée. Peut-être même le texte du paragraphe peut-il prêter à controverse. Mais c'est un point que nous réservons, la discussion académique devant se continuer mardi prochain. En tout état de cause, nous regarderions, avec MM. Devergie et Tardieu, comme périlleux qu'on rayât le seigle ergoté du tableau des substances vénéneuses.

A. D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Séméiotique.

Du double souffle intermittent crural dans l'insuffisance aortique, par le professeur L. Traube (1).

J'ai l'intention, dans les remarques qui vont suivre, de dissiper un malentendu qui paraît exister, surtout en Allemagne, relativement à la théorie des maladies du cœur. Bien que les

(1) Ce qui nous a engagé à traduire ce travail du Berliner klinische Wochenschrift (n° 48, 25 novembre 1872), c'est qu'il porte sur un fait clinique dont la connaissance est due à un médecin français, et qu'il provoque. de la part du professeur Traube des interprétations, sur lesquelles M. Duroziez, ainsi que M. Bouillaud, également mis en cause, voudront peut-être présenter des observations.

à mettre le médecin en face de l'individu dont il est appelé à juger les dispositions intellectuelles et morales. C'est ainsi qu'il passe successivement en revue les conditions très-diverses de la constatation médicale dans ses trois objets principaux, qui sont : les mesures à prendre pour l'isolement et le traitement de l'aliéné ; l'appréciation de la capacité au point de vue des actes de la vie civile ; enfin, l'appréciation de la responsabilité au point de vue des actes délictueux ou criminels.

Si nous voulions faire ressortir les sages préceptes, les excellents conseils, les considérations utiles, les vues pratiques, contenus dans les différents chapitres de ce livre, nous serions obligé de tout citer. Nous devons nous borner, dans cette courte esquisse, à signaler quelques points essentiels, ceux dont la solution soulève les plus graves difficultés et donne lieu aux plus vives controverses.

On n'a pas oublié les attaques systématiques et passionnées dont l'interdiction des aliénés a été l'objet, non-seulement de la part de quelques philanthropes fourvoyés, mais aussi d'un certain nombre de médecins enclins au paradoxe. M. Tardieu prend résolûment la défense de cette mesure tutélaire ; mais en même temps, pour éviter les abus et prévenir les erreurs dont elle peut être le prétexte ou la cause, il a soin de bien définir et de limiter rigoureusement les cas où il convient d'y recourir, dans l'intérêt de l'aliéné lui-même et de sa famille, qui n'a pas moins de droits que lui à la protection de la loi.

Un des problèmes les plus délicats et les plus obscurs qui puissent être soumis au jugement des médecins légistes, c'est, sans contredit, l'appréciation de la validité des mariages et des testaments accomplis par des individus soupçonnés d'insanité d'esprit. Dans ce cas, le point capital est de pouvoir apprécier l'état mental au moment même de l'acte ; et il est parfois très-difficile d'obtenir, à cet égard, des éléments certains d'estimation ; car l'expert se trouve le plus souvent en présence d'états morbides mal définis, où l'altération des facultés est plus ou moins probable, où la maladie mentale

faits cliniques auxquels je fais ici allusion n'aient pas une très-grande portée, ils méritent cependant de fixer notre attention parce qu'ils se rattachent à une affection fréquente dont ils facilitent et complètent le diagnostic, à la condition toutefois d'être bien interprétés. Je veux parler des phénomènes stéthoscopiques fournis par l'artère crurale dans les cas d'insuffisance aortique.

Un médecin français, le docteur Duroziez, a eu le mérite de faire connaître cette importante particularité dans un mémoire inséré dans les Archives générales de médecine (avril 1861), ayant pour titre : *Du double souffle intermittent crural comme signe de l'insuffisance aortique.* M. Duroziez a soin de faire remarquer tout d'abord que plusieurs médecins avant lui, et en première ligne son maître, le professeur Bouillaud, avaient constaté l'existence d'un double souffle dans l'artère crurale dans les cas d'insuffisance aortique; mais ce double souffle, ajoute-t-il, n'avait jamais été considéré avant lui comme un signe constant de cette affection. Dans la plupart des cas on ne le percevait pas tout d'abord, mais seulement à la suite d'une pression exercée par le stéthoscope sur l'artère pendant l'auscultation de ce vaisseau. On pourrait encore le produire en comprimant l'artère avec le doigt au-dessus ou au-dessous du point d'application de l'instrument. En exerçant une pression légère à 2 centimètres environ en amont du vaisseau, on déterminerait un souffle systolique, et en répétant la même manœuvre en aval, c'est-à-dire au-dessous du stéthoscope, un souffle diastolique se ferait alors entendre.

Duroziez, en se fondant sur ce phénomène, croit pouvoir en premier lieu distinguer, avec une précision beaucoup plus grande qu'on ne l'avait fait avant lui, l'insuffisance aortique de toutes les affections cardiaques qui peuvent donner lieu à un souffle diastolique au niveau de la région précordiale (telles que la péricardite villeuse, le rétrécissement mitral, le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire). Ce phénomène fournirait en outre d'importantes données dans les cas où l'insuffisance aortique serait compliquée des lésions organiques précédentes et permettrait même d'affirmer l'existence de celle-ci. Ce symptôme serait moins important dans les cas où l'insuffisance aortique serait accompagnée d'altération des tuniques de l'aorte elle-même; certains anévrysmes de cette artère pouvant donner lieu au double souffle alors même que l'autopsie révèle l'intégrité des valvules semi-lunaires.

Duroziez reconnaît à la fin de son travail que le phénomène qu'il décrit peut aussi se produire dans le cours de la fièvre typhoïde, dans la chlorose, dans les cas d'intoxication saturnine, mais alors, ajoute-t-il, le double souffle crural est transitoire et passager et serait promptement remplacé par un souffle unique et continu.

Les considérations qui précèdent renferment en substance tout le mémoire de Duroziez et ne sont que le résumé fidèle de ses propres conclusions.

Un des premiers faits qui nous semblent ressortir clairement de ce travail, c'est que le signe stéthoscopique décrit par Duroziez n'est qu'un phénomène artificiellement produit; en d'autres termes, il ne peut être perçu qu'à la condition d'appliquer le stéthoscope sur l'artère crurale d'une façon particulière et tout autre que ne le comporte l'usage ordinaire. Duroziez dit bien : « *Le plus souvent il n'existe pas, il faut le produire au moyen de la compression* » (*loc. cit.*, p. 604). D'après ce qui précède, on pourrait être induit à croire que parfois il se produit sans l'intervention de l'observateur, c'est-à-dire sans compression de l'artère; mais les développements dans lesquels entre plus loin Duroziez expliquent nettement son opinion : « Le premier souffle, dit cet auteur, dépend de la contraction du ventricule, d'une force puissante; tandis que le second souffle est produit par la systole des artères de la jambe, par une force beaucoup moins grande qui a besoin d'aide, et cet aide est la compression de l'artère. »

Il résulte assez clairement de ces paroles que Duroziez n'a vu se produire spontanément que le souffle systolique, qu'au contraire, le souffle de l'artère crurale coïncidant avec la diastole ventriculaire a toujours été le résultat de la compression artérielle.

En fait, ceci concorde parfaitement avec mes propres recherches. Si l'on applique le stéthoscope légèrement sur l'artère crurale, *comme nous avons l'habitude de le faire en Allemagne*, sans modifier en aucune façon le calibre du vaisseau, on entend, dans la plupart des cas d'insuffisance aortique, un *bruit* distinct coïncidant avec la systole ventriculaire. Ce bruit est souvent remplacé, comme j'ai eu maintes fois l'occasion d'en faire la remarque, par un *souffle*, ou associé à lui. Mais ce bruit, et c'est précisément en cela que mon interprétation diffère de celle de Duroziez, ce bruit, dis-je, ne revêt jamais le caractère de celui que l'on produit par la compression de l'artère crurale; il est toujours beaucoup plus doux, et dans la plupart des cas aussi, beaucoup plus faible que le souffle produit par la compression.

Pas plus que Duroziez, je n'ai jamais eu l'occasion d'observer un souffle spontané coïncidant avec la diastole ventriculaire. Pour produire ce souffle, il faut toujours, ainsi qu'il le fait remarquer avec juste raison, une pression assez forte exercée par le stéthoscope.

Pour être exact, Duroziez n'aurait donc pas dû dire de son double souffle : « Le plus souvent *il n'existe pas, il faut le produire au moyen de la compression* » ; mais bien : « Jamais *il n'existe, il faut le produire* toujours *au moyen de la compression* », car ce double souffle, en tant que phénomène spécial, est toujours artificiel et provoqué, ou autrement dit, le résultat de la com-

---

laisse subsister une part plus ou moins considérable de la volonté, où celle-ci enfin peut se réveiller plus ou moins active et ferme dans une rémission franche et complète, où, en un mot, il existe de véritables intervalles lucides. M. Tardieu appelle spécialement l'attention de ses lecteurs sur les espèces particulières de folie qui soulèvent le plus ordinairement ces épineuses questions. Il signale aussi le cas plus difficile encore d'actes civils accomplis *in extremis* par des individus dont l'intelligence et les sens peuvent être affaiblis par l'âge, obscurcis par la maladie ou voilés par les approches de la mort. Il recommande l'examen le plus scrupuleux et les réserves les plus expresses dans ces circonstances, où l'on voit quelquefois la torpeur intellectuelle se dissiper tout à coup, à ce point que la volonté éclate et se manifeste sûrement avec une expression très-circonscrite, mais très-formelle, et dont on ne saurait contester la parfaite validité.

M. Tardieu veut qu'on apporte également la plus grande circonspection dans l'appréciation de la validité des actes d'un homme qui a terminé sa vie par le suicide; il veut que, sans se laisser entraîner par cette fausse doctrine qui attribue le suicide d'une manière constante à la folie, on examine et l'on interroge l'état mental exactement comme s'il s'agissait d'établir la capacité ou l'incapacité de tout autre individu.

Pour se faire une juste idée des difficultés et des périls qui attendent le médecin légiste dans l'accomplissement de sa mission, il faut lire le chapitre de ce livre consacré à l'appréciation médico-légale de la responsabilité. C'est ici surtout qu'apparaît dans ce qu'il a de plus grand et de plus terrible à la fois le rôle de l'expert chargé d'établir devant la justice si un individu est responsable ou non d'un délit ou d'un crime qu'on lui impute, s'il est coupable ou aliéné, s'il a cédé aux entraînements du vice ou de la passion, ou s'il a agi sans discernement sous l'influence irrésistible d'une impulsion morbide et des égarements d'un esprit réellement malade.

Les questions qui surgissent dans ces graves et solennelles circonstances ne sont pas accessibles à tous les médecins.

pression artérielle, si l'on confond, comme cela a lieu d'ordinaire, les deux éléments qui le constituent, le souffle systolique et le diastolique.

Je veux encore relever un autre point dans le mémoire de Duroziez. Cet auteur s'est efforcé de trouver un signe pathognomonique de l'insuffisance aortique en général, c'est-à-dire un élément de diagnostic différentiel entre cette maladie et toutes les affections qui sont accompagnées d'un souffle diastolique au niveau de la région précordiale. L'idée de rechercher un signe qui permît de définir exactement la nature de la lésion aortique lui est restée tout à fait étrangère.

Si l'on veut bien réfléchir à tout ce qui précède, on doit trouver presque inconcevable que les conclusions du travail de Duroziez aient pu être confondues avec celles que j'ai consignées dans mes leçons cliniques (*Sur deux phénomènes particuliers que l'on observe dans l'insuffisance aortique*, — *Berliner klinische Wochenschrift. Jahrg.*, 1867, n° 44), et qui ont paru six ans et demi plus tard.

Rien que le terme dont je désignais le phénomène découvert par moi dans l'artère crurale aurait, à mon sens, dû suffire à faire éviter cette confusion regrettable. Dans mon travail, en effet, il est toujours question d'un double *bruit* dans l'artère crurale et non d'un double *souffle* comme l'appelle Duroziez. Depuis les travaux de Skoda, nous sommes habitués en Allemagne à distinguer nettement le bruit du souffle; à ne parler de bruit que lorsqu'il s'agit de vibrations ressemblant plus ou moins aux bruits normaux du cœur.

En effet, le double bruit dans l'artère crurale que jusqu'ici je n'ai pu observer que dans un petit nombre de cas d'insuffisance aortique (dans cinq cas seulement), présente une telle ressemblance avec les bruits normaux du cœur, qu'avec la meilleure volonté, on ne saurait se servir d'un autre terme pour le caractériser.

Dans ces cas on perçoit au niveau de l'artère crurale, non-seulement comme dans une insuffisance aortique ordinaire, un vrai bruit pendant la systole ventriculaire, mais aussi un bruit diastolique, c'est-à-dire coïncidant avec la diastole ventriculaire, qui, à l'ouïe, ressemble à un bruit cardiaque.

Je mentionnerai incidemment une autre modalité de ce phénomène que j'ai constatée quelque temps après la publication du travail dont je viens de parler.

Tandis que dans les deux cas publiés la crurale présentait deux bruits qui, par leur rhythme, concordaient avec ceux du cœur, dans un troisième cas, le bruit systolique seul était isochrone, l'autre correspondait bien avec la diastole ventriculaire, mais il ne se produisait qu'à la fin de celle-ci, de sorte que l'on pouvait le considérer comme un bruit présystolique; il formait pour ainsi dire une avant-note du bruit systolique de la révolution cardiaque suivante. — Dans la quatrième et dans la cinquième observation, les phénomènes étaient identiques avec ceux des deux premières.

Une deuxième particularité du phénomène découvert par moi consiste en ce qu'il appartient à la série des symptômes spontanés, c'est-à-dire de ceux qui se produisent sans l'intervention de l'observateur. De même que dans un cas ordinaire d'insuffisance aortique, l'artère crurale fait entendre un bruit dès que l'on met sur elle l'oreille armée du stéthoscope, quelque légèrement qu'en soit faite l'application et même si l'instrument est placé à côté de l'artère; dans ces cas exceptionnels aussi le double bruit apparait sans qu'il soit nécessaire de comprimer l'artère.

Il n'est question dans mon travail, ainsi que chacun peut s'en convaincre, que du fait suivant, à savoir : Le double bruit tient la place du bruit crural simple, et ce dernier, comme on le sait, disparaît d'habitude par la pression pour être remplacé par un souffle. S'il avait donc fallu une compression pour produire le double bruit, je n'aurais donc pas eu besoin de parler même d'un *double bruit*, car alors il ne pourrait plus être sérieusement question d'une relation quelconque de ce bruit avec le bruit simple se produisant dans les cas ordinaires d'insuffisance aortique.

Il me paraît utile de faire remarquer que la valeur clinique du *double bruit crural* diffère de celle que présente le *double souffle* de Duroziez. Ce dernier phénomène indique dans certaines circonstances une insuffisance des valvules aortiques, tandis que je crois devoir conclure de l'existence du double bruit compliqué d'autres phénomènes du côté de la circulation, à une insuffisance très-marquée des valvules sigmoïdes avec hypertrophie considérable du ventricule gauche (voyez mes *Gesammelte Beitrage zur Pathologie und Physiologie*. Bd. II, 799). S'il n'existait qu'un double souffle, cette dernière conclusion serait absolument inadmissible à mes yeux, car j'ai constaté, comme Duroziez, ce phénomène dans la plupart des cas d'insuffisance des valvules aortiques, quel que soit le degré de ces lésions.

Les causes physiques de ces deux phénomènes sont évidemment aussi différentes que leur valeur séméiologique elle-même. Le phénomène constaté par Duroziez est incontestablement produit par un remous dans le courant sanguin qui a lieu nécessairement si le rétrécissement de l'ondée artérielle produit par le stéthoscope fait brusquement place à une dilatation du vaisseau.

Il en est tout autrement du double bruit :

Celui-ci se produit, ainsi que je l'ai indiqué, par les changements rapides dans la tension que subit la paroi de l'artère pendant la systole et la diastole du ventricule gauche. Dans les deux cas la paroi artérielle entrera naturellement en vibration. — Mais tandis que dans le phénomène de Duroziez les vibrations sont produites par les ondulations même du liquide

---

Elles exigent, pour être résolues consciencieusement et selon toutes les règles de l'équité, une connaissance approfondie de la folie et une expérience consommée des aliénés. Comment, en effet, un médecin peu versé dans l'étude de la psychiatrie et dans l'observation des fous reconnaîtra-t-il ces variétés insidieuses de la monomanie, ces formes perfides de la folie lucide, qui laissent subsister sur presque tous les points l'intégrité des facultés, et qui, trop souvent, sous les apparences de la raison, masquent le délire le plus actif et le plus dangereux? A quels signes, à quels caractères décèlera-t-il ces folies larvées, les plus redoutables de toutes, qui, après un temps plus ou moins long d'incubation latente, éclatent inopinément par quelque acte de monstrueuse violence et se révèlent par un meurtre ou par un incendie? Comment distinguera-t-il une simple rémission, qui n'est qu'une atténuation du délire et qui comporte l'irresponsabilité pénale, d'un véritable intervalle lucide, qui est un retour franc et momentané à la raison, et qui ramène la responsabilité? Il est évident que la solution de questions de cette importance ne saurait s'improviser et qu'elle réclame de la part de l'expert une compétence incontestable et des convictions basées sur un savoir éprouvé.

Après l'exposé et l'examen de ces questions toutes cliniques, M. Tardieu aborde une question de doctrine à laquelle il ne pouvait pas se montrer indifférent, tant elle est essentielle et fondamentale dans le sujet qui nous occupe. C'est celle du degré de responsabilité encourue par les aliénés, suivant la nature, la forme et l'intensité du délire. Quelques aliénistes seraient disposés à admettre une responsabilité relative, partielle, graduée, pour ainsi dire, et s'accommodant aux variations de l'état mental. D'autres, et à leur tête M. Jules Falret, admettent l'irresponsabilité absolue des aliénés. Pour eux, un inculpé est fou ou ne l'est pas; s'il l'est, quels que soient la forme et le degré de sa folie, quelque apparence de liberté morale qu'il ait conservée, il doit être considéré comme irresponsable; on doit l'absoudre comme malade. Bien que cette doctrine soit exposée avec un rare talent et avec une grande

sanguin; dans le double bruit, ces vibrations plus sonores ont pour siége la paroi même du vaisseau et sont d'ailleurs plus régulières.

REVUE CLINIQUE.

Pathologie externe.

De l'ostéite envisagée au point de vue de l'accroissement des os. — Des causes qui produisent l'hypertrophie ou l'arrêt de développement. — De l'excès d'allongement dans les ostéites diaphysaires. Par M. A. Poncet, interne des hôpitaux de Lyon.

(Fin. — Voyez les numéros 42 et 46.)

Sans la circonstance que nous avons signalée relativement à l'augmentation de la taille du malade après son accident, nous placerions ce fait dans une autre catégorie, c'est-à-dire dans la catégorie des cas d'accroissement interstitiel; mais il nous semble que la soudure tardive du cartilage peut en rendre compte.

Pour qu'une ostéite entraîne chez de jeunes sujets une hypertrophie en longueur du squelette, il est absolument nécessaire, avons-nous dit, qu'elle siége à une certaine distance du cartilage de conjugaison. Il faut que l'irritation transmise à ce cartilage soit faible et modérée; c'est à cette seule condition qu'elle stimulera la prolifération des éléments de ce tissu, et ce résultat se produira tant que l'inflammation n'aura pas envahi les couches osseuses en contact immédiat avec le cartilage épiphysaire. Si la suppuration a, en effet, pour siége les couches contiguës au cartilage, la limite extrême de la diaphyse, que nous nommerons *ligne juxta-cartilagineuse*, l'organe ostéogène est profondément modifié dans sa vitalité, et le premier effet de la suppuration des couches contiguës est un arrêt de prolifération.

Le cartilage, qui souvent oppose une barrière à la propagation des lésions diaphysaires à l'épiphyse, et réciproquement, peut en outre s'enflammer, être détruit partiellement et même disparaître complétement par la fonte suppurative.

Toujours on observera un arrêt d'accroissement proportionnel à l'altération du cartilage de conjugaison. Les causes qui en agissant sur la partie moyenne de la diaphyse produisent l'hypertrophie en longueur amèneront, au contraire, un arrêt de développement en agissant sur ses couches terminales. Cette différence existe à tous les âges. Chez un jeune enfant qui avait une nécrose de l'extrémité inférieure de la diaphyse du radius, M. Ollier constata un raccourcissement très-évident, quoique difficile à mesurer exactement.

Ce petit malade, âgé de quatre mois, avait eu, plusieurs jours après sa naissance, des abcès au bras, à l'avant-bras et à la région métatarsienne. De petits séquestres étaient sortis par les trajets fistuleux qui succédèrent. La fistule de l'avant-bras correspondait à l'extrémité inférieure du radius. M. Ollier retira l'extrémité juxta-épiphysaire inférieure nécrosée du radius. Il en était résulté un arrêt d'accroissement de cet os, et la main était déjà inclinée presque à angle droit sur le bord radial de l'avant-bras. Le cubitus s'était accru comme celui du côté opposé.

Lorsque le cartilage est détruit, l'inflammation se propage très-souvent par l'épiphyse à l'articulation voisine (ostéo-arthrite), quoique ce ne soit point là le mode habituel de production de l'arthrite. Nous avons vu dans la collection de M. Ollier une pièce pathologique des plus intéressantes au point de vue de ces lésions avancées du cartilage de conjugaison dans le cas d'ostéite juxta-épiphysaire. Elle avait été recueillie par M. Daniel Mollière chez un jeune enfant mort de septicémie. Ce malade avait eu une ostéite de l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur et consécutivement l'articulation du genou s'était enflammée.

Sur une coupe transversale, on voyait une perforation du cartilage de 5 à 6 millimètres d'étendue, à bords irréguliers, sinueux, faisant communiquer l'article avec le foyer primitif. Le tout était en pleine suppuration.

C'est surtout dans ces ostéites avec arthrite par propagation, dans ces lésions qui atteignent simultanément la diaphyse et l'épiphyse, que l'on remarque des arrêts considérables de développement, car alors le cartilage a été plus complétement détruit que dans les observations que nous citons, et la croissance a été immédiatement arrêtée.

Nous avons à dessein laissé de côté les faits de ce genre qui nous auraient cependant donné des différences de longueur plus grandes, afin de démontrer aussi nettement que possible l'influence des lésions diaphysaires.

Quand le début de l'affection remonte à l'enfance, on comprend que l'arrêt d'accroissement puisse être énorme et que les déformations qui en sont la conséquence s'accusent de plus en plus.

Dans un cas où le défaut de croissance du radius malade avait entraîné une déviation de la main sur le bord radial, déviation qui allait toujours en augmentant avec les progrès de l'âge, M. Ollier fit avec un plein succès l'application chirurgicale de ses recherches expérimentales sur l'accroissement pathologique des os (*Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, t. I, ch. XIII). Voici le résumé de cette observation, qui sera publiée plus tard :

Le malade avait eu, à l'âge de onze ans, une ostéite diaphysaire du radius à la suite d'un violent coup de poing, qui amena probablement une disjonction partielle de l'épiphyse. Bientôt des abcès survinrent, qui restèrent fistuleux, non-seu-

---

force de conviction, bien qu'elle ait le mérite de la netteté et qu'elle supprime, au dire de son auteur, tous les obstacles, toutes les difficultés, toutes les discussions et toutes les contestations possibles, M. Tardieu ne la croit pas applicable dans la pratique; il la regarde même comme « erronée dans ce qu'elle a d'excessif, et tout à fait compromettante pour la médecine légale; » car, en ne tenant compte ni de la forme ni du degré de la folie, elle conduit à étendre au delà de toutes limites l'irresponsabilité et à accorder le bénéfice de l'immunité pathologique à certaines perturbations mentales qui ne présentent pas à toutes leurs périodes les caractères de la folie confirmée et qui ne détruisent ni dès le début, ni d'une manière constante la liberté morale et la responsabilité. Et M. Tardieu cite en exemple les imbéciles, les faibles d'esprit, les fous dits lucides, chez lesquels le degré est si important à apprécier; la première période de la paralysie générale, qui n'enlève pas toujours au malade la conscience de ses actes; certains degrés de l'alcoolisme et certaines phases de l'épilepsie, dans lesquelles l'agent conserve une dose suffisante de discernement et de libre arbitre. Néanmoins, M. Tardieu ne fait aucune difficulté d'admettre pour cette catégorie de malades une atténuation de la responsabilité, une *responsabilité limitée*, qui répond, suivant lui, d'une manière beaucoup plus exacte que la doctrine de la responsabilité absolue, à la réalité des choses et aux nécessités de la justice. Il ajoute, avec raison, que la science aura d'autant plus de force pour faire prévaloir ses arrêts qu'elle s'imposera plus de réserve dans les cas où elle n'aura pas, pour prononcer l'irresponsabilité, tous les éléments que comporte la constatation sérieuse et vraie de l'état mental. Telle est, à notre avis, la meilleure solution pratique à donner à cette question de la responsabilité, si longuement et si contradictoirement débattue au sein de la Société médico-psychologique.

A propos des aliénés dits criminels, M. Tardieu appelle l'attention des législateurs, des moralistes, des savants et du public sur une lacune fort grave et très-fâcheuse de la législa-

ement au niveau de l'extrémité juxta-épiphysaire inférieure, mais tout le long de la diaphyse. Il en résulta un arrêt d'accroissement du radius qui occasionna une déviation de la main sur le bord radial, le cubitus continuant de s'accroître comme celui du côté opposé. Deux ans après le début de l'affection, la différence de longueur était de 3 centimètres entre le radius malade et le radius sain. M. Ollier, pour arrêter la déviation progressive de la main, essaya alors d'enrayer l'accroissement du cubitus en détruisant le cartilage épiphysaire inférieur de cet os.

Il réussit dans cette tentative, et la main fut depuis lors redressée peu à peu.

Après cette destruction du cartilage, l'accroissement du cubitus fut considérablement ralenti, et le radius ayant continué de s'accroître, quoique lentement, par son extrémité inférieure, dont le cartilage n'avait pas été complétement détruit (la prolifération de ses cellules ayant été seulement entravée par l'inflammation juxta-épiphysaire), arriva bientôt presque au même niveau que le cubitus. En 1869 il avait 3 centimètres de moins; aujourd'hui (1872) la différence n'est plus que de 1 centimètre.

Obs. XI. *Ancienne ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur droit.* (Raccourcissement du fémur, 74 millim.) — Gilbert Beconge, terrassier, âgé de trente-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier) le 25 avril 1870, pour des plaques muqueuses.

A l'âge de onze ans, violente douleur à l'extrémité inférieure du fémur droit; séjour au lit pendant cinq mois. Durant cet intervalle, il se forma, au dire du malade, deux abcès, l'un un peu au-dessus du condyle interne, l'autre vers le bord interne de la rotule. Il sortit plusieurs petits séquestres. Quinze mois après le début, les plaies étaient cicatrisées. Depuis lors, guérison complète.

Les mensurations permettent de constater un raccourcissement considérable du fémur droit anciennement enflammé.

Du sommet du grand trochanter au rebord du condyle externe : Côté gauche (sain), 445 millim.; côté droit, 371 millim. Différence : 74 millim.

On constate en outre, à la réunion des quatre cinquièmes supérieurs et du cinquième inférieur du fémur, une courbure dont la convexité regarde en avant et en dehors. Quant à l'articulation fémoro-tibiale, ses mouvements sont très-limités; dans la flexion, l'angle ne dépasse pas 15 à 20 degrés.

Obs. XII. *Ostéite du tibia droit portant sur toute la diaphyse.* (Raccourcissement du tibia, 20 millim.) — Baptiste Leux, né à Saint-Désirat (Ardèche), âgé de douze ans, entre le 19 juin 1871 (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier).

A l'âge de dix ans, douleur très-vive au niveau de la région moyenne de la jambe droite, le long de la face interne du tibia; peu de temps après, ouverture d'un abcès. Depuis cette époque, de nombreux abcès se sont ouverts et ont laissé dix à onze trajets fistuleux très-rapprochés sur la face interne du tibia. Il en existe également aux extrémités supérieures et inférieures, mais les articulations fémoro-tibiale et tibio-tarsienne sont complétement indemnes. Le stylet, introduit par ces fistules, pénètre dans de petites cavités où l'on constate la présence de plusieurs séquestres.

Le tibia est augmenté de volume dans toute son étendue, et à son extrémité inférieure il présente un renflement assez considérable.

Les mensurations des os de la jambe donnent les chiffres suivants :

Tibia droit (malade), 250 millim.; tibia gauche (sain), 270 millim. Différence : 20 millim.

Péroné du côté malade, 275; péroné du côté sain, 271. Différence : 4 millim.

21 juin. — M. Ollier, après avoir, à l'aide de la gouge et du maillet, enlevé des couches osseuses de nouvelle formation à la partie moyenne du tibia, retira un séquestre volumineux de 13 centim. de longueur, comprenant presque toute l'épaisseur de la diaphyse; puis, aux deux extrémités de la diaphyse il trouva deux cavités remplies de fongosités et contenant de petits séquestres presque entièrement mobiles.

28 septembre 1871. — La plaie est en pleine voie de cicatrisation; il existe encore, à l'extrémité supérieure de la plaie, un trajet fistuleux.

En introduisant le stylet par cette fistule, on traverse le cartilage de conjugaison, et l'on arrive tellement haut dans l'épiphyse qu'on croirait pénétrer dans l'articulation, qui est cependant complétement intacte.

Obs. XIII. *Ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.* (Raccourcissement du fémur, 20 millim.) — Claude Place, né à Thizy (Rhône), âgé de dix-neuf ans, entre le 2 mars 1870 à l'Hôtel-Dieu de Lyon (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier).

Santé bonne jusqu'à l'âge de quinze ans. A cette époque, quelques douleurs lancinantes à la partie antérieure et inférieure du fémur gauche, à deux travers de doigt environ au-dessus de la rotule.

Pendant les premiers mois qui suivirent, formation et ouverture de plusieurs abcès, soit à la partie interne, soit à la partie postérieure de l'extrémité inférieure du fémur gauche.

Lors de son entrée, il existe encore à la partie interne de la cuisse une petite ouverture par où s'écoule un liquide séreux.

Le fémur est notablement augmenté de volume dans toute sa partie moyenne. En bas, le gonflement s'arrête un peu au-dessus du rebord inférieur du condyle. Rien du côté de l'articulation du genou. Les mouvements de flexion seuls sont limités; ils ne peuvent dépasser l'angle droit.

De l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'angle externe de la rotule, on trouve : Côté malade, 464 millim.; côté sain, 444 millim. Différence : 20 millim.

Du grand trochanter au bord inférieur du condyle externe : Côté malade, 470 millim.; côté sain, 450 millim. Différence, 20 millim.

Obs. XIV. *Ostéite diaphysaire totale du tibia droit.* (Raccourcissement du tibia, 21 millim.) — Joseph Humbert, âgé de dix-sept ans, né à Saint-Rambert-de-Joux, entre le 15 juin 1865 (salle Saint-Louis, service de M. Ollier).

Les premières douleurs dans la jambe droite datent de cinq ans, et lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu on constate de nombreux trajets fistuleux siégeant sur toute l'étendue de la diaphyse tibiale. Un stylet introduit permet de sentir quelques petits séquestres.

Le tibia malade est plus court que le tibia sain de 21 millim.

Tibia sain, 381 millim.; tibia malade, 360 millim. Différence : 21 millim.

Obs. XV. *Ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, avec propagation de l'inflammation à l'articulation scapulo-*

---

tion de notre pays; c'est l'absence de toute mesure spéciale concernant les aliénés de cette catégorie. Il serait à désirer que la France, s'inspirant à cet égard de la pratique anglaise, introduisît dans ses lois sur les aliénés une réforme que réclament impérieusement la science, la justice et l'humanité.

Dans la partie consacrée à l'étude des éléments et des règles générales de l'expertise médico-légale en matière de folie, M. Tardieu traite, en véritable clinicien, la manière de procéder à l'examen des fous. Il expose, avec une remarquable méthode, les conditions essentielles du diagnostic, basées d'une part sur l'exploration directe de l'individu, c'est-à-dire sur une étude spéciale et minutieuse de son état mental (troubles des fonctions intellectuelles, perversion des facultés affectives et des instincts, altération des fonctions sensoriales), et de son état somatique (aspect extérieur, circulation générale, fonctions digestives, myotilité, sensibilité, sommeil, fonctions génésiques, lésions anatomiques); et, d'autre part, sur l'investigation des faits, des circonstances, des renseignements et des données propres à faire reconnaître les influences morales et physiques qui ont pu concourir au développement de l'affection mentale, les antécédents du malade, ses habitudes, son genre de vie, la forme et le caractère de ses écrits, enfin la nature et les particularités de l'acte dont il s'agit d'apprécier la signification psychologique et la portée légale. C'est avec juste raison que l'auteur insiste sur l'importance que présentent non-seulement les écrits, mais encore les dessins des aliénés au point de vue de la détermination de l'état mental; beaucoup d'hallucinés traduisent, dans des peintures saisissantes et étrangement expressives, les aberrations dont leurs sens sont le jouet; ces peintures sont comme l'expression matérielle, la reproduction graphique de leur délire.

Dans les chapitres qui suivent, M. Tardieu met, pour ainsi dire, en œuvre les principes et les préceptes qu'il a développés précédemment, en les appliquant à chaque genre, à chaque espèce de folie. Afin de rendre cette application plus facile et plus méthodique, il établit une sorte de classification

humérale. (Raccourcissement du membre malade, 24 millim.) — Jean Laron, âgé de dix-huit ans, né à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu le 9 février 1870 (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier).

Le malade fit, il y a cinq ans environ, une chute sur l'épaule droite; depuis lors, les mouvements de l'articulation scapulo-humérale, devenus un peu douloureux étaient restés limités. A la suite d'une nouvelle chute datant d'un mois, les douleurs ont augmenté, et un abcès s'est ouvert à la partie interne du bras; un peu au-dessous de l'aisselle. Un stylet introduit par ce trajet fistuleux permet d'arriver sur l'extrémité supérieure de la diaphyse de l'humérus, au niveau de la tubérosité externe, sans qu'on puisse toutefois pénétrer dans l'articulation. Fièvre, insomnie et tous les signes d'une ostéo-arthrite aiguë.

Lors de son entrée, on constate un raccourcissement notable du membre malade.

De l'angle postérieur de l'acromion au point le plus saillant de l'épicondyle : Côté gauche (côté sain), 265 millim.; coté droit (côté malade), 289 millim. Différence : 24 millim.

Excès d'accroissement en longueur de l'os à la suite d'inflammation de sa diaphyse.

I. Périostite suppurée de la diaphyse du tibia; début remontant à l'enfance; âge actuel, 19 ans.

L'excès d'accroissement du tibia malade est de *huit centimètres.* — Tibia sain, 374 millimètres; tibia malade, 454 millimètres.

II. Ostéite de l'extrémité supérieure de la diaphyse de l'humérus; début remontant à 2 ans; âge actuel, 19 ans.

L'excès d'accroissement de l'humérus malade est de *vingt et un millimètres.* — Humérus sain, 310 millimètres; humérus malade, 331 millimètres.

III. Ostéite diaphysaire du radius et du tibia droit; début remontant à 18 mois; âge actuel, 15 ans.

L'excès d'accroissement du radius malade est d'*un centimètre.* — Radius sain, 19 centimètres; radius malade, 20 centimètres.

IV. Ostéite diaphysaire du tibia; début remontant à 19 ans; âge actuel, 24 ans.

L'excès d'accroissement du tibia malade est de *vingt-sept millimètres.* — Tibia sain, 385 millimètres; tibia malade, 412 millimètres.

V. Ostéite diaphysaire du tibia; début remontant à l'âge de 16 ans; âge actuel, 58 ans.

L'excès d'accroissement du tibia malade est de *trente-cinq millimètres.* — Tibia sain, 360 millimètres; tibia malade, 395 millimètres.

VI. Ostéite de l'extrémité inférieure de la diaphyse du fémur; début remontant à 6 ans; âge actuel, 17 ans.

L'excès d'accroissement du fémur malade est de *trois centimètres.* — Fémur sain, 44 centimètres; fémur malade, 47 centimètres.

VII. Ostéite diaphysaire du péroné; début remontant à 6 ans; âge actuel, 23 ans.

L'excès d'accroissement du péroné malade est de *vingt-sept millimètres.* — Péroné sain, 366 millimètres; péroné malade, 393 millimètres.

L'excès d'accroissement du tibia, du même côté, est de *treize millimètres.* — Tibia droit, 366 millimètres; tibia gauche, 379 millimètres.

VIII. Ostéite de l'extrémité inférieure de la diaphyse du tibia; début remontant à 14 ans; âge actuel, 24 ans.

L'excès d'accroissement du tibia malade est de *vingt-cinq millimètres.* — Tibia sain, 345 millimètres; tibia malade, 370 millimètres.

L'excès d'accroissement du péroné, du côté malade, est de *deux centimètres.* — Péroné sain, 36 centimètres; péroné malade, 38 centimètres.

IX. Ostéite diaphysaire du tibia; début remontant à 6 ans; âge actuel, 15 ans.

L'excès d'accroissement du tibia malade est de *vingt-quatre millimètres.* — Tibia sain, 341 millimètres; tibia malade, 365 millimètres.

L'excès d'accroissement du péroné, du côté malade, est de *dix millimètres.* — Côté sain (péroné), 328 millimètres; côté malade (péroné), 338 millimètres.

X. Allongement du tibia, à la fin de la période de croissance, consécutif à un coup de pied de cheval; le malade était âgé de 22 ans lors de l'accident; âge actuel, 29 ans.

L'excès d'accroissement du tibia malade est de *deux centimètres.* — Tibia sain, 39 centimètres; tibia malade, 41 centimètres.

Les deux péronés ont la même longueur; celui du côté malade a abandonné la facette articulaire tibiale.

Mensurations prises après la mort, les os étant dépouillés de leurs parties molles.

Ostéo-périostite diaphysaire du fémur avec nécrose; début datant de 6 ans; âge au moment de la mort, 18 ans.

L'excès d'accroissement du fémur malade est de *sept centimètres.* — Fémur sain, 43 centimètres; fémur malade, 50 centimètres.

Arrêt d'accroissement en longueur de l'os à la suite d'inflammation portant sur la portion juxta-épiphysaire de la diaphyse.

XI. Ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur; début remontant à l'âge de 11 ans; âge actuel, 38 ans.

L'arrêt d'accroissement en longueur du fémur malade est de *soixante-quatorze millimètres.* — Fémur sain, 315 millimètres; fémur malade, 371 millimètres.

XII. Ostéite du tibia droit portant sur toute la diaphyse et intéressant les deux régions juxta-épiphysaires; début remontant à l'âge de 10 ans; âge actuel, 12 ans.

L'arrêt d'accroissement du tibia malade est de *deux centimètres.* — Tibia sain, 27 centimètres; tibia malade, 25 centimètres.

L'excès d'accroissement du péroné, du côté malade, est de *quatre millimètres.* — Péroné gauche, 271 millimètres; péroné droit, 275 millimètres.

médico-légale des différentes formes de l'aliénation mentale et il les groupe en quatre grandes classes : la première, caractérisée par la faiblesse d'esprit, et comprenant la démence, l'idiotie, l'imbécillité, la faiblesse d'esprit proprement dite, la surdi-mutité et les moribonds; la deuxième, ayant pour marque et pour criterium les impulsions instinctives, et dans laquelle viennent se ranger encore les idiots et les imbéciles, les épileptiques, les dégénérés et les excentriques, les alcoolisants, les hypochondriaques, les hystériques, et les diverses variétés de la folie puerpérale; la troisième classe est constituée par les différentes espèces de délires exerçant sur les actes des influences variées, telles que la manie, la monomanie, la mélancolie, la paralysie générale et le somnambulisme; enfin, le quatrième groupe appartient à la folie prétextée et à la folie simulée.

Il est impossible de décrire avec plus de précision et de peindre avec plus de vérité que ne l'a fait M. Tardieu les types divers de l'aliénation mentale. Il est impossible, surtout, d'apporter plus de netteté et plus de vigueur scientifique à la solution des questions médico-légales que soulève chaque espèce de folie, soit en matière civile, soit en matière criminelle. Cependant, parmi tous ces chapitres, également dignes d'être lus et médités, nous devons mentionner d'une manière spéciale ceux qui traitent des délires impulsifs. On trouvera là tout ensemble l'exposition et l'application des vrais principes qui doivent guider le médecin légiste dans la recherche et dans l'appréciation de ces actes étranges, soudains, violents, involontaires, inconscients, irrésistibles, accomplis par l'espèce la plus dangereuse et la plus méconnue des aliénés. La difficulté du diagnostic dans ces circonstances fait surgir les plus grands écueils autour de l'expertise et expose le médecin légiste aux plus pénibles épreuves devant les magistrats, le jury et l'opinion publique. Aussi estimons-nous, malgré la doctrine contraire professée par de savants aliénistes, qu'il est sage et rationnel d'adopter sur ce point, même pour les aliénés, la distinction établie avec tant de sagacité par M. Tardieu entre les

XIII. Ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur; début remontant à 4 ans; âge actuel, 19 ans.

L'arrêt d'accroissement du fémur malade est de *deux centimètres*. — Fémur sain, 444 millimètres; fémur malade, 464 millimètres.

XIV. Ostéite du tibia portant sur toute la diaphyse; début remontant à 5 ans; âge actuel 17 ans.

L'arrêt d'accroissement du tibia malade est de *vingt et un millimètres*. — Tibia sain, 381 millimètres; tibia malade, 360 millimètres.

XV. Ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus; début remontant à 5 ans; âge actuel 18 ans.

L'arrêt d'accroissement de l'humérus malade est de *vingt-quatre millimètres*. — Humérus sain, 265 millimètres; humérus malade, 289 millimètres.

Accroissement interstitiel constaté sur le cadavre.

Ostéo-arthrite du coude; début remontant à 2 ans; âge au moment de la mort, 41 ans.

Côté malade : allongement de l'humérus, 11 millimètres; côté malade : allongement du radius, 8 millimètres; côté malade : allongement du cubitus, 6 millimètres.

En nous appuyant sur l'expérimentation, nous avons, dans l'accroissement morbide du tissu osseux, fait jouer un rôle à peu près exclusif au cartilage de conjugaison, suivant le mode d'irritation auquel il est soumis. Nous devons cependant reconnaître que dans certaines circonstances l'os malade peut augmenter de longueur après la soudure des épiphyses. Mais tandis que nous pourrions multiplier les exemples d'ostéite chez de jeunes sujets avec allongement des os, nous n'en trouvons que deux où l'accroissement interstitiel ait été noté d'une manière incontestable par M. Ollier : une fois, chez un malade de trente-neuf ans qui avait eu une première ostéite du fémur à l'âge de vingt-sept ans, il a constaté une hypertrophie en longueur du fémur de 1 centimètre; le second cas est relatif à un homme de quarante-deux ans, qui avait contracté la syphilis à l'âge de vingt-trois ans. Le tibia droit, atteint d'hyperostose, paraissait au moins deux fois plus gros que celui du côté opposé; il était en outre plus long de 1 centimètre.

Ces différences de longueur sont peu considérables et par cela même difficilement appréciables sur le vivant; aussi aurions-nous été probablement moins affirmatif sur l'existence de l'accroissement interstitiel, si nous n'avions eu dernièrement sur le cadavre la preuve évidente d'un tel accroissement. Nous avons, en effet, constaté un allongement notable des os du bras et de l'avant-bras à la suite d'une ostéo-arthrite syphilitique du coude datant de deux ans chez une femme âgée de quarante et un ans. Les mensurations ont été prises avec le plus grand soin; chaque os, dépouillé des tissus mous qui l'entourent, a été mesuré comparativement avec celui du côté sain.

OBS. XXX. — *Ostéo-arthrite syphilitique du coude. Accroissement interstitiel démontré par l'autopsie.* — C. M., âgée de trente-neuf ans, mariée et domiciliée à Empuronay (Ardèche), où elle exerce la profession de ménagère, est entrée à l'Antiquaille (crèche, service de M. Gailleton), le 2 décembre 1869. Elle est morte le 14 décembre 1871.

Cette femme fut infectée, il y a deux ans, en 1867, par un nourrisson qui succomba après avoir présenté de nombreux accidents syphilitiques.

Elle entre au service de la crèche avec un petit enfant âgé de quatre mois, à elle appartenant, qui mourut bientôt de lésions syphilitiques multiples.

Pendant son séjour à l'Antiquaille, elle eut, à différentes reprises, des manifestations de la syphilis, et ce fut pendant les premiers mois qu'elle passa dans cet hôpital qu'elle commença à accuser des douleurs dans le coude droit.

Malgré un traitement spécifique suivi et longtemps continué, les souffrances restèrent très-vives, et bientôt de nombreux abcès se formèrent avec trajets fistuleux conduisant directement dans l'articulation.

La malade mourut le 14 décembre 1871, cachectique au plus haut degré.

Autopsie. — Nous laisserons de côté les lésions des différents organes (*gommes du foie, du cerveau*), pour ne nous occuper que de l'articulation malade.

L'avant-bras est fléchi sur le bras à angle droit. En imprimant des mouvements à l'articulation, on perçoit un bruit de frottement que l'on entend même à distance, comparable au bruit de noix qu'en pressant on fait rouler ensemble. Si l'on sépare la main de l'avant-bras et le bras de l'épaule, le membre, ainsi tronqué, a la forme grossière d'un fuseau. Le coude, complétement déformé, représente en effet une masse volumineuse, dont la partie la plus renflée correspond à l'articulation et qui va en diminuant progressivement.

La peau est tendue, adhérente, d'un rouge violacé, et par plusieurs trajets fistuleux on pénètre directement dans l'articulation.

Les tissus sous-jacents sont épaissis, lardacés. A l'incision, il s'écoule un peu de pus siégeant dans les interstices musculaires.

Quant à l'articulation, si l'on peut encore lui donner ce nom, elle est constituée par des extrémités osseuses en partie nécrosées, baignant dans un liquide séro-purulent. La synoviale, recouverte de fongosités, se confond avec les tissus péri-articulaires et les ligaments détruits expliquent la mobilité anormale de l'article. Le nerf cubital s'était luxé en quelque sorte en haut et en dedans; il avait abandonné la coulisse de l'épitrochlée. On ne trouve plus aucune trace des cartilages d'encroûtement; le condyle et la trochlée, ainsi que la tête du radius, qui est en partie résorbée, offrent cette teinte gris jaunâtre, d'un brun noir en quelques points, particulière aux séquestres du tissu spongieux en contact avec l'air et que l'on rencontre dans l'ostéite chronique suppurée. L'olécrâne forme également un séquestre volumineux que la plus légère traction détache du reste de l'os.

Le périoste avoisinant est épaissi, il se détache facilement, et, au-dessous, on voit des couches osseuses de nouvelle formation disposées irrégulièrement, donnant à l'os un aspect mamolonné et formant, le long du bord externe de l'humérus, sur une étendue de 10 à 12 centimètres, de véritables stalactites osseuses.

---

faits imputables à la folie et les faits imputables à la passion ou à la perversité, entre un acte inconscient et réellement impulsif et un acte délibéré, voulu, de méchanceté, de colère ou de vengeance. Assurément cette distinction est quelquefois très-difficile à faire, notamment chez les épileptiques, les hystériques et les alcoolisants; mais nous ne la croyons pas impossible, surtout pour quiconque s'inspirera des conseils et des exemples du livre de M. Tardieu.

L'auteur, pour compléter cette belle étude médico-légale de la folie et pour mieux lui imprimer un caractère véritablement pratique, a eu l'idée neuve et heureuse de réunir, dans la dernière partie de son ouvrage, un choix de rapports, de consultations et de mémoires pleins d'intérêt et d'utiles enseignements pour le médecin légiste, ainsi que plusieurs *fac simile* d'écritures et de dessins destinés à montrer de quelle importance peuvent être les écrits des aliénés dans l'appréciation de leur état mental.

L'étude de M. Tardieu sur la folie n'est pas une œuvre exclusivement médicale; elle présente aussi un haut intérêt moral et une incontestable portée sociale. Elle n'est pas écrite seulement pour les médecins : elle s'adresse encore aux magistrats, aux jurisconsultes, aux législateurs, et à tous ceux qui ont à cœur, pour la bonne administration de la justice, de voir régner le plus parfait accord entre la jurisprudence et la médecine légale, entre le prétoire et la Faculté.

Il est donc à souhaiter que le nouvel ouvrage de M. Tardieu obtienne le même succès que son *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. Il y a quelques années, nous avons rendu compte, à cette même place, de la première édition de ce livre. Dans la sixième édition, qui vient de paraître, rien n'est changé au fond des choses; mais l'auteur l'a enrichie, — pardon de l'expression! — de faits nombreux d'un ordre tout nouveau, puisés dans des expertises récentes et sans précédents; ce qui prouve hélas! une fois de plus, suivant la trop juste remarque de M. Tardieu, qu'en ces matières la limite du possible peut sans cesse être reculée et que l'imagination la plus

Par des mensurations exactes, nous avons constaté un allongement des os malades. Désireux de nous mettre à l'abri de toute erreur, chaque os enflammé étant placé avec celui du côté sain sur le même plan, sur une longue feuille de papier blanc et disposé parallèlement, nous avons, avec la pointe d'un compas perpendiculaire à la direction de l'os, marqué leurs limites respectives, puis nous avons mesuré la distance comprise entre ces points. Nous avons ainsi trouvé :

Humérus sain, 271 millim.; humérus malade, 282 millim. Différence : 11 millim.

Radius sain, 173 millim.; radius malade, 181 millim. Différence : 8 millim.

Cubitus sain, 193 millim.; cubitus malade, 199 millim. Différence : 6 millim.

Le périoste enlevé, la substance compacte a une teinte légèrement rosée, elle est tachetée de sang, et aux deux extrémités surtout on aperçoit de larges orifices vasculaires. La moelle est d'une teinte rouge-sang, un peu vineuse, molle, diffluente. Le tissu compacte, au lieu de mesurer 4 à 5 millimètres d'épaisseur comme celui du côté sain, a à peine 1 millimètre ; il forme une lame mince ; coque osseuse flexible, peu résistante, se brisant facilement sous la pression du doigt.

Nous avons, en outre, noté une hypertrophie de l'épiphyse malade ou plutôt de l'extrémité inférieure de la diaphyse. Les mensurations ont été prises avec un compas d'épaisseur, suivant une ligne passant immédiatement au-dessus de l'épitrochlée et de l'épicondyle.

Côté sain, 42 millim.; côté malade, 50 millim. Différence : 8 millim.

Conclusions. — 1° L'ostéite, comme l'ont démontré les recherches de M. Ollier, agit différemment sur l'accroissement de l'os suivant le siége qu'elle occupe.

2° L'ostéite de la portion moyenne de la diaphyse, survenue pendant la période de croissance, amène un allongement de l'os.

3° L'arrêt de développement s'observe dans le cas d'ostéite juxta-épiphysaire lorsque l'inflammation siége tout à fait sur la limite du cartilage de conjugaison et atteint ce cartilage.

4° Les inflammations diaphysaires, surtout lorsqu'elles sont lentes et chroniques, peuvent amener pour le fémur et le tibia des allongements de 7 à 8 centimètres ; plus communément cependant la différence n'est que de 1 à 2 centimètres. Nous avons noté des raccourcissements aussi considérables dans le cas où l'inflammation avait envahi et détruit le cartilage de conjugaison. Les inflammations totales de la diaphyse, lorsqu'elles sont suivies de suppuration sur les limites des deux cartilages de conjugaison, amènent l'arrêt d'accroissement de l'os.

5° L'expérimentation permet de se rendre compte de ces différents effets de l'inflammation selon son siége; elle montre que les irritations, les traumatismes qui portent sur la diaphyse entraînent un allongement, tandis que les mêmes causes produisent un arrêt de développement lorsque, agissant directement sur le cartilage de conjugaison, elles sont assez intenses pour troubler son évolution ou le détruire.

6° Les hypertrophies en longueur appréciables à la vue ne s'observent guère que chez les jeunes sujets pendant la période de croissance du squelette ; une fois la soudure des épiphyses effectuée, elles sont rares ou du moins difficiles à reconnaître sur le vivant; on rencontre cependant quelques cas qui montrent qu'après la soudure des épiphyses un léger allongement de l'os enflammé peut être l'effet d'un accroissement interstitiel.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE (ANNUELLE) DU 25 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. LIOUVILLE.

L'Académie des sciences, dans sa séance solennelle du 25 novembre, a décerné les prix suivants :

ANNÉE 1870.

Prix Bréant (la rente), à M. Chauveau, pour ses *Recherches sur les virus.*

Prix Montyon. — Une somme de 2500 francs à M. Gréant, pour ses *Recherches physiologiques et médicales sur la respiration de l'homme.*

Une somme de 2500 francs à M. Blondlot, de Nancy, pour ses *Recherches toxicologiques.*

Mention honorable à M. Bérenger-Féraud pour son *Traité de l'immobilisation directe des fragments dans les fractures* (1500 francs).

A M. Duclout, pour une *Relation de trois cas de fistule uréthro-utérine opérée avec succès.* (1500 francs.)

A M. Léon Colin, pour son *Traité des fièvres intermittentes.* (1500 fr.)

Citations : Docteur Raimbert : *Recherches expérimentales sur la transmission du charbon par les mouches.*

Docteur Bucquoy : *Leçons cliniques sur les maladies du cœur.*

Docteur Hayem : *Myosites symptomatiques* et *Rapports existants entre la mort subite et les altérations vasculaires du cœur dans la fièvre typhoïde.*

Docteurs Krishaber et Peter : 1° *Laryngoscope;* 2° *Larynx.* (Pathologie médicale et chirurgicale.)

Prix Godard. — A M. le docteur Jacques Jolly : *Cancer de la prostate.*

Mention honorable à M. le docteur Puech : *Atrésie.*

Prix de physiologie expérimentale. — M. Chantron, pour ses *Observations concernant l'histoire naturelle des écrevisses,* et M. Gris pour son mémoire sur la *Moelle des plantes ligneuses.*

Mention honorable à M. Mehay, pour ses *Études sur la betterave à sucre.*

Encouragement à MM. Chéron et Goujon, pour leurs *Recherches sur les propriétés fonctionnelles des nerfs et des muscles pendant la vie intra-utérine.*

Prix Barbier. — A M. Duquesnol, pharmacien, pour son travail sur l'*Aconitine cristallisée.*

fertile ne saurait atteindre à la réalité lorsqu'il s'agit de dépravations morales, de monstruosités physiques telles que celles qui forment le sujet de cette étude.

Entre ces deux éditions, M. Tardieu a publié de nouvelles études sur la pendaison, la strangulation et la suffocation, sur l'avortement, l'infanticide, les blessures par imprudence, son étude sur la folie que nous venons d'analyser, enfin un mémoire sur l'identité présenté, mardi dernier, à l'Académie de médecine.

Tant de travaux utiles et de recherches personnelles, tant de services éminents rendus à la science étaient dignes d'une récompense éclatante. L'Académie des sciences l'a jugé ainsi en décernant, dans sa dernière séance solennelle, un de ses plus beaux prix à M. Tardieu.

A. Linas.

Faculté et Académie de médecine. — M. le Ministre de l'instruction publique dépose sur le bureau de l'Assemblée deux projets de loi ayant pour objet :

Le premier, l'ouverture d'un crédit additionnel de 24 000 francs pour subvenir aux dépenses de laboratoires et annexes au service des cliniques de la Faculté de médecine de Paris; le second, l'ouverture d'un crédit de 30 000 francs pour subvenir aux dépenses de l'Académie de médecine. Ces projets de loi seront imprimés, distribués et renvoyés à la commission du budget.

Nous croyons savoir que c'est aux pressantes instances du bureau de l'Académie et de M. Béclard que l'Académie de médecine doit la libéralité de M. le ministre. Sur les 30 000 francs alloués, 15 000 seraient employés à des dépenses urgentes ; et l'on peut espérer que les 15 000 autres constitueraient le chiffre habituel du budget académique.

ANNÉE 1871.

PRIX BRÉANT. — MM. Grimaud (de Caux) et Tholozan, chacun 2500 francs.

Mention honorable à M. le docteur Bourgogne fils.

PRIX CHAUSSIER. — M. Tardieu, travaux de médecine légale 10 000 fr.

PRIX MONTYON. — 2500 francs à MM. Lancereaux et Lackerbauer pour leur *Traité d'anatomie pathologique*.

2500 francs à M. Chassagny (*forceps*).

1200 francs à MM. Coze et Feltz (*Maladies infectieuses*).

Docteur Jousset (*Études sur le scorpion*).

Docteur Decaisne (*Pathologie*).

Docteur Després (*Ulcérations du col de l'utérus*).

Mentions honorables : Docteur Victor Fumouze (*Spectres d'absorption du sang*).

Docteur Bergeret (*Altérations de l'urine et de la bile*).

M. Ernest Cadet, prix de statistique (*Le mariage en France*).

Docteur Ely, mention honorable (*L'armée et la population*).

PRIX GODARD. — Docteur Mauriac (*Études sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique*).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

L'Académie reçoit : *a*. Des lettres de candidature de MM. les docteurs *Lancereaux* et *Guillon* (père) pour la section d'anatomie pathologique ; de MM. les docteurs *Bertillon*, *Brochin*, *Lhéritier* et *Le Roy de Méricourt*, pour la section des académiciens libres. — *b*. L'exposé des titres de M. le docteur *Belhomme*, à l'appui de sa candidature pour la section d'anatomie pathologique. — *c*. Une note de M. le docteur *Poggioli* sur le traitement du rhumatisme articulaire par l'électricité. (*Comm.*: MM. Gavarret, Bergeron et Bouvier.) — *d*. Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *Mallez*. (*Accepté*.)

M. *Depaul* présente une thèse de concours pour l'agrégation, intitulée : DE L'INFLUENCE DES DIVERS TRAITEMENTS SUR LES ACCÈS ÉCLAMPTIQUES, par M. le docteur *Charpentier*.

M. *Ricord* présente : 1° Une série de mémoires de M. le docteur *Van de Loo* (de Bruxelles) sur les bandages plâtrés amovo-inamovibles et sur le tricot plâtré. — 2° Un travail manuscrit de M. le docteur *Gourrier* sur l'embryogénésie.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° Un rapport de M. le docteur *Barudel* sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Vichy. (*Commission des eaux minérales*.) — 2° Une note de M. *Bérenger-Féraud* sur la composition de l'urine dans la fièvre bilieuse dite *hématurique*. (*Commission des épidémies*.) — 3° Un opuscule de M. le docteur *Lévi*, intitulé : MALADIES DE L'OREILLE.

M. *Tardieu* offre en hommage un mémoire qu'il vient de publier, et intitulé : QUESTION MÉDICO-LÉGALE DE L'IDENTITÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LES VICES DE CONFORMATION DES ORGANES SEXUELS. Ce travail contient les souvenirs et les impressions d'un individu dont le sexe avait été méconnu.

L'ERGOT DE SEIGLE ET LES SAGES-FEMMES. — Une pareille question ne pouvait manquer de fournir à l'Académie une ample matière à ergoter. Aussi la discussion a-t-elle tenu toute la séance ; et encore n'a-t-elle pas été épuisée, il a fallu en remettre la suite à mardi prochain. C'est que l'incident soulevé par la sage-femme de Vanves touche à la pharmacie, à l'obstétrique, à l'hygiène et à la médecine légale. Quatre orateurs, appartenant à chacune de ces sections, ont pris la parole : M. Poggiale, M. Blot, M. Tardieu et M. Devergie.

Les deux premiers se sont prononcés pour la négative, mais avec des motifs divers ; les deux autres ont plaidé pour l'affirmative, mais avec une nuance différente dans la résolution à prendre.

M. *Poggiale* a posé très-nettement ces deux questions : Doit-on mettre le seigle ergoté à la libre disposition des sages-femmes ? — Les sages-femmes ont-elles le droit de prescrire ce médicament ? Les pharmaciens sont-ils autorisés à le leur délivrer ?

Sur l'une et l'autre question, M. Poggiale répond non ! Le seigle ergoté est un agent toxique de la pire espèce, qui peut produire les plus grands dangers et même des accidents mortels, lorsqu'il est administré d'une manière inopportune ou abusive. La plupart des sages-femmes étant incapables d'en discerner les indications, il est prudent de leur en interdire l'emploi.

D'ailleurs, l'article 32 de la loi de germinal, an XI, confirmée par l'ordonnance du 29 octobre 1846, et par le décret du 8 juillet 1850, enjoint aux pharmaciens de ne délivrer de médicaments ni de drogues quelconques que sur la prescription des médecins et officiers de santé. L'interprétation donnée par M. Tarnier à l'article 32 de la loi du 13 ventôse, an XI, paraît fort contestable à M. Poggiale. Quant à l'article 33 de la loi du 13 ventôse, an XI, il en tire une conséquence toute contraire à celle qu'en a voulu faire ressortir le rapporteur. Suivant M. Poggiale, cet article, qui interdit aux sages-femmes l'emploi des instruments dans la pratique des accouchements, leur défend, à plus forte raison, l'usage du seigle ergoté qui, d'après la plupart des accoucheurs, et d'après M. Tarnier lui-même, est plus dangereux que le forceps.

M. Poggiale propose donc de répondre à M. le préfet de police que l'Académie, se fondant sur l'article 32 de la loi de germinal, an XI, sur la loi du 19 juillet 1845, sur l'ordonnance du 29 octobre 1846, et sur le décret du 8 juillet 1850, est d'avis que les sages-femmes n'ont pas le droit de prescrire le seigle ergoté.

M. *Blot* soutient la même thèse, en se plaçant, non pas au point de vue juridique, mais au point de vue médical et pratique. Il conteste l'utilité du seigle ergoté, et il trouve à l'emploi de ce médicament beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages. Quant à lui, il ne l'a peut-être pas employé deux fois depuis vingt-trois ans qu'il fait des accouchements. Pendant le travail, l'ergot de seigle ne peut provoquer que des accidents, surtout s'il est administré d'une manière intempestive et brutale ; le plus souvent, il vaut mieux recourir au forceps. Le seul cas dans lequel il convienne de donner le seigle ergoté, c'est quand il survient une hémorrhagie par inertie de l'utérus, après la délivrance. Encore peut-on fort bien se passer de ce médicament, et lui substituer avantageusement les manipulations et les applications d'eau froide sur l'hypogastre. D'où M. Blot conclut, qu'il n'y a pas lieu d'autoriser les sages-femmes à prescrire ce remède.

M. *Tardieu*, contrairement à l'opinion de M. Tarnier, n'est pas d'avis qu'on retranche le seigle ergoté de la liste des substances vénéneuses ; c'est une garantie précieuse qu'il faut maintenir comme une entrave aux entreprises criminelles de l'avortement. Mais ne pourrait-on pas concilier les exigences de la loi avec les nécessités de la pratique obstétricale, en reconnaissant aux sages-femmes le droit de prescrire l'ergot de seigle, sous certaines garanties et dans des circonstances rigoureusement déterminées ?

A cet effet, M. Tardieu propose de remplacer les deux dernières conclusions du rapport par les suivantes :

« 3° Les lois, ordonnances et décrets qui régissent l'exercice de la pharmacie peuvent se concilier aisément avec ce droit. En effet, la jurisprudence de la Cour suprême en matière criminelle ayant décidé, dans les termes les plus explicites, que, pour la dénomination de médecins et autres officiers de santé, l'article 317 du code pénal, dans la généralité de sa disposition, comprenait les sages-femmes, il est juste de poursuivre l'assimilation et de comprendre celles-ci parmi les personnes auxquelles les pharmaciens peuvent délivrer les substances dont la pratique des accouchements réclame l'emploi ; sous la réserve et dans les limites assignées à l'exercice des sages-femmes par la loi de l'an XI.

» 4° Il y a lieu de transmettre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce et à M. le préfet de police l'avis de l'Académie sur cette question, et de provoquer de leur part l'envoi d'une circulaire qui rappelle à MM. les pharmaciens qu'aucune disposition de la loi n'interdit la délivrance de la poudre d'ergot de seigle aux sages-femmes, et qu'ils sont autorisés à exécuter les prescriptions de ce médicament signées par elles. »

M. *Devergie* pense que l'Académie n'a pas à discuter la question de législation et de jurisprudence soulevée par le rapport. C'est un débat juridique qui sort de sa compétence. Ce serait aussi s'engager dans une mauvaise voie que de demander la

radiation du seigle ergoté de la liste des substances vénéneuses; car ce serait donner aux pharmaciens le droit de débiter au premier venu, sans frein et sans mesure, ce dangereux poison.

Au demeurant, selon l'orateur, cette affaire doit se résumer pour l'Académie enune question d'opportunité thérapeutique, dont la solution relève principalement des accoucheurs. C'est à eux de nous dire si l'emploi du seigle ergoté est utile, oui ou non, dans la pratique des accouchements. S'il est utile, les sages-femmes doivent être autorisées à le prescrire, et les pharmaciens à le leur délivrer, sous la réserve de la nécessité la plus expresse et avec les précautions et les garanties les plus formelles. C'est dans ce sens que l'Académie doit adresser un vœu à l'autorité.

Un des membres de la section d'accouchements, M. *Devilliers*, voulant répondre à l'appel de M. Devergie, a demandé la parole pour la prochaine séance.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. *Marey* sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

A. Linas.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

RAPPORT. — SUR LES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM ET LEUR TRAITEMENT PAR LA RECTOTOMIE EXTERNE.

M. *Dolbeau* lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Ch. Abbadie.

— M. *Panas* lit un travail sur les rétrécissements du rectum et leur traitement par la rectotomie externe. (Ce mémoire sera analysé plus tard.)

— La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre la lecture du rapport de M. Duplay sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

REVUE DES JOURNAUX.

Thérapeutique du tremblement. Injections hypodermiques arsenicales, par le docteur A. Eulenburg.

L'auteur, au point de vue thérapeutique, réunit dans un même groupe les tremblements : sénile, alcoolique, saturnin, mercuriel, le tremblement de la *paralysis agitans* et des diverses affections sclérotiques du système nerveux central, enfin les cas où le tremblement représente le symptôme unique de l'affection *hysteria agitans* de Sanders. Quelle que soit la cause du tremblement, on peut admettre que le phénomène en lui-même est dû en partie à une excitabilité anormale de l'appareil nerveux moteur, en partie à une excitation anormale de cet appareil, qu'elle provienne de la périphérie ou du centre ou encore des voies réflexes ou sensorielles; on conçoit ainsi la possibilité de trouver un médicament qui dans le tremblement puisse diminuer l'excitabilité ou l'excitation. Le curare, déjà expérimenté, n'a pas donné de résultats utiles. Le bromure de potassium ne produit pas non plus des effets suffisants. Il n'en serait pas de même de l'arsenic.

Ce médicament agit sur les parties de la moelle qui conduisent les impressions sensitives et détruit leur fonction, tandis qu'il laisse intacte l'excitabilité des nerfs moteurs et des muscles. Le tremblement ayant le plus souvent une origine spinale, il a semblé rationnel à M. Eulenburg d'appliquer l'arsenic au traitement du tremblement.

La médication adoptée par l'auteur est basée sur l'emploi de l'arséniate de potasse, ou liqueur de Fowler, injecté sous la peau. M. Eulenburg a voulu éviter ainsi l'action irritante de l'arsenic sur l'estomac, laquelle se manifeste par la gastralgie et la perte de l'appétit.

M. Eulenburg emploie pour les injections une solution d'une partie d'arséniate de potasse liquide pour deux parties d'eau distillée; il en injecte environ la moitié de la seringue à injections ordinaires, c'est-à-dire une dose équivalant à 14 ou 20 centigrammes d'arséniate de potasse liquide, quantité fort considérable quand on compare l'activité des injections hypodermiques par rapport à celle de l'absorption par le tube digestif. L'injection faite à la nuque ou sur le rachis n'amène jamais d'abcès; la douleur est très-modérée, plus que celle produite par les injections de morphine.

Les cas traités par l'auteur au moyen des injections arsenicales sont au nombre de sept. Dans l'un d'eux, relaté dans son travail, M. Eulenburg fit en dix-sept jours 28 injections; au début, les injections produisaient une augmentation de tremblement, mais le résultat du traitement fut des plus satisfaisants. Dans un second cas, le tremblement céda après 5 injections. Dans deux autres cas présentant une grande analogie avec la *paralysis agitans*, 15 injections amenèrent la cessation du tremblement pour l'un d'eux; dans l'autre, 4 injections produisirent une amélioration remarquable.

M. Eulenburg cite encore quelques faits dans lesquels le traitement est employé mais n'a pas encore produit de résultats définitifs. Cette médication est donc encore à l'état d'essai, et dans tous les cas ces observations semblent prouver l'innocuité des injections arsenicales.

D'ailleurs, comme le fait remarquer M. Eulenburg, les injections hypodermiques d'arséniate de soude ont été déjà employées par L. Lehmann à Copenhague, dans le traitement d'une fièvre puerpérale pernicieuse, il est vrai sans succès. Plus tard, V. Græfe les a appliquées dans le stade algide du choléra. Lewin a utilisé avec succès les injections arsenicales dans le psoriasis. Enfin, Lewis Smith a récemment observé de bons effets avec ces injections dans la chorée. (*Berliner klinische Wachenschrift*, n° 46, 11 novembre 1872.)

Sur l'anatomie des lymphatiques de la peau, par le docteur Neumann.

Nous reproduisons en les abrégeant les conclusions des recherches de l'auteur, qui intéressent surtout l'étude des affections cutanées.

Les vaisseaux lymphatiques de la peau forment un système canaliculaire à parois propres, dont la face interne est revêtue d'un épithélium aplati; en aucun point on ne trouve de stomates ou orifices, ni de communications de ce réseau avec les interstices du tissu cellulaire sous-cutané. Les rapports des vaisseaux capillaires lymphatiques avec les capillaires sanguins ne sont pas constants. Ces vaisseaux se croisent en divers sens, et l'on ne voit pas autour des capillaires des gaînes lymphatiques.

Les lymphatiques forment dans la peau deux réseaux situés à des profondeurs différentes. L'un, superficiel, est plus fin, l'autre, plus profond, est plus épais; on ne trouve de valvules que dans les lymphatiques sous-cutanés. Les lymphatiques présentent souvent des culs-de-sac de largeur variable; ils pénètrent dans les papilles, où ils forment des anses ou de simples prolongements canaliculés.

Les annexes de la peau, follicules pileux, glandes sébacées et sudoripares, offrent à leur périphérie un réseau lymphatique particulier. L'auteur n'a jamais constaté la pénétration des lymphatiques dans les glandes. La richesse des réseaux est très-variable dans les diverses parties de la peau, les plus nombreux s'observent au scrotum, aux grandes lèvres et à la face palmaire ou plantaire.

Dans les processus ulcérants, les réseaux sont détruits, mais

ils se régénèrent; on les retrouve raréfiés dans le tissu cicatriciel. (*Osterreichische Zeitschrift f. praktische Heilk.*, n° 44, 1er novembre 1872.)

Un cas de rétention d'urine causée par une lésion d'un rein unique situé dans la cavité pelvienne, par le docteur J. W. S. GAULEY.

Cette observation est très-probablement unique et présente des particularités fort curieuses. Il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans qui, atteint de vives douleurs à la région hypogastrique, fut soigné par un médecin qui, croyant à une rétention d'urine, pratiqua le cathétérisme mais n'obtint pas d'urine. Plusieurs praticiens échouèrent également dans des tentatives de cathétérisme. L'un d'eux, le second jour de la maladie, pratiqua la ponction de la vessie par le rectum, il plaça la canule mais n'obtint pas d'urine. A l'entrée du malade à l'hôpital de Bellevue, le docteur Gauley constate à l'hypogastre une tumeur fluctuante, mate à la percussion, ayant les caractères de la vessie distendue. Le cathétérisme, pratiqué sans difficulté, donne issue à huit onces d'urine, mais la saillie hypogastrique persistait. On mit une sonde à demeure. Le malade mourut trois jours plus tard.

A l'autopsie, on trouva une péritonite généralisée, mais plus intense à la région pelvienne. On ne trouva pas les reins à la région lombaire; mais au-devant du sacrum et en arrière de la vessie existait une sorte de tumeur remplie de liquide : c'était un rein unique avec un uretère unique; le rein avait été ponctionné à travers le rectum dans la ponction qui avait été faite, la vessie n'avait pas été atteinte.

Il faut remarquer dans ce fait l'hydronéphrose, qui a été l'origine de l'erreur de diagnostic, et en outre la présence d'un seul uretère, ce qui n'est pas le cas ordinaire lorsque les reins sont réunis en une seule masse en avant de la colonne vertébrale; enfin la position du rein dans la cavité pelvienne constitue l'une des singularités de cette observation. (*The medical Record*, 15 octobre 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Essai expérimental sur la locomotion humaine. — Étude de la marche, par M. G. CARLET, docteur en médecine et ès sciences (1).

C'est sans doute par le fait d'une louable réserve que le titre mis en tête de cette monographie porte la simple caractéristique du singulier; cette étude inaugure en effet l'application générale de toute une méthode, et appellera nécessairement à sa suite une série d'analyses du même ordre. Les succès qui attendent l'auteur dans la voie qu'il vient d'ouvrir, à la suite de son maître M. Marey, ne peuvent que l'encourager dans des tentatives aussi heureuses, et ce n'est pas de notre part que lui viendraient des obstacles.

On nous pardonnera cette intervention personnelle : sa justification est dans la question elle-même. Nous ne pouvons oublier que nous sommes dans cet ordre d'études un des prédécesseurs de M. Carlet et le seul vivant encore, en France, du moins. Nous prenons donc ici la parole presque *pro domo nostrâ*, et s'il est juste que le lecteur juge à ce point de vue les critiques qui pourront nous échapper, nous croyons, par contre, que l'adhésion que nous pourrons apporter y gagnera d'autant plus de crédit.

Notre cœur battait un peu en ouvrant cette brochure. Qu'allait-il rester de nos théories, spéculatives pour la plupart, lorsqu'elles auraient passé au laminoir sous une méthode d'observation toute matérielle, exempte d'idées préconçues, dépourvue de tout esprit d'induction, fondée en droit à dédaigner les traditions du passé, non moins que les enseignements antérieurs, et, en outre, si précise!

C'est qu'il ne faut pas se le dissimuler; l'introduction des procédés enregistreurs dans l'observation des phénomènes naturels n'est rien moins qu'une révolution considérable. Quelle exactitude de coup d'œil, appuyée sur le sens de la mémoire observatrice, quel degré d'attention juste, alliée à une logique adéquate, pourraient atteindre à la perfection du tracé des émotions d'un organe fait par cet organe même?

Reste, il est vrai, l'interprétation à donner de ces tracés; et, ici, l'observateur réapparaît en personne avec toutes ses qualités, bonnes ou mauvaises. Quoi qu'il en soit, infiniment mieux armés, nous devons attendre de lui d'incontestables progrès, et l'établissement à peu près définitif des véritables lois de la locomotion dans l'espèce humaine.

Examinons à ce point de vue et dans cette espérance l'étude expérimentale de la marche telle que vient de l'exposer M. Carlet.

Après avoir rappelé les principaux travaux de ses prédécesseurs en cette matière, après avoir indiqué sommairement les deux principales phases parcourues par la science dans cette étude, à savoir la période de l'analyse inductive suivie depuis Borelli jusqu'à Bichat; celle plus récente et plus sûre que l'on peut rattacher à la méthode expérimentale, ou plutôt d'observation réglementée, et adoptée par les Weber, M. Carlet décrit les appareils nouveaux au moyen desquels il a obtenu de chaque organe le tracé de ses propres évolutions fonctionnelles.

Si les mécanismes imaginés pour se procurer cet enregistrement fidèle répondent ainsi qu'il convient à l'objet proposé, il est hors de doute que la méthode nouvelle est appelée à fournir la solution de la plus grande partie des questions encore en suspens dans cet intéressant chapitre. Mais ici nous devons reconnaître que nous marcherons, dans cette analyse, plutôt avec confiance qu'avec une certitude absolue. S'il nous a paru, à l'inspection des diagrammes relevés par l'auteur, que ses interprétations étaient marquées au coin d'une parfaite sagacité, nous devons être plus circonspect en ce qui concerne l'enregistrement lui-même des données qui serviront de base à l'interprétation. Il faudrait, pour oser se prononcer, avoir plus entièrement compris les détails et l'agencement du mécanisme employé. Les figures qui représentent les appareils sont demeurées pour nous, sous plus d'un aspect, obscures. Cependant, comme ce défaut de clarté peut tout aussi bien être mis au compte de notre propre intelligence qu'à celui de la représentation même des mécanismes, nous passerons outre, sous le bénéfice de cette réserve, et nous en admettrons comme fidèles toutes les dispositions.

Cela posé, entrons dans la question elle-même.

Les éléments à étudier dans l'acte « de la marche » sont de plusieurs sortes. Le physiologiste a d'abord à y considérer :

1° La nature du mouvement ou des rapports permanents ou temporaires entretenus par le corps mobile (l'homme) avec le support terrestre.

Sous ce chef, se trouvera comprise la définition du « *pas* » et de ses différents *temps*.

2° L'espace parcouru dans l'un ou l'autre de ces temps et dans leur ensemble.

3° Le temps employé par le pas et chacune de ses parties. On en conclura leurs rapports ou la vitesse en chacune de ces circonstances.

4° Enfin les mouvements secondaires ou concomitants accomplis par le tronc ou les membres.

L'auteur devra donc nous faire connaître la loi suivant laquelle se voit transporté le centre de gravité du mobile, la trajectoire approchée qu'il parcourt ou doit parcourir, les caractéristiques mêmes de cet acte si particulièrement remarquable de la vie de relation, enfin les mouvements compensateurs qu'il requiert ou commande au nom du principe de la

(1) Mémoire inséré dans les *Annales des sciences naturelles* et dans la *Bibliothèque des hautes études*. Paris, 1872.

moindre action. Ces chapitres divers sont, en effet, successivement étudiés et élucidés sous les titres suivants :

Exploration des foulées (ou des rapports de contact de chaque pied avec le sol).

Exploration des mouvements oscillatoires du tronc, de ses mouvements d'inclinaison.

De la contraction musculaire.

Art. 1er. *Des foulées.* — La marche, dans les détails qui vont suivre, n'est étudiée que sur terrain plan et horizontal.

L'auteur a donné une attention particulière à l'étude des rapports de contact entre le sol et le pied ; il a cherché à surprendre la durée relative de ce contact observée dans chacun de ces points, la pression développée dans chacun des instants de cette continuité de rapports, et nous devons rendre justice à l'ingéniosité de la méthode qu'il a imaginée à cet effet, et au moyen de laquelle il a pu se procurer un tableau vraiment instructif de toutes les phases du phénomène.

La figure 4 de l'ouvrage, d'une saisissante clarté, d'une interprétation des plus instructives, nous apprend dès la première inspection : « que dans la marche naturelle, le pied commence à se poser en *tombant* sur le talon ; qu'il continue son mouvement en s'appliquant par toute sa plante et *se déroule* sur le sol en s'y appliquant *fortement* sur sa partie antérieure (la pointe du pied) pour se détacher finalement par son extrémité. »

Un second coup d'œil jeté sur cette instructive figure nous démontre encore : « qu'au moment où l'un des talons vient toucher le sol, la pointe de l'autre pied y tient encore ».

Et ces deux propositions expérimentales vont permettre à l'auteur de formuler la définition caractéristique de *la marche* et de ses différentes phases, définitions qui ne font d'ailleurs que confirmer celles établies déjà par les prédécesseurs de M. Carlet.

La marche est ce mouvement de translation du corps pendant l'accomplissement duquel :

« Le corps n'abandonne jamais entièrement le contact du sol. »

Quant aux phases successives de ce mouvement, elles se différencient par les circonstances suivantes :

Dans l'une des phases du mouvement, le contact a lieu par un seul appui (un pied), dans la seconde par deux appuis, les pieds se trouvant simultanément au contact.

Ces points de départ de l'étude de la marche étaient, comme nous venons de le dire, très-formellement établis déjà ; ils constituaient la définition même de l'acte et des *pas*, au moyen desquels il est réalisé. Mais l'observation à l'œil simple en était assez délicate pour que l'on doive regarder comme un très-heureux résultat sa démonstration irréfutable.

La considération de la figure 4 a même imposé de prime-saut une conclusion supplémentaire que la logique, il est vrai, eût dû faire établir à elle seule :

« La durée de l'appui d'une jambe est égale au temps de l'oscillation de l'autre, plus deux fois le temps du double appui. »

Mais n'est-ce pas une addition de luxe et faisant double emploi, que la formule qui suit celle que nous venons d'énoncer :

« La durée du double appui est égale à la demi-différence de la durée de l'appui unilatéral et de celle de l'oscillation. »

Quoi qu'il en soit, cette formule conduit l'auteur à la mensuration de la durée du « double appui », et si, suivant son conseil, nous la cherchons dans le tableau 4, en comparant sa représentation linéaire avec celle qui, dans la figure 1, représente la seconde de temps, nous trouvons que, dans les expériences instituées par l'auteur, cette durée du double appui pourrait être évaluée au quart de la seconde environ. D'une manière plus générale, et dans l'incertitude où nous sommes de l'identité de base des échelles dans les figures 1 et 4, et nous reportant à la définition qui sera plus loin donnée de la mesure du pas, nous dirons que la durée du double appui, telle qu'elle a été relevée par l'auteur, serait environ du quart de celle du pas.

A ce propos, M. Carlet nous fait le reproche que voici : « Ce temps n'est donc pas « *inappréciable* », comme le dit M. Giraud-Teulon dans l'article *Locomotion*, que vient de publier le Dictionnaire des sciences médicales. »

Nous devons relever cette critique parce qu'elle peut renfermer en elle un malentendu. Si, en effet, on devait interpréter la phrase citée comme impliquant l'*insignifiance* du temps de double appui, il est certain que l'expression reprochée aurait trahi notre pensée, car dans notre travail « *ex professo* » sur la matière, à l'article *Marche* de notre Mécanique animale, nous disons textuellement : « A la fin du premier pas, qui se trouve être le commencement du pas suivant, la ligne de propension du centre de gravité vient donc porter sur le talon de la jambe antérieure. Or comme, en ce moment même la jambe postérieure est étendue et touche encore au sol, on reconnaît qu'au moment *très-court* où les deux jambes touchent *simultanément* le sol, la jambe postérieure forme l'hypoténuse d'un triangle rectangle dont les deux autres côtés sont la longueur du pas et la hauteur du centre de gravité au-dessus du sol (p. 187). »

La figure 20, mise en regard, ne peut laisser de doute sur le sens de ce paragraphe. Il est donc deux fois clair que nous n'avons point méconnu la caractéristique de ce temps particulier du pas, ni celui de l'appui simultané et momentané des deux membres.

Maintenant ce temps « très-court » est-il effectivement inappréciable, comme il nous est échappé de le qualifier ? Avec les procédés enregistreurs automatiques, il est évident qu'il se mesure avec une très-remarquable exactitude, et c'est assurément là une conquête très-précieuse des nouvelles méthodes. Mais en nous reportant à l'observation vulgaire, qui seule était alors entre nos mains, y a-t-il abus à qualifier, « *currente calamo* », d'inappréciable un espace de temps qui dans la marche lente des expériences de l'auteur (60 pas par minute) se mesure par 1/4 de seconde, et dans la marche moyenne et ordinaire d'un homme adulte (120 pas dans ce même temps) ne s'élève pas à plus d'*un huitième* de seconde.

Fasse le ciel que dans les propositions que nous avons pu avancer jusqu'à ce jour en matière scientifique, on ne relève jamais d'erreur ayant plus grande dimension que cette dernière !

Qu'il nous soit donc permis de considérer notre énonciation comme exacte, dans les limites des erreurs d'observation que comportaient les éléments de nos analyses physiologiques. Notre coup d'œil ne mesure pas, paraît-il, avec certitude un acte qui s'accomplit en un quart ou un huitième de seconde. Mais voici une méthode qui se joue de ce quart de seconde et enregistre sans hésitation les phénomènes qui s'accomplissent dans ce laps de temps. Saluons ce résultat, honorons ses auteurs. Le progrès qu'ils ont accompli n'en laisse pas moins debout, pour son époque, la proposition vraie en elle-même que la marche de la science n'a fait que développer.

Nous avons dit plus haut que dans le même article (*Des foulées*), M. Carlet avait cherché à déterminer non-seulement les durées des foulées et leurs variations suivant les divers temps du pas, mais même à mesurer, au moins approximativement, la valeur numérique, en poids, de leur pression.

Il paraît résulter de ces recherches spéciales que :

1° La pression du pied sur le sol est plus forte pendant la progression que pendant la station.

2° Cette pression augmente avec la grandeur des pas.

3° L'excès de la pression du corps en mouvement sur celle du corps en repos ne dépasse pas les deux septièmes du poids du corps.

L'auteur attribue cet excès au *choc*, c'est-à-dire à la destruction de la vitesse acquise.

Ces premières bases posées, M. Carlet aborde la question même du pas, et il se demande d'abord qu'est-ce que le pas, ou du moins quelle est sa longueur ?

C'est, dit-il, l'espace mesuré sur la ligne du chemin par-

couru entre les deux talons ou les deux pointes, ou plus généralement entre deux points homologues quelconques de ces soutiens au moment du double appui.

Cela posé, chaque pas offre à considérer : son étendue, sa durée.

Après avoir indiqué les procédés qui lui serviront à mesurer ces deux éléments, M. Carlet s'arrête à une proposition importante de Weber, qui tendait à établir comme règle générale que : « Le nombre des pas faits dans un temps donné est directement proportionnel à leur longueur. »

L'auteur considère, d'après ses expériences, cette proposition comme infiniment trop générale et surtout trop absolue, mais il constate qu'en général « la durée du pas diminue à mesure que sa longueur augmente. » Il justifie cette proposition par les raisons que nous en avons nous-même données, et établit positivement que si ces deux quantités ont certains rapports entre elles, elles ne sont toutefois point liées par la raison géométrique de la proportionnalité inverse adoptée par les Weber.

GIRAUD-TEULON,

(*La fin à un prochain numéro.*)

Index bibliographique.

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE, par T. GALLARD, médecin de la Pitié. — Chez J.-B. Baillière. In-8 de 148 pages, 1872.

Huit leçons composent ce volume. D'une forme simple et claire, d'un style correct et facile, elles reflètent les qualités éminemment pratiques d'un clinicien expérimenté qui, préoccupé surtout de ce qui est utile, professe un profond dédain pour ce qu'il appelle les futilités ou les simples curiosités de la science, qui ne reconnaît de progrès véritable que celui qui, ayant pour objectif suprême l'art de guérir, perfectionne notre arsenal thérapeutique en nous donnant les moyens de reconnaître plus facilement et plus vite les maladies, et par suite de les combattre avec plus d'efficacité.

Au lieu de s'attacher à la description des maladies rares, extraordinaires, dont on trouve à peine un exemple dans le cours d'une année, M. Gallard s'est appliqué plus particulièrement à l'étude des maladies les plus communes, les plus vulgaires, de celles que Chomel appelait les *maladies de tous les jours*, parce que le praticien les rencontre à chaque instant dans sa clientèle, et que ce sont celles qu'il a le plus d'intérêt à bien connaître.

La première de ces leçons est consacrée à l'étude des *troubles digestifs dans l'alcoolisme*. Il résulte des expériences de l'éminent professeur de physiologie au Collége de France que l'alcool étendu détermine une simple irritation sécrétoire de la muqueuse stomacale, tandis que l'alcool pur produit une véritable gastrite.

Les accidents du côté de l'estomac sont les premiers, mais ne sont pas les seuls, ni même les plus graves qu'occasionne l'alcool. Ils peuvent être considérés comme des effets locaux dus à son action topique sur la muqueuse, avec laquelle il est mis en contact ; mais à cette action, toute locale, vient s'ajouter plus tard celle qui résulte de son absorption. M. Gallard, après avoir ainsi jeté un coup d'œil rapide sur les manifestations hépatiques de l'alcoolisme en s'appuyant sur les expériences de Ludger Lallemand, de MM. Perrin et Duroy, et sur les faits pathologiques rapportés par Magnus Huss, Peters (de New-York), Frerichs, M. Leudet et M. le professeur Gubler, termine par quelques considérations générales sur le traitement de l'alcoolisme et par quelques prescriptions utiles contre la gastrite chronique et contre les altérations secondaires du foie (opium, alcalins, craie préparée, sous-nitrate de bismuth, hydrothérapie, etc.).

Dans sa seconde leçon, M. Gallard rapporte deux cas intéressants de *rétrécissements œsophagiens*, en faisant remarquer, avec juste raison, qu'il serait préférable de réserver cette dénomination à la diminution du calibre de l'œsophage, qui résulte de la coarctation de ce conduit lui-même ou d'une de ses membranes, sauf à ajouter que les mêmes symptômes peuvent être la conséquence, soit de l'aplatissement du canal par une tumeur placée dans son voisinage, soit de l'envahissement de ses parois par le cancer. Après avoir établi cette judicieuse distinction et passé en revue les différents moyens thérapeutiques mis en usage en pareil cas, l'auteur propose un procédé de gastrotomie aussi nouveau qu'ingénieux, qui, à l'en croire, pourrait transformer cette maladie, jusqu'ici à peu près fatalement mortelle dans certaines formes, en une simple infirmité parfaitement compatible avec le bon entretien de la vie. — Le moyen est fort simple et serait même parfait s'il avait pu être mis à l'épreuve ; pour le moment il reste encore à l'état de simple conjecture, d'hypothèse rassurante en face de la triste et inévitable réalité. Il consiste à ne pratiquer la gastrotomie qu'après l'établissement préalable d'adhérences entre l'estomac et la paroi abdominale antérieure, soit à l'aide d'applications réitérées de caustiques, soit au moyen de l'introduction d'un certain nombre d'aiguilles à acupuncture. Une fois la fistule stomacale établie de la sorte, le malade continuerait à mâcher ses aliments, et, après les avoir insalivés, il les déverserait dans une sorte d'entonnoir terminé par un tube flexible pénétrant dans l'estomac par l'orifice fistuleux artificiellement produit.

L'*action du bromure de potassium dans la chorée* fait le sujet de la troisième leçon. — C'est moins dans le traitement des chorées ordinaires sur la durée desquelles ce médicament ne lui a paru exercer qu'une action fort douteuse, que dans celui des chorées graves, que le bromure de potassium lui semble indiqué. Sous l'influence de ce précieux agent, le jeune choréique dont il rapporte l'observation fut très-rapidement calmé et complétement guéri au bout de trente-quatre jours.

Les vingt pages que M. Gallard consacre à la *vaccine* constituent un des plus intéressants chapitres de son ouvrage. Après avoir relaté le célèbre exemple d'inoculation variolique pratiquée en 1717, à Constantinople, sur le fils de lady Worteby Montague, l'immortelle découverte de Jenner et les recherches moins connues du modeste pasteur français, Rabaut-Pommier, M. Gallard esquisse à grands traits la marche et l'évolution de la vaccine légitime, les caractères de la fausse vaccine, les accidents locaux qu'elle détermine, et est ainsi conduit à traiter cette question si souvent agitée et encore débattue de la *syphilis vaccinale* ou, pour être plus exact, de la syphilis compliquant la vaccine ou existant concurremment avec elle.

Se fondant sur les recherches aussi intéressantes que nouvelles du docteur Delzenne et de notre excellent collègue et ami Just Lucas-Championnière, il arrive à conclure que l'adultération du vaccin par le virus syphilitique n'existe pas ; « c'est un épouvantail, dit-il, dont vous ne devez pas être effrayés ; c'est un fantôme qui, comme tous les fantômes, s'évanouit dès qu'on le regarde de près. » Et il ajoute : « C'est pourtant sur cette seule donnée dont je viens de vous montrer le peu de consistance que l'on a fondé les attaques les plus vives et les plus passionnées qui aient jamais été dirigées contre la vaccine jennérienne, après tant d'autres attaques victorieusement repoussées. » Il ne nous appartient pas de discuter la vérité de ces conclusions, quelque absolues qu'elles puissent nous paraître, mais la triste expérience par laquelle nous venons de passer, en rendant évidente pour tous la supériorité du vaccin jennérien, nous montre en même temps la nécessité indispensable de revacciner le plus promptement possible toutes les personnes qui ont été vaccinées depuis ces trois ou quatre années. Ainsi se termine cette intéressante étude, recueillie par notre collègue et ami F. Villard, qui a également rédigé avec le soin qu'il apporte à tous ses travaux, les quatre leçons relatives à l'*hépatite* et aux *abcès du foie*, dont M. Gallard a présenté un tableau clinique très-complet. Nous ne pouvons malheureusement le suivre dans tous les détails de cette description savante, dans laquelle il embrasse successivement l'étude des symptômes du début (la douleur de l'épaule droite, l'ictère, la pâleur ictérique), des signos physiques fournis par l'exploration de l'hypochondre droit et des difficultés du diagnostic. — Après avoir ainsi tracé l'étiologie, la marche et les symptômes de l'inflammation du foie en rapportant l'histoire clinique d'un sujet affecté de cette maladie, il consacre les deux derniers paragraphes de cet important chapitre aux abcès du foie, en insistant tout particulièrement sur les conditions pathologiques qui les provoquent, sur les lésions qu'ils déterminent, sur les modes de terminaison aussi nombreux que complexes qu'ils peuvent présenter, enfin sur les procédés thérapeutiques mis en usage pour les combattre. Il termine enfin par une remarque qui n'est pas sans valeur au point de vue du pronostic et qui n'avait pas échappé à l'illustre Dupuytren. Il résulte en effet de l'ensemble des faits connus que les abcès du foie qui fournissent du pus rougeâtre lie de vin, sont susceptibles d'une guérison plus rapide et plus sûre que ceux qui fournissent un pus blanc crémeux. Les observations de Haspel confirment l'exactitude de ces données, et cet auteur trouve dans le premier cas la raison physiologique de ces différences, dans la date plus récente de la collection purulente et dans son défaut d'enkystement, qui permet aux parois du foyer de revenir plus facilement sur elles-mêmes pour le cicatriser.

Nous ne mentionnerons ici que pour mémoire les trois *leçons cliniques sur les maladies des femmes*, dont la première, consacrée à des considérations historiques pleines d'érudition, trouverait mieux sa place dans un traité de gynéecologie, auquel elle pourrait admirablement servir d'exorde ; l'autre est un excellent chapitre de pathologie interne relatif à l'anatomie pathologique du *phlegmon péri-utérin* accompagné d'une planche d'anatomie représentant le tissu cellulaire rétro-utérin; la dernière leçon enfin a pour titre : *Absence de l'utérus et du vagin* (*uterus deficiens*). Malgré

tout l'intérêt qu'elle nous présente, nous n'insisterons pas ici, car nous espérons que la prochaine publication de M. Gallard, si impatiemment attendue, nous fournira l'occasion de revenir bientôt sur ce sujet.

Précis de thermométrie clinique générale, par le docteur Da Costa Alvarenga. — Lisbonne, 1871, 217 pages. Traduction du docteur Papillaud.

Ouvrage où l'auteur a résumé les notions usuelles de la thermométrie clinique. La partie historique est traitée avec soin. Peu de vues personnelles, mais une appréciation consciencieuse de travaux modernes et des diverses théories de la chaleur animale.

Précis de chimie légale, par A. Naquet, professeur agrégé de la Faculté de médecine. — Chez Savy, 1873.

Ce petit volume de 188 pages n'a d'autre prétention que celle de guider l'expert dans les recherches chimiques, de lui donner une méthode générale applicable à tous les cas qui peuvent se présenter.

Les questions principales y sont développées avec les détails nécessaires, mais tout ce qui n'est pas absolument utile a été rigoureusement éliminé.

On y trouve successivement l'exposition des principaux procédés de destruction des matières organiques, et la marche à suivre dans les cas où il s'agit de démontrer l'existence d'une substance toxique connue ou soupçonnée, la méthode à laquelle l'expert devra se conformer quand il n'a aucun doute sur la nature du poison.

L'examen des différentes questions afférentes aux expertises chimico-légales forme la seconde partie du volume.

C'est, comme on le voit, un livre essentiellement pratique, où toutes les notions nécessaires se trouvent clairement exposées. En résumé, un livre utile.

Hygiène des Européens dans les climats tropicaux; des créoles et des races colorées dans les pays tempérés, par le docteur O. Saint-Vel, ancien médecin civil à la Martinique. — Chez Delahaye. In-18, 190 p. 1872.

Par ces temps d'émigration et de colonisation plus ou moins volontaires, l'utilité de ce petit ouvrage n'est pas contestable. Il se divise, comme son titre l'indique, en deux parties : la première regardant les Européens transportés dans les climats tropicaux, la seconde les créoles ou gens de couleur voulant s'acclimater dans les pays tempérés.

L'auteur est maître de son sujet. Toutes les sources scientifiques lui sont connues, et il joint à une érudition étendue les résultats d'une longue expérience personnelle.

On trouvera dans cet ouvrage des considérations intéressantes sur les principales endémies des pays chauds, sur l'influence des altitudes, les moyens les plus propres à favoriser l'acclimatement, etc.

L'émigrant, le voyageur, y puiseront des renseignements précieux; les médecins des conseils pratiques et autorisés sur le traitement des maladies tropicales chez des sujets qui viennent demander aux climats tempérés une guérison souvent lente et difficile.

VARIÉTÉS.

Service de santé militaire.

Au moment où le gouvernement semble vouloir dénier encore à la compétence du corps de santé militaire la direction de tout ce qui regarde le soldat malade, il n'est pas sans intérêt de signaler les faits suivants :

Armée italienne. — Par décret en date du 17 novembre 1872, le roi d'Italie vient de décider la création de médecins divisionnaires dans chaque circonscription militaire, de médecins en chef dans chaque hôpital. Les premiers sont chargés de la direction technique, administrative et disciplinaire du service de santé de la division; les seconds ont pour attribution la direction technique, administrative et disciplinaire du personnel, du matériel et du service des établissements hospitaliers.

Armée allemande. — Par décret du 24 octobre 1872, l'empereur d'Allemagne a prononcé la suppression des commissions de lazareth (composées d'un délégué du commandement, d'un médecin et d'un comptable), placées jusqu'à présent à la tête des établissements hospitaliers. A leur place sont institués des emplois de médecin en chef. Ces derniers concentreront entre leurs mains tous les pouvoirs attribués jusqu'à aujourd'hui aux commissions de lazareth. Ils exerceront la direction supérieure de l'hôpital, le commandement militaire et l'autorité disciplinaire sur tout le personnel militaire, médical et administratif; ils contrôleront la gestion et l'exploitation, auront sous leurs ordres pour le service de la caisse et des détails d'administration un personnel d'employés (inspecteurs de lazareth, soit officiers d'administration).

Faculté de médecine de Paris. — Nous avons à transmettre à nos lecteurs la nouvelle de deux élections qui nous sont particulièrement agréables, malgré nos vives sympathies pour les autres candidats. Deux de nos amis et collaborateurs viennent d'être présentés en première ligne par la Faculté pour les deux chaires vacantes.

Chaire d'anatomie pathologique. Ont été présentés : *En première ligne*, M. Charcot (24 voix sur 28); *en deuxième ligne*, M. Laboulbène (19 voix); *en troisième ligne*, M. Parrot (15 voix).

Chaire de médecine opératoire : En première ligne, M. Léon Le Fort; *en deuxième ligne*, M. Guyon; *en troisième ligne*, M. Duplay.

Concours de l'agrégation. — Deux concours pour l'agrégation, l'un sur l'anatomie, l'autre sur la chimie, se poursuivent avec beaucoup de distinction et parfois avec éclat à la Faculté de médecine de Paris. On regrettera généralement qu'il n'y ait pas trois places vacantes au lieu de deux, dans la section d'anatomie; et il y a d'ailleurs à cela une raison spéciale, c'est que la chaire d'histologie n'a pas d'agrégé; en comblant cette lacune, on aurait occasion de donner un emploi de plus au talent tout en accomplissant un acte équitable.

Cours de physique biologique. — M. le professeur Gavarret commencera ses leçons de physique biologique lundi 9 décembre, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Le professeur s'occupera cette année des *phénomènes physiques de la vision.*

Aliénés. — M. de Rességuier, au nom de la 14e commission d'initiative parlementaire, a déposé un rapport sommaire sur la proposition de M. Th. Roussel et autres, relative à la révision de la loi de 1838. La commission conclut à la prise en considération.

École de médecine de Tours. — M. Barnsby, suppléant pour les cours de chimie et d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale et matières médicale à ladite École, en remplacement de M. Leclerc, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Picot, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les cours de chimie et d'histoire naturelle.

Alexandrie, 28 novembre.

Le gouvernement annonce que les communications directes entre le Soudan et la Nubie ont été interdites à cause du choléra. Les voyageurs sont invités à ne pas remonter le Nil au delà de Thèbes. (*Times.*)

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 16 au 22 novembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 17. — Typhus, 0. — Érysipèle, 5. — Bronchite aiguë, 19. — Pneumonie, 38. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 0. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 8. — Croup, 17. — Affections puerpérales, 10. — Autres affections aiguës, 227. — Affections chroniques, 292 (1). — Affections chirurgicales, 52. — Causes accidentelles, 12. — Total, 705.

— Le même Bulletin, du 23 au 29 novembre 1872 :

Variole, 0. — Rougeole, 5. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 17. — Typhus, 0. — Érysipèle, 13. — Bronchite aiguë, 33. — Pneumonie, 50. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes en-

(1) Sur ce chiffre de 292 décès, 147 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

fants, 2. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 10. — Croup, 16. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 269. — Affections chroniques, 306 (1). — Affections chirurgicales, 48. — Causes accidentelles, 16. — Total, 798.

Londres : Décès du 10 au 16 novembre 1872, 1183. — Variole, 13; rougeole, 7; fièvre scarlatine, 14; diphthérie, 6; croup, 13; coqueluche, 32; fièvre typhoïde, 20; érysipèle, 11; diarrhée, 15; bronchite, 149; pneumonie, 81.

Londres : Décès du 16 au 23 novembre 1872, 1277. — Variole, 13; rougeole, 11; fièvre scarlatine, 23; croup, 19; coqueluche, 26; fièvre typhoïde, 14; diarrhée, 14; bronchite, 177; pneumonie, 171.

Rome : Décès du 4 au 10 novembre 1872, 183. — Fièvre typhoïde, 6; variole, 5; rougeole, 3; diphthérie et croup, 4; pneumonie, 11; bronchite, 5.

Bruxelles : Décès du 3 au 9 novembre 1872, 64. — Scarlatine, 1; bronchite et pneumonie, 7; entérite et diarrhée, 4.

Bruxelles : Décès du 10 au 16 novembre 1872, 75. — Variole, 1 rougeole, 2; scarlatine, 3; croup et angine, 1.

Florence : Décès du 27 octobre au 2 novembre 1872, 101. — Fièvre typhoïde, 5; bronchite et pneumonie, 9; variole, 2; diphthérie, 8; diarrhée, 2.

(1) Sur ce chiffre de 306 décès, 167 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Paris. — SOMMAIRE. Académie de médecine : Le seigle ergoté et les sages-femmes. — **Travaux originaux.** Séméiotique : Du double souffle intermittent crural dans l'insuffisance aortique. — **Revue clinique.** Pathologie externe : De l'ostéite envisagée au point de vue de l'accroissement des os. — **Sociétés savantes.** Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de chirurgie. — **Revue des journaux.** Thérapeutique du tremblement. Injections hypodermiques arsenicales. — Sur l'anatomie des lymphatiques de la peau. — Un cas de rétention d'urine causée par une lésion d'un rein unique situé dans la cavité pelvienne. — **Bibliographie.** Essai expérimental sur la locomotion humaine. — Index bibliographique : Leçons de clinique médicale. — **Variétés.** Service de santé militaire. — **Feuilleton.** Étude médico-légale sur la folie. — Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Étude médico-légale sur la folie, par A. Tardieu. In-8 de 610 pages, avec 15 fac-simile d'écriture d'aliénés. J. B. Baillière et Fils. 7 fr.

Traité de chirurgie d'armée, par L. Legouest. 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8 de XII-800 pages, avec 149 figures intercalées dans le texte. J. B. Baillière et Fils. 14 fr.

De la thrombose cardiaque dans la diphthérie, par le docteur Beverley. In-8. A. Delahaye. 2 fr. 50

Recherches expérimentales sur la circulation dans les artères coronaires, par le docteur Rebatel. In-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

Étude critique sur la digitaline au point de vue chimique et physiologique, par le docteur Blaquart. In-8. A. Delahaye. 2 fr.

Essai sur la diurèse et les diurétiques, par le docteur Verdun. In-8. A. Delahaye. 1 fr. 75

Guide pratique à l'usage des médecins pour l'analyse des urines et des calculs urinaires, par le docteur Henri Marais. 1873. 1 vol. grand in-8 de 167 pages, avec figures dans le texte, une table de courbes et une planche lithographiée. F. Savy. 3 fr. 50

Des kystes hydatiques du cœur, par le docteur Louis de Welling. 1872. 1 vol. in-8 de 80 pages. F. Savy. 1 fr. 50

Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs, par Amb. Tardieu. 6e édition. 1 vol. in-8 de 304 pages, avec 4 planches gravées. J. B. Baillière et Fils. 4 fr. 50

De la sacro-coxalgie, par le docteur Delens. In-8, avec 3 planches en lithographie. A. Delahaye. 3 fr.

Des applications de l'histologie à l'obstétrique, par le docteur Chantreuil. In-8. A. Delahaye. 3 fr. 50

Étude sur la température dans la phthisie pulmonaire, par le docteur Bilhaut. 1 vol. in-8, avec 4 planches. A. Delahaye. 2 fr.

Mémoire sur le paraphimosis, par le docteur Mauriac. 1 vol. in-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

Contribution à l'étude des tumeurs du testicule, par le docteur Nepveu. 1 vol. in-8, avec 2 planches en chromolithographie. Adrien Delahaye. 2 fr. 50

Traitement préservatif et curatif des sédiments de la gravelle, de la pierre urinaire et de diverses maladies dépendant de la diathèse urique, par le docteur Auguste Mercier. 1 vol. in-12. A. Delahaye. Broché 7 fr. Cartonné 8 fr.

Maladies de l'oreille. Exploration de l'oreille à l'état physiologique et pathologique. Examen devant les conseils de révision des sujets qui sont ou se prétendent atteints de surdité, par le docteur Lévy. 1 vol. in-8, avec 3 planches en chromolithographie. A. Delahaye. 3 fr. 50

Traité de pathologie interne et de thérapeutique, par F. de Niemeyer. 8e édition. Nouvelle édition française faite sur la huitième et dernière édition de l'ouvrage allemand modifié et augmenté. Seule traduction de la dernière édition allemande. 2 vol. gr. in-8. 1872. H. Lauwereyns. 20 fr.

Application de l'engrais chimique à l'horticulture d'ornement, conférence faite au Jardin d'acclimatation du bois de Boulogne, le 9 juillet 1872, par M. le docteur Jeannel. In-8 de 16 pages. J. B. Baillière et Fils. 0 fr. 50

La vaccine et la petite vérole dans le département du Tarn en 1870 et 1871, rapport présenté à M. le préfet du Tarn par le docteur Paul Lalagarde. Gr. in-8 de 63 pages. J. B. Baillière et Fils. 1 fr. 50

Traitement complémentaire et prophylactique du lymphatisme et de la scrofule confirmée. 64 observations à l'appui, par le docteur de Larroque. In-8. A. Delahaye. 3 fr. 50

Impressions de voyage d'un médecin. Londres, Stockholm, Pétersbourg, Moscou, Nijni-Novgorod, Méran, Vienne, Odessa. Lettres adressées à la *Gazette médicale de Paris* par le docteur de Valcourt. 1 vol. in-8. A. Delahaye. 1 fr. 50

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par L. Gosselin. 1873. Tome Ier, 1 vol. in-8 de XI-720 pages, avec figures intercalées dans le texte. J. B. Baillière et Fils. (Tome II payé à l'avance). 24 fr.

Iconographie photographique des centres nerveux, par J. Luys, médecin de la Salpêtrière. Livraisons 1 et 2. Gr. in-4. Texte, feuilles 1 à 4; explication des planches, feuilles 1 à 3; photographies, I à XXXI; schémas lithographiés, I à XXXV. J. B. Baillière et Fils. Cartonnés 60 fr.

Voyage aux îles Gambier, archipel de Mangarèva (possessions françaises de l'Océanie), par M. Gilbert Cuzent. 1 vol. in-8, avec 6 planches. G. Masson. 3 fr. 50

Revue des sciences naturelles, publiée sous la direction de MM. E. Dubreuil et E. Heckel. Tome 1, n° 1. Asselin. Prix de l'abonnement annuel. 20 fr.

Du cancer de la langue, par le docteur Théophile Anger. Grand in-8, avec planches. Asselin. 3 fr.

Éude sur les races indigènes de l'Australie, par le docteur Paul Topinard. 1 vol. in-8. G. Masson. 3 fr.

Des plaies et de la ligature des veines, par le docteur Nicaise. Grand in-8. Asselin. 2 fr. 50

De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique par courants induits et par courants galvaniques interrompus et continus, par le docteur Duchenne (de Boulogne). Troisième édition entièrement refondue. 1 vol. in-8 de XII-1120 pages, avec 255 figures et 3 planches noires et coloriées. J. B. Baillière et Fils. 18 fr.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 12 décembre 1872.

DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE EN FRANCE : L'AGRÉGATION DANS LES FACULTÉS. — APPLICATION DES INJECTIONS INTERSTITIELLES A L'ÉTUDE DES FONCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX : M. BEAUNIS.

Les publications relatives à l'enseignement de la médecine en France se multiplient dans ces derniers temps. Si cette question qui sollicite beaucoup de bons esprits paraît s'imposer plus particulièrement en ce moment, c'est que l'heure semble propice pour des réformes dont la nécessité se fait sentir depuis longtemps. La GAZETTE accueille avec faveur tous les travaux qui paraissent apporter à cette étude un contingent sérieux, et c'est à ce titre que nous voulons aujourd'hui examiner le mémoire rédigé collectivement par les agrégés de la Faculté de médecine de Montpellier. Nous approuvons tout d'abord cette collaboration jusqu'à un certain point impersonnelle qui laisse toute liberté à la discussion et permet d'aborder sans embarras les côtés quelquefois un peu délicats d'un sujet auquel on est directement intéressé.

Le mémoire a pour titre : *De l'enseignement de la médecine en France ; — l'agrégation dans les facultés de médecine.* Il est présenté sous forme d'adresse à l'Assemblée nationale (commission de la réorganisation de l'enseignement de la médecine ; révision de la législation de l'an XII).

Il se divise en deux parties. La première ne nous intéresse que secondairement. Les auteurs commencent par affirmer que l'institution de l'agrégation est en pleine décadence, et que sa vitalité périclite. Ils en trouvent la preuve dans le nombre relativement minime des candidats qui se sont présentés en 1872. A Paris 7 concurrents seulement se sont disputé 5 places vacantes dans l'agrégation en chirurgie. En médecine 7 places n'ont trouvé que 17 candidats. — A Montpellier, la proportion des candidats est encore moindre ; et nous voyons que deux places dans la section des sciences physiques n'ont rencontré qu'un compétiteur.

Ce nombre restreint de candidats, au moins en ce qui concerne la Faculté de Paris, ne nous paraît pas aussi fâcheux qu'aux auteurs du mémoire. Les épreuves du concours de l'agrégation sont particulièrement pénibles. Le candidat, sous peine de s'exposer à y jouer un triste rôle, est obligé de se préparer de longue main et de s'assimiler complétement des connaissances fort variées. C'est un dur labeur devant lequel beaucoup de jeunes médecins, et des mieux doués, reculent dès l'abord, sachant d'avance tout le temps qu'ils devront y consacrer, au détriment d'occupations plus sûrement rémunératrices. Remarquons en outre que le nombre des candidats varie peu, en médecine tout au moins, quel que soit le nombre des places. Il semble que sous ce rapport le concours de l'agrégation prélève un nombre de compétiteurs à peu près égal sur chaque génération médicale.

Nous ne prétendons pas cependant nier la valeur de l'argument. Il est certain qu'une récompense plus grande de leurs travaux attirerait plus de joûteurs ; mais ce n'est pas la seule raison à invoquer pour expliquer cette pénurie de candidats.

Les auteurs du mémoire ont fait une large part à l'historique de la question, et nous ne pouvons qu'indiquer les développements dans lesquels ils sont entrés sur la fondation, l'organisation, le fonctionnement des universités, l'origine et le rôle des écoles préparatoires, l'institution du concours, celle de l'agrégation et les différentes phases qu'elle a traversées.

Cette exposition critique les conduit à démontrer la nécessité d'une réforme. Mais ce n'est pas tout de détruire. Il faut réédifier. Les agrégés de Montpellier l'ont compris et la deuxième partie du mémoire contient l'exposé complet d'un projet d'organisation nouvelle ; c'est là ce qui doit spécialement nous intéresser.

C'est vers l'Allemagne que se tournent tout d'abord leurs regards. C'est à ses institutions qu'ils demanderont le plan des réformes fondamentales qu'ils jugent nécessaires. Nous sommes loin de leur en faire un reproche. Il faut prendre l'enseignement et la vérité là où ils se trouvent, et il est certain que sur bien des points nous avons tout lieu d'être modestes. Donc, nos auteurs étudient avec soin l'organisation du corps enseignant dans les Facultés de médecine allemandes. Cette partie de leur travail est extraite, comme ils ont soin de le dire, des rapports de MM. Jaccoud et Courty. La GAZETTE a publié, dans leur temps, ces rapports sur lesquels nous n'avons pas à revenir. Laissant de côté la liberté *absolue* de l'enseignement supérieur pour laquelle ils professent dès l'abord peu de sympathie, les agrégés de Montpellier exposent les principes qui devraient être introduits dans un plan de réorganisation de l'enseignement de la médecine en France.

Ces principes sont au nombre de quatre :

1° Liberté et priviléges ;
2° Professeur payé par l'élève ;
3° Choix libre du professeur ;
4° Création d'un nouveau grade scientifique.

La liberté s'entend de l'indépendance absolue de l'enseignement supérieur dans toutes les institutions universitaires. Chacune de ces institutions doit former une corporation de professeurs intéressés à conserver à leur compagnie la plus haute position et la plus grande prospérité possibles.

Chaque Faculté aurait en outre son autonomie administrative ; serait assimilée à une personne civile, pouvant hériter, acquérir, disposant de ses ressources, réglant ses programmes et nommant ses professeurs, sous l'approbation du gouvernement.

La rémunération du professeur par l'élève permettra au premier de trouver dans son enseignement des avantages matériels que l'État ne saurait lui attribuer. Il est impossible au-

jourd'hui au professeur de vivre de son enseignement. Il doit partager son temps entre l'école et les obligations d'une clientèle lucrative. Dans l'immense majorité des cas, il y a dans cette position des exigences qui se combattent et se gênent mutuellement. Combien de maîtres se consacreraient exclusivement à leur chaire si la pratique ne s'imposait à eux comme une nécessité brutale ! Dans ces existences surmenées où trouver place pour les travaux de longue haleine? Quelles que soient les répugnances un peu outrées que soulèvent chez nous ces questions, il faut bien les aborder, et beaucoup voient dans leur solution l'avenir scientifique de nos Facultés.

Quant à l'élève, les frais de son instruction n'en seraient pas plus élevés. Il suffit de comparer les frais universitaires des Facultés allemandes ou autrichiennes avec ceux qui sont imposés à nos étudiants. La différence est minime et n'est même pas en notre faveur.

La réalisation pratique de ce principe serait simple. Son application est faite autour de nous, et depuis longtemps, et tout le monde y paraît trouver avantage.

Cette mesure entraînerait naturellement celle qui la suit, c'est-à-dire le choix libre du professeur. Mais le choix suppose plusieurs professeurs enseignant les mêmes matières. Or, le nombre des titulaires ne pouvant être augmenté dans une proportion suffisante, il faut y suppléer par un enseignement en quelque sorte collatéral. Le *privat docent* allemand a le droit d'enseigner à côté du professeur. L'élève est libre d'opter entre les deux. Cette institution fonctionne régulièrement en Allemagne. A première vue elle paraîtrait devoir s'acclimater difficilement chez nous, au moins dans les conditions d'indépendance absolue sans lesquelles elle ne saurait exister.

Toutes ces mesures, d'après les auteurs du mémoire, ne peuvent être applicables dans nos Facultés sans quelques innovations préalables. Considérant que le diplôme de docteur en médecine a un caractère particulièrement professionnel et qui le rend fort peu comparable, au point de vue de la valeur scientifique, au doctorat ès sciences ou au doctorat en droit, ils proposent de créer pour l'enseignement supérieur un nouveau grade : le *doctorat ès sciences biologiques*, précédé d'une licence. Ce grade serait obligatoire pour tout médecin voulant faire partie du corps enseignant. Ce serait la sanction des hautes études scientifiques.

L'épreuve de la thèse, aujourd'hui exigée pour le doctorat en médecine, serait supprimée.

On voit quel chemin nos auteurs ont fait à propos de l'agrégation. C'est qu'en effet toutes les questions d'enseignement sont connexes. L'une mène à l'autre et les solutions ne peuvent pas être isolées.

Revenons donc aux agrégés et terminons par l'exposé de l'enseignement médical tel qu'il est proposé par nos novateurs.

Tout docteur en médecine peut faire un cours dans une Faculté de l'État. Il lui suffit d'avertir la Faculté et de demander son autorisation. La valeur de ce cours est appréciée par une commission composée d'un professeur et de deux agrégés. S'il y a lieu, on accorde au candidat le titre de *bénévole* et on l'inscrit dans telle ou telle section. Son enseignement est alors donné dans les amphithéâtres de la Faculté.

Les *bénévoles* pourvus du diplôme de docteur ès sciences biologiques peuvent seuls concourir pour l'agrégation. Quand la Faculté le juge nécessaire, elle institue un concours. Dans ce concours, les candidats sont classés par ordre de mérite. Les premiers sur la liste remplissent les places vacantes. Les autres concurrents, s'ils ont atteint un maximum de points fixé à l'avance, attendent les vacances, jouissant, sauf le traitement fixe, des prérogatives (?) de l'agrégation. Les agrégés sont nommés à vie; leur retraite est fixée. Ils font des cours d'enseignement pratique et théorique et un cours facultatif où ils peuvent traiter les matières dont ils s'occupent spécialement. En somme, leur position est agrandie et améliorée.

Les professeurs sont nommés au choix parmi les agrégés désignés par ces rapports. La Faculté les présente et l'État les nomme. Leurs honoraires se composent d'un fixe, des frais d'examen et du payement des cours.

Tel est le projet, fort étudié, que présentent les agrégés de la Faculté de Montpellier et dont nous ne pouvons que donner les grands traits. On voit qu'il s'agit d'une réforme complète de notre mode d'enseignement.

En présence de la position fâcheuse de l'agrégé condamné à une inaction presque absolue au moment même où il pourrait rendre le plus de services à l'enseignement, on a surtout cherché à élargir son rôle, à utiliser dans une plus grande mesure des forces vives aujourd'hui négligées. Bien des points de détail soulèvent des difficultés; mais l'ensemble du projet est animé d'un esprit véritablement progressif. C'est un cadre nouveau, offrant un champ plus vaste à de nobles ambitions qu'il faut encourager à tout prix, et à une activité scientifique qui ne trouve à se dépenser qu'en dehors de la Faculté. Nous ne voulions aujourd'hui que le faire connaître.

—Une note de M. Beaunis appelle l'attention des physiologistes sur un procédé expérimental que l'auteur présente comme nouveau, et à propos duquel il avait envoyé, en 1868, à l'Académie de médecine, un pli cacheté dont l'ouverture a été faite le 23 juillet. Aujourd'hui, M. Beaunis publie les résultats des premières expériences pratiquées par lui. Le procédé a pour but de remplacer la piqûre ou la section des diverses parties du système nerveux central par une destruction localisée. Ce résultat serait parfaitement atteint par les injections interstitielles. A cet effet, on pratique dans le crâne de l'animal, à l'aide d'un perforateur, un trou fin dans lequel on introduit une canule à trocart qui pénètre plus ou moins profondément dans la substance cérébrale. Le trocart retiré, on visse sur la canule le piston d'une seringue de Pravaz et l'on injecte quelques gouttes d'une substance irritante qui est colorée à l'aide de carmin. L'auteur a expérimenté avec des solutions de soude caustique, de perchlorure de fer, d'acide sulfurique. Il a pratiqué plus de vingt-quatre expériences, qui prouvent les avantages du procédé, en particulier la possibilité de pénétrer dans des parties de l'organe situées profondément sans déterminer de lésions graves sur le trajet de la piqûre, en conservant pour ainsi dire l'intégrité des parties sus-jacentes au foyer de destruction. Enfin les injections sont applicables aux grands animaux, et, produisant des désordres relativement peu considérables ne compromettent pas l'existence immédiatement, et permettent ainsi une observation prolongée.

A notre avis, les expériences paraissent prouver aussi que les injections interstitielles ne sont pas très-faciles à délimiter rigoureusement dans leur action, et il faudra une grande habileté opératoire pour les localiser à volonté ; d'ailleurs cette difficulté existe tout aussi bien pour les piqûres. Jusqu'à présent ces expériences ne sont que des essais; car elles ne pourraient encore servir à résoudre quelque point de la physiolo-

gie cérébrale. Le procédé, en tous cas, est très-bon à connaître; il sera certainement utilisé; il l'a même été déjà par M. Fournié qui, le 12 novembre dernier, a employé un procédé analogue à celui de M. Beaunis, c'est-à-dire les injections interstitielles de chlorure de zinc coloré par l'aniline.

Les faits observés par M. Fournié achèvent de démontrer l'importance de ce mode d'expérimentation. Reste la question de nouveauté du procédé; M. Beaunis, sur ce point, a le mérite d'avoir mis en relief les avantages des injections interstitielles appliquées à l'étude physiologique du cerveau; mais la voie avait été déjà explorée avant lui. Ainsi, en 1868, Hayem, dans sa thèse sur l'encéphalite, a rapporté des expériences qu'il avait faites dans le laboratoire de Vulpian et dans lesquelles, voulant produire l'inflammation du tissu cérébral, il introduisait dans le cerveau, à l'aide d'une canule, des substances irritantes, telles que l'iode métallique, le bromure de potassium et même la poudre de cantharide.

La première de ces expériences a été pratiquée en février 1868. Toutes ont été publiées en mai 1868.

Poumeau et Bouchard, en 1866, avaient d'ailleurs appliqué la cautérisation directe par le chlorure de zinc à l'étude de l'inflammation du cerveau. Tous ces faits prouvent en définitive qu'un procédé expérimental ne doit sa valeur et son intérêt qu'à l'emploi qui en est fait et à l'importance des découvertes qu'il met en lumière. Nous ne doutons pas qu'il n'en soit ainsi pour l'avenir du procédé étudié par M. Beaunis.

— On a souvent cité des cas d'incubation longue de la vaccine, qui n'ont guère rencontré qu'incrédulité. En voici un plus extraordinaire que les autres et que, en toute franchise, nous n'aurions pas songé à relever (persuadé qu'il n'aurait séduit personne) s'il n'avait été accueilli par l'Académie de médecine de Belgique, non-seulement sans objection, mais avec faveur; à ce point que l'auteur de cette observation inouïe a été prié, par vote, « de continuer à envoyer ses travaux à l'Académie ». Il s'agit simplement d'une incubation de *deux cent deux jours*, pas un de moins. Le docteur Kums revaccine le 21 février 1871 madame M..., âgée de quarante-sept ans, son mari et une parente. Le résultat est positif chez les deux derniers sujets, nul chez le premier. Le 11 septembre suivant, un vésicatoire est posé au bras de madame M..., et « l'on voit apparaître, un peu au-dessus du lieu où se trouvait le vésicatoire, deux beaux boutons de vaccin, qui, le 3 octobre, étaient à la période de suppuration ». *Impossible de s'y tromper*, dit l'auteur, qui ne juge pas même opportun d'essayer le liquide des pustules sur un enfant. C'est, suivant lui, l'excitation provoquée par l'exutoire qui a réveillé ce virus endormi.

Inutile de chercher une autre explication de ce fait, de supposer par exemple une erreur de diagnostic, ou le dépôt fortuit de virus vaccinal sur le vésicatoire; ce ne serait toujours que des suppositions; nous nous bornons à laisser au savant rapporteur du mémoire et à l'Académie belge la responsabilité de leur approbation.

COURS PUBLICS

Clinique médicale de la Charité. Leçon d'ouverture faite le 28 novembre 1872, par M. Ch. Bouchard, agrégé, suppléant de M. le professeur Bouillaud.

Messieurs, c'est pour moi un honneur et une confusion de paraître dans cet amphithéâtre, illustré par les hommes les plus éminents de la médecine française, de parler à cette place où, il y a quelques années, vous veniez écouter le magistral enseignement que vous donnait M. le professeur Bouillaud, dans ce noble et beau langage que n'oublieront pas ceux qui ont eu le bonheur de l'entendre.

Messieurs, je suis un des nouveaux venus de la Faculté; je suis un inconnu pour la plupart d'entre vous. Vous avez le droit de demander qui je suis; j'ai le devoir de satisfaire à votre légitime curiosité.

C'est d'ailleurs une habitude presque classique que celui qui assume la lourde responsabilité de donner l'enseignement expose à ceux qui lui font l'honneur de l'écouter le plan qu'il se propose de suivre, la méthode qu'il veut employer, les principes généraux qui doivent le guider dans la recherche ou dans l'exposition des faits qui sont la matière de cet enseignement.

Je sais bien qu'on n'accorde qu'une médiocre confiance à ces exposés de principes, et que beaucoup considèrent comme décevantes ces promesses du début. J'aurais préféré, si je dois vous parler de doctrines, le faire à la fin de cet enseignement. Nous aurions pu alors, jetant un coup d'œil en arrière, saisir dans leur ensemble les notions générales qui auraient pu se dégager de l'interprétation quotidienne des faits particuliers. Mais l'habitude contraire a prévalu; je ne veux pas me soustraire à cette obligation traditionnelle.

Je vais donc vous faire ma profession de foi. Je la ferai en toute sincérité. Il n'y aura pas grand mérite à cela; la chose n'est plus périlleuse aujourd'hui, grâce au progrès qui s'est accompli dans les esprits sous le rapport de la tolérance philosophique.

La première question, la seule que l'on posait autrefois dans nos écoles à celui qui abordait l'enseignement public, était celle-ci : De quel côté allez-vous prendre place, dans quel camp allez-vous vous ranger, à quelle doctrine appartenez-vous, organicisme ou vitalisme? La question était précise, délimitée, je crois pouvoir dire qu'elle était singulièrement étroite. Telle qu'elle est je ne veux pas l'éluder.

Organicisme! Certes, messieurs, vous me jugeriez avec sévérité et vous me jugeriez avec justice si dans cet amphithéâtre encore tout plein des grands souvenirs de l'organicisme, si dans cette chaire où ont été proclamées les principales conquêtes de la médecine moderne je venais m'inscrire en faux contre la doctrine organicienne. Organicien, je le suis comme doivent l'être, comme le sont en réalité tous ceux qui ne sont pas restés étrangers aux progrès, je ne dirai pas de la médecine, mais simplement de la physiologie moderne. Je ne m'attarderai pas à vous dire qu'il n'est pas de fluxion de poitrine sans lésion du poumon, qu'il n'est pas de fièvre typhoïde sans altérations intestinales, qu'il n'est pas d'apoplexie sans un trouble quelconque du cerveau. Mais voyez comme le nombre des maladies dites *sine materia* se réduit chaque jour depuis que le microscope nous a révélé tant de désordres inattendus. Je dis plus : les maladies qu'on ne connaît encore que par des troubles fonctionnels s'accompagnent d'une altération matérielle. C'est qu'il est d'autres altérations matérielles que celles qui portent sur le volume ou la coloration des organes, sur la forme ou le nombre des éléments anatomiques. Et si je dis qu'il n'existe pas de maladies fonctionnelles sans altérations matérielles, c'est qu'il n'existe pas de fonction sans une modification matérielle de l'organe qui entre en fonctionnement. Prenons quelques exemples. Un muscle se contracte : au moment même il cesse d'être matériellement semblable à ce qu'il était à l'état de repos. Sa substance, qui était neutre, devient acide, le sang qui le traverse est plus chargé d'acide carbonique. La substance musculaire a donc subi une modification chimique. Un nerf entre en activité : il transporte vers le centre une impression qui s'est produite à son extrémité périphérique. A ce moment même sa substance subit également une modification, et cette modification se traduit par un changement dans l'état électrique du nerf. Je vais plus loin. Non-seulement tout acte fonctionnel

spécial s'accompagne actuellement d'une modification matérielle; mais l'état de vie, l'acte vital quel qu'il soit, est indissolublement lié à une transformation matérielle de la substance vivante, à une mutation moléculaire incessante. Si tout phénomène physiologique suppose une modification matérielle, il en est de même nécessairement pour tout phénomène physiologique dévié, je veux dire pour tout acte morbide.

En résumé, l'observation nous montre que dans l'immense majorité des maladies on trouve une lésion organique, et l'analogie nous oblige à admettre que même les maladies fonctionnelles s'accompagnent d'une modification matérielle des organes malades. Avec une telle conception de la médecine on a, je crois, le droit de se déclarer organicien.

J'aborde la seconde question. Que faut-il penser du vitalisme? La question est délicate, mais le temps est venu de la traiter en toute liberté d'esprit.

Le corps vivant présente des phénomènes qui relèvent de la physique et de la chimie ordinaires. Il se fait à la surface pulmonaire des échanges gazeux semblables à ceux que le physicien observe à la surface des membranes inertes. Il se fait dans le tube digestif des transformations de matière que le chimiste peut reproduire dans ses appareils. Mais les êtres vivants offrent à considérer d'autres phénomènes qui ne sont pas réductibles aux phénomènes physiques ou chimiques du monde inorganique; c'est là ce que l'on a appelé *phénomènes d'ordre vital*. Prenons encore quelques exemples. Je vous parlais tout à l'heure de la conductibilité nerveuse; cet état de la substance nerveuse qui gagne de proche en proche pour s'étendre à toute la longueur du tube nerveux, c'est assurément un état physique du nerf, c'est bien là un phénomène de conductibilité analogue, mais non pas semblable à la conductibilité des corps pour la chaleur et pour l'électricité. A quel état physique pourrait-il être assimilé? Pas même à la conductibilité électrique : car nous savons expérimentalement comment les nerfs conduisent l'électricité. Ils la conduisent avec la même rapidité que le fil électrique ordinaire, avec cette rapidité qui défie presque le calcul, tandis que la vitesse avec laquelle se transmet une impression dans un nerf n'atteint pas 16 mètres par seconde. A défaut d'autre différence, cette remarque suffit pour établir une distinction radicale entre les deux phénomènes. Cette conductibilité nerveuse c'est, je le répète, un état physique, mais c'est un phénomène d'une physique toute spéciale et particulière, je ne dirai pas à toute substance organisée, mais aux tubes nerveux et je dois ajouter aux tubes nerveux vivants. Encore un autre exemple : un élément anatomique vit, la matière qui le constitue subit une incessante transformation chimique; des molécules venues du dehors le pénètrent et s'incorporent à sa substance, d'autres molécules l'abandonnent qui servaient à le constituer. C'est bien là assurément un phénomène d'ordre chimique, mais d'une chimie toute spéciale et que les chimistes ne réaliseront pas. Je sais bien qu'ils ont fait de l'urée, et qu'ayant fait de l'urée ils pourront faire de l'albumine; je veux qu'ayant fait une matière organique ils arrivent un jour à faire de la matière organisée : ce qu'ils ne feront jamais c'est de la matière organisée vivante, c'est-à-dire une matière où le mouvement moléculaire artificiellement imprimé se perpétue, tellement que cette matière subisse une incessante mutation tout en restant la même, et qu'elle garde sa forme et sa composition, bien que les molécules qui la constituent se renouvellent sans cesse.

Je rencontre ici une objection qui peut avoir traversé votre esprit. Ces phénomènes, dira-t-on, sont assurément particuliers aux êtres vivants, mais la force qui les produit est la même qui produit les phénomènes communs des êtres inorganisés. L'instrument est différent, la manifestation de la force diffère, et cette même force qui, dans le monde inorganique, nous apparaît tantôt comme chaleur, tantôt comme mouvement, tantôt comme électricité, se traduit chez les êtres vivants par ces phénomènes que vous appelez vitaux. Messieurs, c'est bien possible; il ne m'est pas démontré qu'il n'y a pas des forces qui agitent le monde inorganique et qui puissent intervenir dans les actes de la vie, mais je vous ferai remarquer que j'ai parlé jusqu'à présent de phénomènes vitaux et jamais de force vitale, et je serais très-désireux qu'on ne m'obligeât pas à parler des forces ou de la force qui régente le monde inorganique. Je reste dans la constatation pure et simple des faits. Faire intervenir les forces à titre de réalités substantielles c'est introduire le point de vue métaphysique dans cette discussion que je me suis efforcé de maintenir sur un tout autre terrain, celui de l'observation.

C'est au nom de l'observation pure, sans me préoccuper de l'interprétation ni de la systématisation, c'est en empruntant sa méthode à l'école positiviste, que je parle, quand je dis qu'il y a chez les êtres vivants des phénomènes irréductibles aux phénomènes du monde inorganique. Messieurs, si vous donnez à cette croyance le nom de vitalisme, je vous dirai que je suis vitaliste. Je serai ainsi vitaliste à la façon de notre éminent physiologiste M. le professeur Claude Bernard, qui dans son enseignement n'a jamais compris autrement que je viens de le faire les phénomènes spéciaux aux êtres vivants. Si je me déclare en ce moment vitaliste dans le sens que je viens d'indiquer et avec la signification rigoureuse et précise que j'ai donnée au mot, je n'oublie pas que j'ai fait tout à l'heure profession de foi d'organicien, et je ne crois pas qu'il y ait là une sorte d'évolution dont vous ayez à vous scandaliser. Je maintiens que si l'on veut se reporter aux définitions que je vous ai données il n'y a pas contradiction entre ces deux idées : organicisme et vitalisme. Ce sont deux notions d'ordre différentes, absolument étrangères l'une à l'autre et qui ne se rencontrant par aucun point ne peuvent par conséquent pas être incompatibles. Quand je dis qu'une modification matérielle accompagne tout acte morbide, quand je dis d'autre part que les êtres vivants présentent des phénomènes qui leur appartiennent exclusivement, j'émets deux propositions différentes mais nullement contradictoires. Cependant, dans le langage ordinaire, vous voyez sans cesse opposer l'un à l'autre les deux mots organicisme et vitalisme. « Que de disputes de moins dans le monde, disait Pascal, si l'on pouvait s'entendre sur les mots! » En effet, nous subissons la domination des mots, et grâce à eux nous nous heurtons sans cesse à quelque équivoque.

Ici l'équivoque vient de ce qu'on a changé la signification des mots, de ce que ces mots n'expriment plus les notions déduites de l'observation des faits, l'équivoque résulte précisément de l'intrusion de la métaphysique dans cette question. C'est en effet l'introduction du point de vue métaphysique qui a rendu ces deux idées incompatibles et qui a établi la scission entre les organiciens et les vitalistes. Cette scission devait s'opérer le jour où les continuateurs de Barthez, oubliant la réserve du fondateur de la doctrine, ont affirmé qu'il existait une puissance indépendante qui obligeait les organes à exécuter ce que nous appelons les actes vitaux, ont proclamé la réalité d'un principe vital. Les organiciens, plus préoccupés des notions objectives, devaient être naturellement conduits à affirmer en sens contraire. Ainsi, cette intervention illégitime de la métaphysique a divisé la médecine en deux écoles rivales, je dirai mieux, en deux Églises ennemies qui devaient avoir nécessairement leurs dogmes immuables et leurs intolérances sacerdotales. Pour nous, qui nous dégageons absolument de la préoccupation métaphysique, nous croyons pouvoir concilier les deux doctrines au risque d'encourir un double anathème.

Pour les organiciens exclusifs et les vitalistes absolus la divergence s'est accusée de plus en plus; elle n'est pas restée purement doctrinale. Plus frappés de l'importance des altérations anatomiques, les organiciens avaient un vaste champ à défricher; ils sont entrés résolûment dans la voie de l'analyse et ont pu marcher de découvertes en découvertes. Peu distraits par ce travail de détail, les vitalistes réservaient leur temps et leur activité pour une étude plus synthétique, et, dédaigneux des travaux de l'heure présente, ils gardaient le souvenir des

travaux du temps passé. Tandis que les organiciens, fiers de leurs conquêtes, croyaient pouvoir se contenter de leur propre richesse, les vitalistes recueillaient une succession en déshérence; à défaut d'autres prétendants, ils prenaient possession du bien accumulé par le labeur des siècles antérieurs et devenaient les gardiens de la médecine traditionnelle. On peut dire des vitalistes qu'ils ont été riches surtout de la richesse de leurs prédécesseurs, mais on doit leur savoir gré de n'avoir pas dédaigné une semblable fortune. C'est donc chez eux que nous trouvons, mais à vrai dire ce n'est pas à eux que nous empruntons, certaines idées générales fécondes, telles que la spontanéité, la finalité — expressions malheureuses et quelque peu provocantes, mais qui indiquent cependant des notions utiles, — et cette doctrine du rôle prépondérant de l'individu dans la production des phénomènes morbides, doctrine qui certes ne leur appartient pas en propre et qui vous est enseignée dans une des cliniques de cette Faculté avec tant d'autorité et de raison par l'un de mes maîtres, M. le professeur Béhier. Cette fortune, c'est le patrimoine commun. Nous surtout, qui maintenons la prévalence de l'observation pure sur les systèmes, nous pouvons revendiquer nos droits d'héritiers légitimes dans la succession de la médecine empirique.

Messieurs, j'ai nommé la médecine empirique. J'emploie le mot dans toute la dignité de sa signification étymologique. Cette expression, je l'emprunte à M. le docteur Charcot, à un de mes maîtres auquel, je me fais gloire de le proclamer, je dois en grande partie et ce que je sais et ce que je suis. Qu'est-ce donc que la médecine empirique? C'est cette médecine qui, sans préoccupation de système et se bornant à la constatation pure des faits, a édifié, par une lente et laborieuse observation, l'histoire de l'étiologie, de la symptomatologie, du pronostic des maladies. C'est cette médecine à laquelle, par un abus de langage, on oppose la médecine scientifique, et que j'oppose à ce que j'appellerai plus justement la médecine systématique. C'est à l'époque des querelles de l'école de Cnide et l'école de Cos qu'elle a pris son origine : c'était la grande époque de la Grèce, c'était le temps des heureuses audaces où l'intelligence humaine, s'attaquant aux questions les plus diverses, atteignait un si haut degré de connaissances. C'est dans ce siècle qu'Euclide, prenant pour point de départ la conception la plus simple, la notion de la ligne droite, s'élevait par la puissance seule du raisonnement à la détermination des formes géométriques les plus compliquées, à leur mesure, à leur équivalence. On pensait alors qu'il en était de toutes les sciences comme des mathématiques, qu'on pouvait procéder à priori, qu'en allant du connu à l'inconnu, du simple au composé, on pouvait édifier un système sur toute chose. Dans les choses de la médecine on ne s'en fit pas faute. Les Cnidiens excellaient dans cet exercice de gymnastique intellectuelle; et il faut admirer la prudente réserve et la sagesse presque héroïque des médecins de l'école hippocratique qui surent résister à l'entraînement général et se consacrer exclusivement à l'observation sévère, religieuse des faits. Cette école, à travers des hasards variés et des fortunes diverses, s'est perpétuée jusqu'à nous, apportant cette collection de faits d'ensemble ou de détail que chaque siècle accumulait et qui forme le véritable et légitime patrimoine de la médecine. Les médecins des deux derniers siècles ont coopéré à ces progrès, et ce qu'Hippocrate avait fait, surtout pour les maladies aiguës, notre siècle s'efforce de le faire pour les maladies chroniques. Ce n'est pas que la méthode n'ait subi quelques modifications, mais le fond est resté le même. Plus synthétique au début, elle est devenue plus analytique. C'est une conséquence nécessaire des progrès qui s'accomplissaient parallèlement dans d'autres branches de la science. Au temps d'Hippocrate, la physiologie n'existait pas, l'anatomie était à l'état d'enfance. Hippocrate ne voyait l'organisme que par sa surface, il n'était pas habitué comme nous le sommes à voir les organes pour ainsi dire par transparence; son observation était tout extérieure, mais j'ose dire que personne ne l'a surpassé en vérité. Ce qu'il faisait pour l'ensemble, nous le faisons pour les parties constituantes. Nous n'étudions pas mieux que lui l'expression du visage, l'attitude du corps, la coloration de la face; mais quand, à son exemple, nous examinons les forces, la chaleur du corps, la respiration, les urines, les sueurs, les déjections, l'expectoration, nous y apportons plus de détails et de précision. Nous ne nous bornons pas à demander au sens du toucher des renseignements souvent trompeurs sur la température de la peau; un instrument d'une rigoureuse précision nous permet d'apprécier l'inégale répartition de la chaleur à la surface du corps et dans sa profondeur. Nous connaissons la température des organes centraux, la température du sang, nous en apprécions les variations aux différentes périodes de la maladie, aux diverses heures de la journée. Nous n'étudions pas seulement le nombre et la profondeur des mouvements respiratoires, nous en pouvons apprécier la forme et l'intensité, nous arrivons à connaître la quantité de l'air inspiré, la composition de l'air expiré. Il ne nous suffit plus de constater la couleur des urines ou l'abondance des dépôts qui s'y forment, nous mesurons leur quantité, leur densité, nous savons ce qu'elles enlèvent chaque jour à l'organisme et nous faisons l'étude chimique de chacun des principes qui les constituent. Nous multiplions ainsi les objets de notre observation et nous faisons cette observation avec plus de détails et à l'aide de méthodes plus rigoureuses. A l'impression fugitive que peuvent laisser à l'observateur tant de symptômes mobiles, nous substituons par la méthode graphique une vue d'ensemble des principaux symptômes envisagés dans leurs relations réciproques et dans leurs variations à travers toute la durée de la maladie. Vous jugerez peut-être que, grâce à la rigueur des moyens qu'elle met en œuvre, cette médecine d'observation a bien le droit aujourd'hui de se dire scientifique.

C'est à cette médecine d'observation que nous devons la connaissance des crises, et vous savez que les travaux analytiques contemporains ont donné une pleine consécration aux assertions des médecins hippocratiques.

La médecine empirique a su aborder l'étude de la nature des maladies, ou, si ce mot vous paraît en contradiction avec les principes que j'exposais tout à l'heure, disons qu'elle a abordé l'étude des parentés morbides. En suivant la succession des maladies par voie d'hérédité dans une même famille, en suivant cette succession chez un même individu par voie de substitution, elle a pu dire, sans s'expliquer sur la nature intime de ces maladies : telle et telle maladie sont de même nature.

La médecine empirique a d'ailleurs singulièrement étendu son domaine : l'anatomie pathologique lui appartient. Je m'explique : Quand nous examinons un malade atteint de pneumonie, nous arrivons, à l'aide des moyens physiques d'investigation, à constater le siége du mal, sa profondeur, son étendue. nous savons quelle modification a subie la densité de l'organe, nous ébauchons ainsi l'anatomie pathologique sur le vivant, et quand le malade succombe, quand nous découvrons l'organe malade, nous ne faisons que continuer l'observation commencée avant la mort.

Enfin, messieurs, malgré les tentatives très-honorables et souvent utiles de la thérapeutique dite scientifique, la médecine empirique n'est-elle pas encore notre meilleur guide dans le traitement des maladies?

Une méthode qui, par des procédés rigoureux, conduit à des résultats indiscutables, peut-elle bien être avec justice considérée comme le contre-pied de la médecine scientifique?

Ses conquêtes sont indestructibles, car les faits bien observés restent et résistent à l'assaut des systèmes. La médecine systématique, au contraire, n'a pour histoire que l'histoire de ses déceptions.

Je dois être juste cependant : la médecine systématique n'est pas responsable de tout un passé d'erreur; elle a été fausse parce qu'elle ne pouvait pas être autrement, et je me permettrais de dire qu'il aurait mieux valu qu'elle ne fût pas,

si elle ne répondait à un besoin impérieux de notre esprit. Le temps approche, le temps est peut-être venu où elle pourra édifier des théories durables, car elle dérive de la physiologie, et cette science est entrée depuis peu dans sa période positive.

La médecine systématique, en effet, procède tout autrement que la médecine empirique. Pour elle, la médecine à proprement parler n'existe pas; elle n'a pas son autonomie, elle n'est qu'une résultante. On part de l'état normal, soit anatomique, soit physiologique, et par les modifications que peut subir cet état, on arrive à la conception de l'état pathologique. Ce que j'ai attaqué ce n'est pas cette façon d'envisager la médecine, c'est cette méthode qu'on prétendrait imposer pour la recherche des phénomènes pathologiques. Remarquez d'ailleurs qu'une semblable méthode suppose une connaissance exacte et complète de l'anatomie et de la physiologie, et que si nous nous rapprochons du but nous ne l'avons pas encore atteint. Vous comprendrez dès lors qu'elle n'offre pas encore un moyen assuré d'arriver à la vérité, et vous vous expliquerez surtout les avortements des tentatives antérieures à l'époque contemporaine.

Une telle médecine, en tout cas, ne saurait se passer de la médecine empirique; elle en a besoin comme contrôle et comme modérateur. Sans elle, elle périrait encore misérablement. Elle n'a d'ailleurs et n'aura de longtemps qu'un champ d'action fort limité. Si certaines maladies peuvent être déduites de la physiologie, et je ne le nie pas, on reconnaîtra sans peine, je l'espère, que dans la plupart des cas la pathologie ne peut pas se faire avec l'aide exclusive de la physiologie. Vous pouvez posséder des notions exactes et complètes sur l'anatomie et la physiologie de la rate, la structure et les fonctions des vaisseaux peuvent n'avoir pour vous aucun mystère; j'accorde que vous avez une connaissance parfaite de la composition du sang et de l'activité de ses éléments, je vous demanderai, avec M. Littré, comment le séjour dans un lieu marécageux produit la fièvre intermittente. Le rôle véritable, le rôle légitime de la physiologie n'est pas de créer la pathologie, c'est de l'interpréter.

Toute science à ses débuts se signale par des excès et par d'inévitables lacunes, et si je vous signale les excès et les lacunes de la médecine systématique, ce n'est pas que j'aie contre elle un parti pris. Je vous disais tout à l'heure qu'elle répond à un besoin impérieux de notre esprit. Nous sommes tourmentés, en effet, par l'insatiable curiosité de savoir le pourquoi et le comment des choses. Le fait observé ne nous suffit pas, il nous faut à tout prix l'expliquer; nous ne sommes ni assez indifférents ni assez stoïques pour ne chercher rien au delà de la constatation pure et simple des phénomènes; nous voulons savoir leurs relations, leur mécanisme. Quand la physiologie est inexacte ou incomplète, nous forgeons des systèmes imaginaires; nous n'évitons pas toujours cet écueil quand nous possédons des notions physiologiques plus précises. C'est surtout en nous interdisant les systèmes à priori où l'on déduit la pathologie de la physiologie que nous aurons chance d'échapper à l'erreur. Les théories à posteriori qui livrent à l'interprétation physiologique le fait pathologique empiriquement constaté peuvent seules être profitables. Mais ici encore que de déceptions je pourrais signaler. Et cependant, croyez-le bien, les médecins et les physiologistes ne se laisseront pas décourager. La physiologie renouvellera ses tentatives d'interprétations, elle profitera des échecs antérieurs pour éviter de nouvelles erreurs, et je ne doute pas qu'elle réussira un jour à nous fournir une systématisation acceptable. Mais, quelque séduisantes que soient ces conquêtes, n'oubliez pas que l'interprétation ne prévaudra jamais contre le fait. Gardez donc cette médecine empirique qui nous donne la certitude, et quand, pour atteindre à une conception plus élevée des choses, vous formulerez une théorie physiologique, rappelez-vous que vous bâtissez une hypothèse, hypothèse acceptable peut-être, mais qui ne saurait se passer du contrôle de l'observation.

Messieurs, si j'ai réussi à exprimer toute ma pensée, je vous ai fait voir notre science médicale portée et soutenue par deux courants, je ne dirai pas contraires, mais différents. Sa marche progressive est la résultante de cette double impulsion. Il en est de même dans toutes les manifestations de l'activité humaine. Il est des esprits audacieux, téméraires quelquefois, qui se lancent en avant sans avoir toujours reconnu le terrain sur lequel ils s'engagent. D'autres marchent plus lentement et s'efforcent de ralentir la fougue d'éclaireurs trop impatients. On avance en tout cas. Celui qui aborde les régions inexplorées, qui découvre les aperçus nouveaux, ouvre la voie. Celui qui n'avance qu'à bon escient empêche de s'engager dans une voie mauvaise. Le mouvement d'ensemble résulte de ce double effort; le progrès est à ce prix. La découverte d'un fait nouveau ce n'est pas le progrès, c'est le premier élément du progrès. Le progrès n'existe que lorsque l'idée nouvelle est devenue l'opinion moyenne.

Dans cette marche vers le progrès, où devons-nous prendre rang? Nous ne serons pas parmi les tirailleurs d'avant-garde. Ce qu'un travailleur isolé peut se permettre est interdit à celui qui a charge d'enseignement. Nous ne serons pas parmi ceux qui cherchent à entraver le mouvement. Nous regarderons vers l'avenir, prêts à vous faire profiter des conquêtes nouvelles, mais il nous arrivera parfois de jeter un coup d'œil en arrière, afin de juger, d'après la voie parcourue, de la direction que nous devons garder. Si vous me permettez d'emprunter au langage parlementaire un mot qui exprime bien ma pensée et qui indique la situation que je désire prendre, je vous dirai que je suis *centre gauche*, et sous ce rapport je crois que je ne cesse pas d'être Français.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Médecine expérimentale.

Recherches expérimentales sur le traitement de l'asphyxie. Mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 2 décembre 1872, par M. G. Le Bon.

Les expériences consignées dans ce travail ont pour but: 1° d'étudier la valeur des divers moyens thérapeutiques en usage contre les diverses formes d'asphyxie, notamment l'asphyxie par submersion; 2° de rechercher s'il n'y aurait pas contre l'asphyxie des moyens plus puissants que ceux en usage jusqu'ici; 3° de déterminer s'il n'existerait pas des causes physiologiques rendant impossible le retour des asphyxiés à la vie après un certain temps.

Le résultat de mes recherches peut se résumer de la façon suivante:

Le moyen le plus en vogue aujourd'hui contre l'asphyxie, celui que pratiquent les personnes qui suivent les instructions et emploient les instruments des boîtes de secours est *l'insufflation pulmonaire.* L'expérience démontre que ce procédé doit être rejeté complétement. Si, en effet, on se borne à placer le tube de l'insufflateur dans la bouche, l'air va dans l'estomac et non dans le poumon, et l'insufflation est inutile. Si l'on parvient à introduire le tube de l'insufflateur dans le larynx, ce qui est difficile, l'insufflation, à moins qu'elle ne soit pratiquée par une main très-exercée, sachant proportionner la quantité d'air à injecter à l'état de la circulation, n'est plus seulement inutile, elle devient nuisible. L'introduction d'une grande quantité d'air dans le poumon a pour résultat, non pas de produire des déchirures pulmonaires, comme on le dit quelquefois, mais simplement de dilater considérablement les vésicules de cet organe, et par suite de comprimer les capillaires pulmonaires et de contribuer ainsi à augmenter la gêne de la circulation, toujours entravée dans l'asphyxie. Du reste, la respiration artificielle permettant, sans aucun appareil, d'introduire dans le poumon un volume d'air suffisant, il ne peut jamais y avoir utilité à recourir à l'insufflation.

La respiration artificielle pratiquée par la méthode de Sylvester, qui consiste simplement, comme on le sait, à se placer derrière l'asphyxié et à élever ses bras de façon à les amener derrière la tête, ce qui élève les côtes et dilate le thorax, puis à les ramener le long du corps, ce qui abaisse les côtes, permet d'introduire dans le poumon un volume d'air plus que suffisant pour les besoins de l'asphyxié, ainsi qu'on peut s'en convaincre par des expériences cadavériques. Introduire beaucoup d'air dans les poumons alors que la circulation est gênée est, pour la raison indiquée plus haut, toujours nuisible; une très-minime quantité d'air est suffisante, attendu que, par suite du ralentissement de la circulation, la masse de sang qui arrive au contact de la surface pulmonaire est fort réduite et n'a besoin que de très-peu d'air pour être suffisamment oxygénée.

La compression du sternum, conseillée par la plupart des auteurs comme complément de la méthode de respiration précédente, dans le but d'augmenter la quantité d'air à introduire dans le poumon, est essentiellement dangereuse. L'expérience prouve, en effet, que lorsque les mouvements du cœur sont ralentis, la moindre pression sur lui arrête immédiatement ses battements. Pour cette raison, les diverses méthodes de respiration artificielle, dans lesquelles on comprime la poitrine de l'asphyxié avec les mains, un bandage ou des poids, doivent être rigoureusement proscrites comme ne pouvant avoir d'autre résultat que d'achever rapidement les asphyxiés sur lesquels on les emploie.

De quelque façon qu'on introduise de l'air dans les poumons d'un asphyxié, par insufflation pulmonaire ou par respiration artificielle, que cette dernière soit pratiquée comme nous l'avons vu plus haut ou par faradisation des nerfs phréniques, l'expérience prouve que l'introduction de l'air est complétement inutile quand la circulation est arrêtée, ce qui, dans l'asphyxie par submersion, arrive au bout de quatre ou cinq minutes environ. On comprend facilement en effet que, quand il y a stagnation du sang dans les poumons, l'introduction de l'oxygène y soit tout à fait sans objet, puisque les globules immobilisés ne peuvent plus aller porter aux éléments des organes l'oxygène qu'ils ont absorbé.

Si, sur un lapin récemment asphyxié par immersion, et dont le cœur ne bat plus, on enlève avec précaution une portion de sternum et des côtes suffisante pour qu'on puisse apercevoir facilement les mouvements du cœur, qu'on introduise ensuite une aiguille dans cet organe et qu'on mette son extrémité en rapport *permanent* avec un des pôles d'une pile de Daniell de plusieurs éléments, ou d'une petite bobine d'induction, l'autre pôle étant dans le rectum, on voit, pendant toute la durée du passage du courant, les battements du cœur s'arrêter ou se ralentir.

Si l'on répète la même expérience sur un lapin préparé comme nous venons de le dire, et dont le cœur bat faiblement, ou même ne bat plus depuis quelque temps, mais qu'au lieu de laisser l'aiguille en rapport *permanent* avec le pôle de la bobine ou de la pile on la touche seulement une fois toutes les secondes, *soit avec le rhéophore de la pile, soit avec celui de la bobine*, on voit immédiatement les battements du cœur se réveiller s'ils sont éteints, ou s'accélérer s'ils étaient seulement ralentis.

Si, sur un lapin récemment asphyxié et dont les mouvements respiratoires sont presque éteints ou suspendus, on enfonce une aiguille dans le diaphragme et qu'on la mette en rapport *permanent* avec un des pôles d'une pile de Daniell de quarante éléments ou d'une bobine, l'autre pôle étant toujours dans le rectum, on ne produit aucun mouvement respiratoire si ces derniers sont complétement suspendus, ou on les arrête entièrement s'ils continuaient encore; mais si l'on touche d'une façon *intermittente* l'aiguille, soit avec le rhéophore de la pile, soit avec celui de la bobine, on produit un mouvement respiratoire à chaque contact. En la touchant 20 à 30 fois par minute, on produira 20 à 30 mouvements respiratoires dans cet intervalle.

Les courants d'induction et les courants continus produisent donc exactement les mêmes effets sur le cœur et sur le diaphragme, dont ils peuvent à volonté arrêter ou réveiller les mouvements suivant la façon dont on les emploie. Les expériences précédentes indiquent nettement les causes de la divergence des résultats obtenus par divers physiologistes dans ces dernières années.

Le conseil donné par les prescriptions du conseil de salubrité de ne pas chauffer au delà de 17 degrés le local où l'on soigne les noyés, de même que la recommandation faite par M. P. Bert, dans son récent ouvrage sur la respiration, d'éviter soigneusement de réchauffer les asphyxiés, sont complétement contraires aux enseignements de l'expérience. Un lapin âgé de dix jours, resté huit à dix minutes sous l'eau, ce qui est suffisant pour arrêter les mouvements du cœur, et que la respiration artificielle et l'électricité sont presque toujours impuissantes à ranimer, se ranime, après l'essai inutile de ces moyens, si on le plonge jusqu'au cou dans un bain dont la température est élevée graduellement de 37 à 48 degrés. Si ce qui est vrai pour le lapin l'est aussi pour l'homme, la chaleur, employée comme il vient d'être dit, sera sans doute le plus puissant des moyens à mettre en usage dans la mort apparente des nouveau-nés.

En répétant la même expérience sur un lapin adulte, c'est-à-dire en le soumettant, après un séjour de huit à dix minutes sous l'eau, à un bain élevé graduellement de 37 à 48 degrés, on n'obtient d'autre résultat que d'amener rapidement chez lui la rigidité cadavérique; mais si, au lieu de plonger l'animal adulte asphyxié dans un bain à la température précédente, on le maintient dans un bain exactement à la température de son corps, soit 37 degrés environ, on reconnaît que les divers moyens usités contre l'asphyxie, respiration artificielle, électricité, etc., sont beaucoup plus efficaces que lorsqu'on les pratique à la température ordinaire, ce qui était du reste physiologiquement facile à prévoir.

Par les divers moyens en usage contre l'asphyxie, on pourra ramener à la vie un animal qui aura séjourné de dix minutes à un quart d'heure dans de l'acide carbonique; mais jamais, quels que soient les moyens employés, on ne ramènera à la vie un lapin qui aura séjourné quatre à cinq minutes sous l'eau. Les courants continus les plus puissants peuvent rétablir artificiellement les mouvements du cœur et ceux du diaphragme, mais ils sont impuissants à rappeler la vie. Il faut donc renoncer aux espérances fondées sur leur emploi, et qui attendaient toujours, du reste, la confirmation de l'expérience; car, à l'exception de l'énoncé en quelques lignes des observations faites par Aldini en 1806, sur des animaux noyés, on ne trouve aucune indication à ce sujet dans les travaux modernes.

Si l'on recherche les causes physiologiques de l'impossibilité de ramener à la vie les animaux asphyxiés par submersion, après un délai très-court, on reconnaît, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs dont les observations ont sans doute été faites sur des animaux ouverts longtemps après la mort, que le cœur d'un animal adulte qui a séjourné quatre à cinq minutes sous l'eau sans respirer *contient toujours des caillots noirs volumineux*. Réveiller les mouvements du cœur qui ne bat plus est, comme nous l'avons vu, facile, mais forcer les caillots énormes que le cœur contient, et qui font l'office de bouchons, à franchir les capillaires, est évidemment tout à fait impossible. Tant qu'on n'aura pas résolu le difficile problème de dissoudre ces caillots, on ne réussira jamais à ramener à la vie un individu qui aura séjourné quatre à cinq minutes au plus sous l'eau. Les faits fort rares de sujets ramenés à la vie après un séjour prolongé sous ce liquide ne peuvent s'expliquer qu'en admettant que l'individu plongé dans le liquide a éprouvé, par frayeur ou par toute autre cause, une brusque syncope, et par suite que les mouvements du cœur et de la respiration se sont suspendus, ce qui l'a empêché de faire des efforts pour respirer et l'a soustrait, par conséquent, aux effets de la submersion.

REVUE CLINIQUE.

Pathologie externe.

OBSERVATION D'OSSIFICATION INTRA-MÉDULLAIRE, par E. SPILLMANN, agrégé au Val-de-Grâce.

Les propriétés ostéogéniques de la moelle ont été tour à tour acceptées, puis rejetées par les physiologistes et les pathologistes les plus éminents. Un remarquable article critique, inséré dans les numéros 25 et 28 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE (année 1872) par M. Paul Redard, nous dispense d'insister sur l'historique de cette importante question.

Nous nous bornerons à relater un fait qui s'est passé sous nos yeux, fait qui vient se joindre aux observations de Delore, de Decroizelle, de Demarquay et de Verneuil, pour démontrer que la moelle est susceptible d'une ossification complète.

OBSERVATION. — Paul Bonnard, soldat au 39ᵉ de marche, eut le fémur fracturé par une balle, 5 centimètres au-dessus de l'articulation du genou, le 2 décembre 1870, à la bataille de Loigny. Transporté au château de Villepion, le blessé fut amputé au tiers inférieur, le 9 décembre. A cette époque, dit-il, la cuisse était très-enflée; elle avait doublé de volume. Cependant la réaction fut très-faible, et le blessé conserva un excellent appétit jusqu'au 30 décembre, bien qu'il fût dans des conditions hygiéniques déplorables, manquant de linge et n'étant nourri que de viande de cheval et de pain. A partir du 1ᵉʳ janvier, l'appétit diminua. Le 10 du même mois, le malade, en proie à une diarrhée des plus intenses et à un état de faiblesse extrême, fut évacué sur l'ambulance de Dourdan.

Sous l'influence de conditions hygiéniques plus favorables, l'état général s'amenda; mais au commencement de février le fémur commença à faire hors des chairs une saillie de 2 ou 3 millimètres; en même temps des abcès survinrent autour du moignon.

Dans les premiers jours de mars, les abcès se tarirent et le malade put se lever et rester assis une partie du jour. Le 1ᵉʳ avril il put marcher dans sa chambre avec des béquilles.

Le 5 avril, il se sentit assez fort pour essayer une promenade dans la rue, mais le lendemain la cuisse augmenta de volume. Le 14 avril, on ouvrit un abcès situé à 15 centimètres au-dessus de l'extrémité du moignon. Du 14 avril au 10 mai quatre abcès se formèrent dans le voisinage du premier et furent ouverts successivement.

Le 14 mai, l'ambulance de Dourdan étant fermée, le blessé fut recueilli par le docteur Bals, qui lui donna, en même temps que ses soins, la plus large hospitalité.

Au commencement du mois d'août, la cuisse prit un volume énorme depuis le pli de l'aine jusqu'à l'extrémité du moignon; une ouverture, pratiquée à la partie la plus déclive donna issue à une grande quantité de pus, pus qui provenait manifestement, par un long trajet, de la partie supérieure de la cuisse. Les pressions exercées de haut en bas activent l'écoulement et le font apparaître quand il a cessé momentanément. Un bandage, descendant de la racine de la cuisse vers l'extrémité du moignon, rapproche les parois de l'abcès.

A la fin du mois d'août, la cuisse a repris un volume à peu près normal et le blessé peut de nouveau marcher avec des béquilles. Cependant le fémur fait une saillie de plus en plus considérable hors des chairs; mais il ne remue aucunement lorsqu'on cherche à l'ébranler avec des pinces.

Vers le milieu de septembre, le séquestre devient légèrement mobile.

Le 11 octobre 1871, le blessé quitte la maison hospitalière du docteur Bals pour se rendre à Paris. Il jouit d'une parfaite santé et se croirait guéri sans la saillie du fémur, saillie qui l'inquiète à juste titre.

Quelques jours plus tard survient un phlegmon qui force Bonnard à entrer au Val-de-Grâce dans notre service. De profondes incisions donnent issue au pus. Dès que les phénomènes inflammatoires sont apaisés, nous faisons des tentatives pour extraire le séquestre; il nous est facile de lui imprimer des mouvements de rotation d'un quart de cercle et même de l'attirer au dehors dans une étendue de 15 millimètres, mais les tractions les plus énergiques ne peuvent rien obtenir de plus. Nous eûmes un instant la pensée de faire des incisions pour mettre à nu l'os nécrosé et l'enlever, mais, d'une part, les sensations éprouvées pendant les tractions, et, d'autre part, les abcès développés à plusieurs reprises vers la racine de la cuisse, nous firent supposer que le séquestre remontait jusqu'au niveau du petit trochanter. Cette considération nous fit remettre une opération qui devenait trop sérieuse relativement à l'état général du malade; d'ailleurs nous avions tout lieu d'espérer que des tractions modérées, mais souvent répétées, nous conduiraient au but.

Le 6 décembre, le blessé fut atteint de pourriture d'hôpital, et nous obtempérâmes à son désir en le renvoyant à la campagne, chez M. Bals. La pourriture disparut en quinze jours sous l'influence du changement de lieu, et peut-être aussi sous l'influence de la médication camphrée.

De nouveaux abcès survinrent dans le courant de janvier et de février 1872.

Le 8 mars, le docteur Bals retira *de l'intérieur du séquestre* un fragment parfaitement cylindrique, mou à sa périphérie, dur à son centre.

De nouveaux abcès survinrent encore et, le 29 mars, on put extraire un séquestre comprenant toute la circonférence du fémur et mesurant une longueur de 21 centimètres.

A partir de ce moment, tous les accidents disparurent. Le 21 juin, Bonnard, parfaitement guéri, était en état de faire un long trajet pour nous apporter les pièces retirées de son moignon.

Ces pièces sont au nombre de deux, l'une extraite le 29 mars, l'autre extraite le 8 mars.

La première est un cylindre creux de 21 centimètres de longueur, représentant exactement la forme de la diaphyse du fémur, et n'offrant aucune solution de continuité.

La seconde est un cylindre plein qui, après dessiccation, mesure 7 centimètres de longueur sur un diamètre de 12 millimètres. Son apparence et sa consistance sont celles du tissu osseux; l'examen microscopique démontre l'existence d'un os parfaitement organisé. Cet os ne peut pas être un fragment de la diaphyse du fémur, puisque nous retrouvons celle-ci tout entière dans le séquestre; il est donc de formation nouvelle et il est de la dernière évidence qu'il s'est développé aux dépens de la moelle. Le périoste n'a pu intervenir, puisqu'il est séparé de la pièce osseuse dont nous parlons par toute l'épaisseur de la diaphyse nécrosée; d'ailleurs le périoste a joué ici son rôle habituel en contribuant à former un nouvel os qui remplace celui qui est éliminé.

Nous considérons donc cette observation comme une preuve évidente des propriétés ostéogéniques de la moelle, au moins dans les cas où cette substance a été soumise à une irritation prolongée. Des doutes pourront s'élever au sujet de l'interprétation des faits que nous venons de signaler, mais l'examen des pièces que nous avons déposées dans le riche musée du Val-de-Grâce les fera disparaître, nous en avons l'intime conviction.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

SUR LA CHALEUR ANIMALE. — Une nouvelle discussion s'établit entre M. *Claude Bernard* et M. *Bouillaud*. Cette discussion est tout historique et porte sur les expériences et la doctrine de Lavoisier relative à la source de chaleur animale.

« 1° D'une part, dit M. Bouillaud, je me suis assuré avec une certitude en quelque sorte mathématique, que Lavoisier, à toutes les époques où il a traité de la chaleur animale, en avait placé, de la manière la plus explicite, le foyer dans le poumon.

» 2° J'ai constaté, d'autre part, que ce grand chimiste n'avait, dans aucun de ses nombreux travaux sur cette matière, signalé cette nouvelle théorie, en vertu de laquelle il ne s'opérerait, au sein du poumon, qu'un échange de gaz oxygène et de gaz hydrogène entre le sang et l'air expiré, et non une combustion proprement dite, une oxydation des principes combustibles du sang rapporté au poumon par l'artère pulmonaire.

» 3° Enfin, j'ai vainement cherché, dans les écrits de Lavoisier sur la combustion respiratoire, un passage où il fût formellement déclaré que la combustion productrice de la chaleur animale s'opérait là où M. Claude Bernard, de concert, dit-il, avec tous les savants modernes, en a placé le foyer.

M. Claude Bernard a demandé la parole pour la séance

suivante; mais il voudrait, de la part de son confrère, *des faits* et *des objections expérimentales.*

Du rôle des gaz dans la coagulation du lait et la rigidité musculaire. Mémoire de MM *Ed. Mathieu* et *D. Urbain.* — La coagulation du lait et la rigidité des muscles présentent de nombreuses analogies : dans les conditions habituelles, la caséine et la musculine éprouvent cette première altération dans un milieu donnant la même réaction, et dont l'acidité, due au même acide, est précédée d'une oxydation. L'absorption de l'oxygène serait, d'après les expériences des auteurs, la cause de l'acidité qui s'observe normalement. L'acide lactique, en effet, qui se rencontre dans le lait et dans les muscles coagulés à l'air ou dans le vide, est un produit d'oxydation du sucre. Une solution de glycose ou de lactose, à laquelle on ajoute un fragment de caséine, ou bien des *penicillium*, se transforme en acide lactique en absorbant de l'oxygène et en dégageant de l'acide carbonique. Pour montrer que l'acide lactique est l'agent de la coagulation, les auteurs ont fait des expériences, non sur le tissu, trop complexe, des muscles, mais sur la caséine lavée et dégraissée. Ils pensent que si la coagulation musculaire n'est pas due à l'acide lactique, elle l'est au moins à l'acide carbonique, car la globuline est coagulée à froid par l'acide carbonique. Il est vrai que les animaux qui meurent d'inanition, ou d'une autre mort détruisant la matière glycogène et le glycose dans l'organisme, sont pris, immédiatement après la mort, de rigidité, avec une *alcalinité* très-manifeste et persistante des muscles; mais c'est encore là le résultat d'une oxydation. La fermentation dite alcaline d'une substance albuminoïde, privée de matières sucrées, est caractérisée par une absorption d'oxygène, un dégagement d'acide carbonique et une production d'ammoniaque très-marquée. A la température ambiante, une solution de caséine pure, additionnée d'un des agents de la fermentation lactique (*penicillium*), et placée dans une atmosphère limitée, a absorbé en sept jours $8^{cc},80$ d'oxygène et dégagé $5^{cc},17$ d'acide carbonique. Sa réaction était très-alcaline, cependant elle s'est coagulée partiellement. Par conséquent, à défaut de sucre, les substances azotées peuvent s'oxyder et éprouver, bien qu'ammoniacales, le phénomène de la coagulation. » (*Commiss.* : MM. Dumas, Boussingault, Cl. Bernard.)

Acide phénique.— M. Déclat adresse une nouvelle note sur le traitement des fièvres intermittentes par l'acide phénique. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Phylloxera. — M. *A. Laliman*, M. *A. Vidal* adressent divers documents relatifs à la question du *Phylloxera.* (Renvoi à la commission.)

Histoire de la médecine. — M. *Bouchut* adresse un ouvrage portant pour titre : *Histoire de la médecine et des doctrines médicales* (2e édition).

Des effets thérapeutiques du silicate de soude, par MM. *A. Rabuteau* et *F. Papillon.* — Il résulte d'une observation de M. *Dubreuil* que le silicate de soude, injecté dans la vessie sous forme d'une solution au 200e, est très-efficace contre la paralysie vésicale; et MM. Marc Sée et Gontier ont entrepris des expériences, qui paraissent favorables, sur l'emploi de ce sel en injections dans la blennorrhagie. MM. Rabuteau et Papillon ajoutent :

« En ce qui concerne l'injection dans la vessie et les diverses applications topiques, le silicate est recommandable au plus haut point. Il tend, aussi bien sur l'organisme que dans les vaisseaux d'un laboratoire ou sous l'objectif du microscope, à détruire, en un temps variable, les globules de pus, les parasites microscopiques, les particules et corpuscules organisés qui provoquent les corruptions de toute sorte; et cette action s'exerce à des doses même très-faibles, celle de 50 centigrammes, par exemple, pour 100 grammes d'eau. Nous pensons qu'il mériterait d'être spécialement expérimenté dans certaines maladies de la peau.

» Nous aurons l'honneur, disent les auteurs, de communiquer prochainement à l'Académie la suite de nos études sur cette importante question, où l'art de guérir profitera des moyens suggérés tout d'abord par l'examen des problèmes les plus abstraits de la physiologie générale.

Sur les propriétés antifermentescibles du silicate de soude (deuxième note), par M. *Picot.* — D'une série d'expériences sur la fermentation *en dehors de l'organisme* (alcoolique indirecte, lactique, ammoniacale et putride (urine, viande, sang), et sur les fermentations *dans l'organisme* (transformation de la matière glycogène en glycose, et blennorrhagie uréthrale chez la femme), l'auteur tire la conclusion suivante :

« De tous ces faits il semble résulter que le silicate de soude arrête d'une manière certaine, et à très-petite dose, la fermentation putride, qu'il retarde d'autres fermentations, qu'il détruit les globules rouges en dehors de l'organisme, qu'il s'oppose à la transformation en glycose de la matière glycogène du foie; qu'enfin il aurait une grande efficacité dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale chez la femme. Dans une prochaine communication, je montrerai son action sur les fermentations expérimentales produites au sein de l'organisme, ainsi que son action physiologique. »

Fermentation alcoolique, par M. *A. Béchamp.* — Ce travail est une revendication de priorité. L'auteur cherche à établir que le premier il a mis en lumière les deux points essentiels, savoir : 1° que des ferments organisés et vivants peuvent naître dans des milieux dépourvus de matières albuminoïdes; 2° que les phénomènes de fermentation par ferments figurés, considérés au point de vue que M. Dumas avait formulé en 1844, sont essentiellement des actes de nutrition.

Fermentation. — MM. *A. Béchamp* et *A. Estor* réclament par des citations l'honneur d'avoir démontré depuis longtemps non-seulement que les cellules peuvent se comporter comme des ferments, mais qu'elles sont en elles les parties qui jouent ce rôle.

Recherches expérimentales sur le traitement de l'asphyxie, par M. *G. Le Bon.* (Voyez aux *Travaux originaux.*)

Borax et silicate de potasse. — M. *Champouillon* adresse une note sur les effets produits par le borax et le silicate de potasse sur les trempes de malt. Les résultats, conformes à ceux que M. Dumas a signalés, ne lui ont rien fourni, il le regrette, qui permît d'utiliser ces sels pour la conservation des extraits de malt destinés aux usages thérapeutiques.

Académie de médecine.

Séance du 10 décembre 1872. — Présidence de M. Barth.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements des Alpes-Maritimes, de la Gironde et du Tarn. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Sail-sous-Couzan (Loire), par M. le docteur *Gilbert*, et de l'hôpital thermal militaire d'Amélie les-Bains (Pyrénées-Orientales). (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a.* Une lettre de M. le docteur *Beaunis*, accompagnant l'envoi d'une note imprimée sur l'application des injections interstitielles à l'étude des fonctions des centres nerveux. Ces expériences ont été faites en 1868 à la Faculté de médecine de Strasbourg. — *b.* Une lettre de candidature de M. *Mégnin*, pour une des places vacantes de correspondant dans la section de médecine vétérinaire.

M. *Béclard* signale parmi les pièces de la correspondance imprimée un album de planches photographiques d'histologie, d'anatomie normale et pathologique, adressé par l'office général des chirurgiens du département de la guerre de Washington (États-Unis).

M. *Béhier* présente un volume intitulé : Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de Lariboisière, par M. le docteur *Jaccoud.*

M. *Larrey* dépose sur le bureau un mémoire sur une épidémie de dysentérie observée au 8e dragons, par M. le docteur *Debausseaux*, médecin major.

M. le ministre de l'instruction publique a répondu avec empressement à la demande que lui avait adressée l'Académie au sujet du remarquable mémoire de MM. *Léon Soubeiran* et *Dabry de Thiersant* sur la matière médicale des Chinois. Une

lettre de M. le ministre fait savoir que cet important travail sera publié très-prochainement dans les Archives des missions.

Élection. — Il s'agissait de remplacer un éminent physiologiste, M. le professeur *Longet*. La section présente : en première ligne, M. *Armand Moreau;* en deuxième ligne, M. *Luys;* en troisième ligne, M. *Philippeaux*.

L'Académie a ratifié cette liste en donnant, sur 78 votants, 43 suffrages à M. A. Moreau, 31 à M. Luys et 4 à M. Philippeaux.

M. Moreau est élu.

Rapport sur le prix Orfila pour l'année 1872. — L'Académie a été bien inspirée le jour où elle a renoncé pour les rapports des prix à la pratique aussi stérile que mystérieuse du comité secret, et décidé que désormais ces rapports seraient lus, hormis les conclusions, *coram populo*, en séance publique. Cette mesure, outre ce qu'elle a d'intelligent, de libéral et d'éminemment conforme aux règles de l'équité, présente encore l'incontestable avantage de faire connaître à l'auditoire des travaux d'un mérite réel et d'une grande importance.

En faisant cette réflexion, nous ne craignons certainement pas d'être contredit par ceux qui ont entendu, dans cette séance, le rapport de M. *Tardieu* sur le prix Orfila.

Ce prix jouit, depuis deux ans, de l'heureux privilége de susciter des recherches intéressantes, des découvertes utiles et de véritables progrès dans les sciences médicales. L'année dernière, c'était la précieuse découverte de la digitaline cristallisée par M. Nativelle; cette année, c'est un remarquable travail sur la vue distincte considérée dans ses rapports avec la médecine légale.

Voilà une étude à laquelle on n'avait pas encore songé, et qui est de nature à jeter la plus vive lumière sur les assertions souvent si obscures, si équivoques, et si contradictoires des témoins. Il s'agit de déterminer les distances auxquelles un individu peut distinguer l'auteur d'un crime ou d'un délit et les circonstances variables et diverses qui se rattachent, soit à l'acte, soit à la victime. L'auteur a consacré vingt-deux années de sa vie à l'élaboration de ce difficile sujet. Il a étudié les conditions de la vue distincte à la lumière naturelle et à la lumière artificielle, à toutes les distances, dans tous les lieux, à toutes les heures du jour et de la nuit, par tous les temps, par toutes les saisons. Il a donné la démonstration scientifique des indications positives fournies par les yeux, ainsi que des illusions et des erreurs dont ils peuvent être le jouet; il a montré l'influence que l'imagination, la mémoire et l'association des idées, les jeux de lumière et le contraste des couleurs exercent sur les impressions visuelles. En un mot, il a ajouté un chapitre nouveau à la médecine légale, en créant un procédé précis et, en quelque sorte mathématique, pour les recherches toujours si graves et si délicates qui concernent l'identité.

Nous n'avons pas besoin de dire avec quel talent et quelle habileté M. Tardieu a fait ressortir ce qu'il y a de neuf, d'original, d'utile et de pratique dans ce mémoire.

M. le rapporteur ne s'est pas borné à demander le prix Orfila pour un travail de cette importance; il l'a encore signalé à l'attention des magistrats comme un guide excellent et sûr pour l'instruction d'une affaire et pour le contrôle des témoignages.

Le mémoire n° 2 n'a pas été analysé avec moins de soins et moins d'impartialité par M. Tardieu; mais il n'a pas mérité les mêmes éloges ni la même récompense que le mémoire n° 1. C'est une étude médico-légale sur l'avortement, étude purement dogmatique, et dans laquelle l'auteur émet et soutient des doctrines contraires à la saine observation des faits, aux principes généralement reçus de nos jours et aux opinions de la majorité des membres de la commission.

M. le rapporteur, tout en rendant hommage aux sincères convictions qui paraissent avoir dicté ce travail, regrette de ne pouvoir le proposer aux bienveillants encouragements de l'Académie.

A un certain moment, on a pu croire que les Prussiens recommençaient le bombardement de Paris. Pendant que M. Tardieu achevait son rapport, une vitre de la coupole, détachée violemment par l'ouragan, est tombée dans l'hémicycle, menaçant de ses éclats les académiciens rangés autour du tapis vert. Décidément cette place est malsaine. Un accident semblable est arrivé, il y a quelques années, au milieu d'un orage, avec cette différence qu'aujourd'hui personne n'a été atteint, tandis que, l'autre fois, le vénérable Isidore Bourdon fut blessé à la tête et ne revit plus l'Académie.

Rapport sur le service général des épidémies. — La Commission n'a pas trop lieu de se montrer satisfaite du zèle de MM. les médecins chargés de ce service. Cinquante-trois départements ont manqué à l'appel; trente-six seulement ont envoyé les rapports de rigueur. Et encore, parmi ces rapports, beaucoup ne sont-ils que des ébauches insuffisantes ou de simples tableaux de chiffres, sans le moindre renseignement, sans la plus petite réflexion sur la marche et le caractère des épidémies.

M. *Vernois*, rapporteur, tout en admettant la circonstance atténuante des douloureux événements de 1870 et de 1871, se plaint amèrement de « cette défaillance » et de « ces lacunes », qui rendent impossible un travail d'ensemble sur les épidémies des deux dernières années. Il propose un assez petit nombre de noms pour les médailles, et il prie M. le ministre d'adresser une circulaire aux préfets pour les inviter à donner une impulsion nouvelle au service des épidémies dans chaque département.

M. *le président* ajoute quelques paroles à l'appui de cette proposition.

L'ergot de seigle et les sages-femmes. — M. *Gobley* exprime, en peu de mots, l'opinion que le seigle ergoté doit être maintenu sur la liste des substances vénéneuses; mais, comme ce médicament est d'une incontestable utilité dans la pratique des accouchements, on ne peut pas en interdire, d'une manière absolue, l'usage aux sages-femmes. M. Gobley propose donc une simple addition à l'ordonnance du 29 octobre 1846 et au décret de 1850; ce serait d'y ajouter simplement que l'ergot de seigle pourra être délivré, exceptionnellement, par les pharmaciens sur la prescription des sages-femmes légalement reçues.

Suivant M. *Bouchardat*, la discussion s'écarte de son point de départ et s'éloigne de son but. L'Académie n'a pas à se prononcer sur la question de jurisprudence et de légalité; elle a simplement à répondre à M. le préfet de police sur la question médicale. C'est là surtout et non sur des articles de loi que doit porter le débat. Le seigle ergoté est une arme à deux tranchants, souvent très-dangereuse et très-nuisible pendant le travail de l'accouchement, comme l'a prouvé M. Blot, mais aussi très-utile et très-efficace dans les hémorrhagies qui suivent la délivrance. N'est-il donc pas nécessaire que les sages-femmes aient le droit, dans ce dernier cas, de se servir de ce précieux hémostatique? Que MM. les membres de la section d'accouchement viennent répondre catégoriquement à cette question, qui est le point capital de la discussion.

S'il nous était permis d'ajouter notre humble avis, nous dirions qu'il y a là aussi une importante question d'enseignement et de pratique. L'ergot de seigle n'est dangereux qu'entre les mains d'une sage-femme ignorante, inhabile ou inexpérimentée. Nous trouvant dans une petite ville du Midi, nous fûmes appelé, une nuit, auprès d'une femme en couches. Les douleurs étaient d'une violence inouïe et présentaient ce caractère continu et tétanique que le seigle ergoté donne aux contractions utérines. Une heure auparavant, une sage-femme de la localité avait administré 2 grammes de ce médicament et rompu la poche des eaux. Or, il y avait une

présentation inclinée de la tête, et une dilatation du col utérin de la grandeur d'une pièce de cinq francs! Il fallut calmer les douleurs avec le chloroforme, et pratiquer l'accouchement avec le forceps. L'enfant était mort pendant le travail.

Nous croyons qu'il serait possible de prévenir de semblables malheurs en formant des sages-femmes plus instruites et plus exercées, en leur donnant un enseignement plus complet, en les pénétrant bien surtout des dangers de l'emploi intempestif de l'ergot de seigle, en leur signalant les indications et les contre-indications de cet agent, en leur faisant subir des examens sévères et des épreuves rigoureuses, enfin en ne délivrant de brevets qu'à celles qui se montrent réellement capables d'exercer dignement la pratique des accouchements. On pourrait alors, en toute sécurité, autoriser les sages-femmes à prescrire le seigle ergoté.

A. Linas.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1872.— PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET

CORRESPONDANCE. — PRIX PHILLIPS. — NOUVEAU PROCÉDÉ RAPIDE ET CLINIQUE DU DOSAGE DE L'URÉE CONTENUE DANS LES URINES. — ENCORE LE CAOUTCHOUC ET LA TEINTURE D'IODE. — CAS DE STOMATITE SIMULÉE ET EN GÉNÉRAL DES MALADIES ENTRETENUES OU PROVOQUÉES DANS LE BUT DE SÉJOURNER A L'HÔPITAL.

La correspondance contient un numéro des *Archives de médecine navale*, les *Bulletins de l'Académie royale de Belgique*.

— M. *J. Simon*, rapporteur de la commission du prix Phillips, rappelle qu'en janvier 1872 il a donné lecture d'un premier rapport sur les mémoires qui avaient concouru pour le prix. La Commission n'avait pas jugé qu'il y eût lieu de décerner le prix et concluait à un simple encouragement de 500 francs pour l'un des mémoires présentés. La Société ratifia ces conclusions. Aujourd'hui, la Commission croit nécessaire de fixer un programme que devront suivre ceux qui voudront concourir de nouveau. Le prix a spécialement pour objet la curabilité de la méningite tuberculeuse. Les mémoires devront traiter les questions suivantes :

1° Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse;
2° Étiologie et traitement préventif de la maladie;
3° Quelles sont les indications thérapeutiques fournies par les symptômes observés.

La Société désire que les candidats relatent exactement les conditions d'âge, de sexe, d'antécédents morbides, etc.

Le prix est quadriennal et sera décerné en 1875. Les mémoires devront être remis avant le 31 mars 1875, inclusivement.

—M. *Lorain* fait part à ses collègues d'un nouveau procédé de dosage de l'urée, à la portée des médecins. Les procédés employés jusqu'ici, ceux de Chalvet, de MM. Grehent, Bouchard, exigent et des instruments assez compliqués, et une manipulation qui sort trop du domaine de la clinique journalière.

M. Yvon, interne en pharmacie à la Pitié, a imaginé un nouveau procédé, tellement simple, qu'avec lui on pourra aussi facilement doser l'urée que l'on découvre l'albumine des urines par la chaleur et l'acide nitrique.

L'importance de l'analyse quantitative de l'urée des urines prend de jour en jour plus d'importance, et il est précieux de posséder un moyen réellement pratique pour les médecins de faire cette analyse.

M. *Yvon* montre à la Société son appareil et explique sur quelles données chimiques il est basé.

Un tube de verre long de 40 centimètres porte vers son quart supérieur un robinet de verre et est divisé au-dessus et au-dessous de ce robinet en centimètres cubes. Ce tube *urométrique* est plongé dans une longue éprouvette un peu évasée à sa partie supérieure et pleine de mercure. Le robinet étant ouvert, le tube se remplit de mercure; on ferme alors le robinet, on soulève le tube et on le maintient au moyen d'un collier. On a ainsi une sorte de baromètre tronqué dans la chambre duquel on peut introduire des liquides sans laisser pénétrer d'air.

On verse donc dans le tube ainsi préparé une certaine quantité d'urine; on ouvre le robinet et l'urine descend dans la chambre laissée vide par le mercure. On referme le robinet, puis on verse une certaine quantité d'hypobromite de soude où la soude est en excès.

L'hypobromite est ensuite introduit dans la portion inférieure du tube et se mêle à l'urine. L'urée de ce liquide est décomposée. De l'azote se dégage avec un peu d'acide carbonique. Ce dernier est absorbé par l'excès d'alcali et l'azote seul s'accumule dans la partie supérieure de la portion du tube située au-dessous du robinet. On lit alors sur l'échelle graduée la quantité d'azote obtenue, et par un simple calcul on établit la quantité d'urée contenue dans l'urine.

Par ce moyen, dérivé du procédé de Lecomte, l'analyse de l'urée ne demande pas plus de quatre à cinq minutes.

Au moyen d'expériences préalables, M. Yvon a établi qu'un centigramme d'urée donne 3 centimètres cubes 7 dixièmes d'azote. On prend donc de l'urine que l'on étend de trois à quatre fois son volume d'eau et l'on opère sur 1 ou 2 centimètres cubes. L'hypobromite décomposant la créatinine et les urates, il faut, pour avoir une analyse suffisamment exacte, retrancher 4,5 pour 100 sur le chiffre obtenu.

Nous ne pouvons entrer dans de plus longs détails : il suffit d'indiquer grossièrement le procédé pour montrer qu'il devient pratique de faire l'analyse de l'urée journellement, au lit du malade.

— M. *Beaumetz*, reprenant la discussion sur les altérations des tubes de caoutchouc par la teinture d'iode, cherche à démontrer que les tubes de caoutchouc naturel, dont M. Siredey a parlé dans la précédente séance, ont aussi leurs inconvénients, inconvénients qui doivent presque les faire rejeter de la pratique médicale. Le caoutchouc naturel, celui qui n'a pas subi la vulcanisation, est très-sensible à la température : entre 40 et 45 degrés, il se ramollit et perd son élasticité; à 0 degré et aux basses températures, il durcit et devient cassant en perdant également son élasticité. Si l'on élève brusquement la température du caoutchouc naturel abaissé préalablement à 0 degré, il ne recouvre pas son élasticité entière. Enfin, il se soude à lui-même entre 30 et 35 degrés; n'y aurait-il pas à craindre alors qu'à la température du corps, ces tubes de caoutchouc ne se soudassent dans une de leurs parties.

Étant donné les derniers résultats obtenus par M. Duquesnel, M. Beaumetz pense que le caoutchouc vulcanisé puis dévulcanisé est celui qu'il faudra employer de préférence.

M. *Moutard-Martin* rapporte que M. Hardy, chimiste distingué, a exposé récemment à la *Société de thérapeutique* les diverses falsifications du caoutchouc : il a particulièrement insisté sur le pseudo-caoutchouc fait avec des huiles surchauffées. Il faut se défier de ces adultérations pour les instruments chirurgicaux.

M. *Beaumetz* sait bien que les objets de caoutchouc durci sont faits avec des huiles surchauffées, mais les tubes sont toujours fabriqués avec du caoutchouc vrai, mais de qualités diverses.

Une commission, composée de MM. Beaumetz, Siredey, Bucquoy et Potain, est chargée d'étudier la question et de présenter un rapport d'après lequel seront formulées les demandes à faire à l'administration.

— M. *Lailler* rapporte une curieuse observation de maladie

simulée, ou pour mieux dire entretenue et aggravée par la malade.

Il s'agit d'une jeune scrofuleuse déjà plusieurs fois traitée à l'hôpital Saint-Louis. Le 1er août 1872, elle se présente à la consultation de M. Lailler, se plaignant de fluxions et d'abcès dentaires à répétition, d'inflammation de la bouche. Sur les gencives, on voyait des plaques pultacées de stomatite ; les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés. La malade se plaignait aussi d'éprouver des frissons, des sueurs abondantes. Elle est reçue dans les salles.

Peu après, elle montre une éruption vésiculeuse sur l'avant-bras gauche et sur le voile du palais et la voûte palatine. M. Lailler croit d'abord que la stomatite s'accompagne d'herpès confluent. Cette malade devient l'objet d'une curieuse observation : malheureusement, encouragée par l'intérêt qu'on lui porte, cette fille se perdit par le luxe de son éruption. On vit bientôt des éruptions semblables se répéter, variant de siége et de dimensions. M. Lailler remarqua des points d'un noir verdâtre sur le collet des dents. C'était, au dire de la malade, des fragments de salade. Mais l'examen au microscope fit facilement reconnaître que c'était de la poussière de cantharides. On retrouva dans la table de nuit des morceaux de vésicatoire et la malade avoua sa supercherie. La raison par laquelle elle voulut s'excuser était qu'étant très-malheureuse chez sa tante avec laquelle elle vivait, elle cherchait à prolonger le plus possible son séjour à l'hôpital.

Le diagnostic, ici, était d'autant plus difficile qu'il y avait une maladie simulée entée sur une maladie réelle de la muqueuse buccale ; si la malade avait été plus réservée, plus rusée, elle eût pu donner le change plus longtemps.

M. Lailler estime qu'à l'hôpital Saint-Louis il y a environ un dixième des maladies de la peau qui sont intentionnellement prolongées, entretenues soit par l'application de pommades ou de liquides irritants, soit par la non-exécution du traitement prescrit.

M. *Hillairet* raconte, à ce propos, qu'une femme de trente ans, entrée une première fois à Saint-Louis pour se faire extraire une épingle double qu'elle s'était introduite dans la vessie, se fit admettre une seconde fois dans son service pour une séborrhée du visage. Peu de temps après son entrée, cette femme présenta sur les deux joues une éruption vésiculeuse ; au bout de huit jours, la même éruption se manifestait au poignet. M. Hillairet avait bien aperçu sur les vésicules des paillettes brillantes de cantharides; mais voulant voir jusqu'où irait la fraude, il feignit de l'ignorer. Pendant *huit* mois, l'éruption se renouvela, tantôt aux joues, tantôt aux bras, aux jambes, au cou. Une fois la malade fit naître des vésicules sur le bout du sein, mais elle ne recommença pas à cause des douleurs qui s'ensuivirent. Enfin, l'observation étant suffisante, on lui montra qu'on n'était pas sa dupe, et elle avoua qu'elle n'avait montré autant de constance que pour obtenir son admission à la Salpêtrière!

A. LEGROUX.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

RAPPORT DE M. DUPLAY SUR UN TRAVAIL DE M. SPILLMANN : REMARQUES SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS. — RAPPORT DE M. VERNEUIL SUR UNE OBSERVATION DE HERNIE ÉTRANGLÉE PONCTIONNÉE ET NON RÉDUITE. — PRÉSENTATION DE MALADES.

M. *Duplay* lit un rapport sur un travail de M. Spillmann présenté à la Société dans la séance du 23 octobre. Il résulte des observations recueillies par M. Spillmann, que les accidents secondaires de la syphilis disparaissent avec le traitement tonique comme avec le traitement mercuriel; mais le mercure abrége d'un mois environ la durée de ces accidents ce fait était déjà acquis à la science.

L'auteur cherche à montrer que le mercure agit sur la marche ultérieure de la maladie; les malades qui n'en prennent pas ont assez rapidement des accidents tertiaires très-graves; les Arabes, qui ne se traitent pas par le mercure, ont des accidents qui rappellent la syphilis du XVe siècle. M. Spillmann conseille donc le traitement mercuriel.

Parmi les différentes préparations mercurielles, M. Spillmann donne la préférence aux pilules de protoiodure et à la liqueur de Van Swieten. Les injections sous-cutanées ne sont pas supérieures aux autres traitements, et donnent plus d'accidents que les frictions mercurielles qui doivent être placées en deuxième ligne.

M. *Panas* est partisan des frictions mercurielles; elles donnent une salivation plus forte et plus rapide que les autres modes de traitement; mais cette salivation peut être évitée au moyen des gargarismes astringents et du chlorate de potasse. Il est vrai que la méthode des frictions compte des insuccès, mais il en est de même des autres modes de traitement; et dans les cas rebelles, on a chance de guérir par les frictions des individus chez lesquels les autres moyens ont échoué. Avec les frictions mercurielles, on évite la diarrhée, les troubles intestinaux; on peut en même temps faire une autre médication par l'estomac. La plus mauvaise voie d'absorption est la voie digestive; le dosage du médicament est plus sûr avec les frictions. La syphilis des jeunes enfants ne peut être bien guérie que par les frictions mercurielles à cause de la délicatesse de l'estomac.

M. *Perrin* a traité pendant quatre ou cinq ans des syphilitiques par les frictions mercurielles et les gargarismes astringents; il n'a jamais eu d'accidents. Ces frictions abrégent la durée des manifestations cutanées. M. Perrin fait chaque jour une onction, et non une friction, sur l'étendue de quelques centimètres carrés seulement, et cela suffit pour assurer la guérison.

M. *Larrey* préfère les frictions aux autres modes de traitement. C'est ainsi que les anciens chirurgiens militaires traitaient leurs malades; plus tard on abusa des frictions, et c'est à tort qu'aujourd'hui cette méthode n'est plus employée.

M. *Duplay* fait remarquer que M. Spillmann ne regrette pas la méthode des frictions; il la place au second rang, avant les injections sous-cutanées. Il la recommande même dans les cas où l'on doit agir rapidement. Mais il a vu, après les frictions mercurielles, survenir des accidents graves, des dyspepsies, des congestions pulmonaires et cérébrales, qui ont fait suspendre le traitement.

M. *Verneuil* fait un rapport oral sur une observation adressée à la Société par M. Follet (de Lille). Un homme de trente ans portait une hernie qui déjà s'était étranglée et avait été réduite par le taxis forcé. Le malade ne portait pas de bandage; un jour la hernie s'étrangla de nouveau. Les moyens ordinaires, glace, compression, taxis avec chloroforme, etc., furent employés sans résultat. M. Follet fit une première ponction avec aspiration; issue d'un peu de liquide stercoral; deuxième ponction, rien; la troisième ponction amène 90 à 100 grammes de liquide; la tumeur avait diminué de moitié. M. Follet ne chercha pas à réduire, ne voulant pas exercer de pression sur un intestin perforé. On appliqua de la glace sur la tumeur; la réduction ne se fit pas. On dut faire la kélotomie. Il y avait hernie de la totalité du cæcum, avec sac sur la moitié antérieure de la tumeur. L'intestin, examiné avec soin pendant l'opération, ne porte aucune trace des ponctions; on fait la réduction.

Le troisième jour, le malade mourut de péritonite. L'intestin fut insufflé, puis rempli d'eau; on ne peut retrouver le siége des piqûres. M. Follet conclut qu'il aurait dû réduire immédiatement après les ponctions; mais que les ponctions,

si elles sont inutiles, sont sans inconvénients pour le traitement ultérieur.

M. *Demarquay* fut demandé, il y a deux jours, près d'une femme dont le ventre était très-développé et qui n'avait pas eu de garderobes depuis dix-huit jours. L'état général était grave. Les anses intestinales se dessinaient sur le ventre. M. Demarquay fit la ponction de l'intestin à droite, puis à gauche; il donna issue à une grande quantité de gaz, et à 200 grammes environ de liquide. La malade ressentit un bien-être notable. Il y a probablement un rétrécissement siégeant à la partie supérieure du rectum. Hier, M. Demarquay fit la gastrotomie; la malade va bien.

— M. *Després* montre un exemple de rétinite albuminurique chez un saturnin.

— M. *Préterre* présente plusieurs sujets atteints de division congénitale du voile et de la voûte palatine, et auxquels il a appliqué, depuis de nombreuses années, des appareils de son invention. M. Préterre présente ensuite un infirmier à qui il a refait un maxillaire supérieur avec le voile du palais; cet appareil est porté depuis seize ans.

L. LEROY.

REVUE DES JOURNAUX.

Anthrax. Nouveau procédé de débridement, par M. BARDINET.

Le procédé du chirurgien de Limoges est une combinaison du débridement sous-cutané et des incisions cruciales. Dans un premier temps, il introduit un bistouri droit à la base de la tumeur; la lame couchée parallèlement à cette base, il pousse l'instrument jusqu'à ce que la pointe ait traversé la tumeur de part en part, sans percer la peau du côté opposé à l'entrée, et retire son instrument. Dans un second temps, il introduit un bistouri boutonné, d'une longueur convenable, dans le canal tracé par le bistouri droit, et, décrivant en deux fois un cercle complet avec le tranchant, il détache la tumeur de ses attaches profondes sans intéresser la peau, puis, tournant le tranchant de son instrument vers la superficie de la tumeur, il fait trois incisions comprenant toute son épaisseur et rayonnant du point d'entrée de l'instrument. La tumeur se trouve ainsi divisée en quatre segments analogues à quatre tranches de melon réunies à leur surface convexe par la peau demeurée intacte. On a ainsi un débridement des plus complets, et pour rendre la guérison plus assurée, on fait dans l'intérieur de la tumeur des injections détersives, et l'anthrax se flétrit avec la plus grande rapidité.

Dans un cas où un anthrax de l'épaule offrait 14 centimètres de long sur 13 de large, M. Bardinet fit le débridement par ce procédé. Le malade après l'opération avait immédiatement éprouvé une diminution dans les douleurs vives qu'il ressentait. Le lendemain la tumeur était flétrie et molle, elle suppurait abondamment, et six jours après l'opération l'anthrax était complétement détaché.

Le procédé de M. Bardinet assure un débridement très-complet; il mérite l'attention des praticiens. Mais un point plus important encore que les procédés de débridement, et qu'il importe de rappeler à ce propos, c'est que les médecins surtout devraient se persuader que la temporisation dans le traitement de l'anthrax constitue un réel danger. Au début d'un gros furoncle qui souvent devient rapidement un anthrax, il faut agir, et alors l'incision cruciale ou en étoile, dépassant toute l'induration en profondeur et en largeur, est le plus ordinairement suffisante pour amener la guérison. (*Revue médicale de Limoges*, octobre 1872.)

Travaux à consulter.

SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE LA PARALYSIE DU NERF RADIAL, par le docteur M. BERNHARDT. — Il s'agit d'une observation de paralysie traumatique du nerf radial, présentant comme phénomène intéressant que le muscle long supinateur n'était pas paralysé, ce qui prouve que l'un des signes différentiels admis par M. Duchenne dans la paralysie saturnine des extenseurs, à savoir la conservation de l'excitation du long supinateur, n'est pas toujours caractéristique (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, 45e Bd, I et II Heft.)

ÉTUDE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES TUMEURS, par le docteur KNOLL (de Prague). — Ce travail comprend un résumé des opinions diverses émises sur l'origine épithéliale ou conjonctive du carcinome utile à consulter pour les indications bibliographiques. Il conclut de ses observations que les masses épithéliales des carcinomes ont pour point de départ les cellules épithéliales préformées, et en particulier les épithéliums glandulaires. (*Archiv. f. pathol. Anat. et Phys.*, 45e volume, 3e livraison, 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Essai expérimental sur la locomotion humaine. — Étude de la marche, par M. G. CARLET, docteur en médecine et ès sciences.

(Fin. — Voyez le numéro 49.)

Relations entre les foulées et les phases successives du pas. — Il ressort, à cet égard, d'une série d'enregistrements très-intéressants fournis par l'appareil : 1° qu'à mesure que les pas augmentent d'*étendue*, la foulée (pression) de la pointe croît dans le même sens, tandis que celle du talon demeure sensiblement constante.

Comme les mêmes diagrammes démontrent en même temps que le niveau supérieur des oscillations verticales du pubis demeure constant quelle que soit l'étendue du pas, tandis que leur niveau inférieur s'abaisse à mesure que croît cette étendue, il s'ensuit, ainsi que le remarque très-judicieusement l'auteur, que c'est par la jambe postérieure seule que le niveau du pubis est relevé à chaque pas. Cette jambe ne serait donc pas simplement propulsive, mais encore élévatrice. La jambe *à l'appui* ne servirait ainsi qu'au soutien.

Ceci est assurément un fait scientifique nouveau et qui jusqu'ici n'avait pas, que nous sachions, été même entrevu.

Il y a là un point de vue tout neuf et fort important à analyser. Cette constance de hauteur du niveau supérieur de la courbe oscillatoire du pubis ne tiendrait-elle pas à l'obligation de conserver toujours un même espace entre la hanche et le so pour le passage ultérieur de la jambe oscillante, afin d'éviter sa rencontre avec le support commun? Nous signalons cet aspect de la question à l'auteur, ayant devant nous trop d'autres problèmes non moins sérieux, pour demeurer plus longtemps sur celui-ci.

Chap. IV : *Des membres inférieurs dans la marche.* — Dans ce court chapitre, M. Carlet demande à sa méthode une solution définitive sur le point de savoir si, dans la marche, les muscles des membres inférieurs jouent un rôle actif, ou si, suivant la théorie de Weber, la jambe n'est qu'un pendule inerte, soumis aux seules lois de la pesanteur. Cette question, à laquelle le sens commun physiologique avait dès le premier jour répondu, avait reçu de M. Duchenne (de Boulogne) une solution non plus certaine, mais absolument évidente, tirée de l'observation pathologique et de l'électrisation musculaire localisée. Les relevés de M. Carlet achèvent l'ensevelissement d'une théorie, fantaisiste jusqu'au délire, et à laquelle on a déjà consacré trop d'attention.

Le diagramme n° 7 montre que, pendant l'accomplissement d'un pas, les muscles de la cuisse se contractent. Ils commen-

cent à entrer en contraction pendant l'oscillation même de la jambe, avant qu'elle arrive à l'appui.

Études des mouvements du grand trochanter et du pubis. Oscillations du tronc. — Ce chapitre est un de ceux où l'observation est le plus difficile. Pour contrôler les résultats et par suite les interprétations des diagrammes de l'auteur, il faudrait avoir conçu, mieux que nous ne l'avons fait, l'agencement des divers instruments de transmission qu'il a employés pour relier les organes à l'appareil enregisteur.

Ajoutons qu'un vice assez grave s'est glissé dans la reproduction des diagrammes et qui gêne singulièrement dans l'intelligence de leur signification. Ce vice est accusé, du reste, par l'auteur lui-même, qui reconnaît avoir été forcé d'adopter des échelles différentes pour les divers plans orthogonaux sur lesquels sont projetés les mouvements d'un point déterminé du tronc. Nul rapport assuré ne ressort alors du rapprochement des projections horizontales d'une courbe de mouvement de ses projections verticales. Ainsi, sans aller plus loin, si l'on voulait comparer les mouvements horizontaux des deux grands trochanters (fig. 11) à leurs oscillations verticales, on serait conduit à des conclusions impossibles. Considérez, par exemple, la ligne marquée *Tgh* dans cette figure 11 ; le chemin qu'y suit la projection du grand trochanter procède dans le sens de la flèche ; on devait donc s'attendre à ce que les mouvements horizontaux accomplis *de la gauche à la droite* du sujet y figurassent dans la figure *au-dessous* de la ligne médiane, et ceux allant en sens *inverse*, *au-dessus*. Or, c'est le contraire dans la figure; et cela gêne considérablement dans l'interprétation.

A la première inspection, on serait conduit à conclure que le grand trochanter est porté *à gauche* quand la jambe *gauche* s'élève : or, c'est le contraire en réalité, comme aussi dans les conclusions écrites de M. Carlet.

Secondement, si l'on remet mentalement les choses en état, on ne comprend pas comment les deux grands trochanters pourraient être à la fois, comme *semblerait* l'indiquer la figure, projetés *en dehors* de l'axe de la trajectoire décrite par le plus extérieur des deux. Ainsi (dans cette figure 11, tracé *Tgh*) les deux maxima de déplacements horizontaux sont tous deux *en dehors* de la ligne droite ponctuée parallèle aux abscisses. La figure indiquerait dès lors qu'au milieu de l'oscillation du pied gauche, les deux grands trochanters sont *à la fois à droite* de l'axe de la trajectoire du trochanter *droit*.

Or, il suffit de marcher droit devant soi en suivant une ligne droite de séparation d'un parquet, pour s'assurer que ni l'un ni l'autre des deux trochanters ne décrit un arc de torsion horizontal assez étendu pour arriver même au contact du plan vertical qui serait mené par la ligne du parquet.

Cette contradiction ne doit sans doute être attribuée qu'au vice du dessin et au désaccord entre la réduction des échelles horizontales et celle des échelles verticales signalées dans la remarque de la page 47, par l'auteur. Mais comment M. Carlet laisse-t-il à ses lecteurs le travail long et difficile de la restitution des rapports harmoniques entre des projections qui tout d'abord devaient concorder entre elles. Dans des travaux de cet ordre il importe qu'on puisse lire les diagrammes, comme un artiste lit la musique. Cependant, dans l'impossibilité d'exercer un contrôle suffisant, nous admettrons comme exactes les conclusions finales de ce chapitre; nous le devons, ayant trouvé telles celles que nous avons pu lire nous-même dans les diagrammes des chapitres précédents. N'ayant rien à en dire, nous renverrons donc le lecteur au résumé d'ensemble du travail.

Mais, si nous sommes obligé de décliner tout jugement quant aux mouvements d'oscillations horizontales, nous n'avons pas les mêmes motifs de réserve quant aux mouvements verticaux dont l'intelligence est immédiatement nette.

Nous le devons d'autant moins que nous semblerions reculer devant la confession d'une erreur qui nous incombe.

En étudiant les tracés *verticaux* de la figure, lesquels ne donnent, en eux-mêmes, prise à aucun doute, nous sommes conduit à enregistrer sans combat la conclusion qu'en tire l'auteur :

« La courbe des oscillations verticales du pubis est une sinussoïde très-surbaissée, où l'angle que fait, aux points d'inflexion, la courbe avec l'axe est d'environ 9 degrés, tandis que cet angle a, dans la sinussoïde, une valeur de 45 degrés.

» On ne saurait donc admettre cette phrase de M. Giraud-Teulon : La ligne décrite par le centre de gravité n'est pas continue; c'est une courbe offrant à chaque pas un point de rebroussement comme on en observerait dans la représentation d'une série de branches de cycloïdes posées à la suite les unes des autres. »

Ici nous devons entièrement passer condamnation : Le tracé donne bien évidemment une courbe continue, sans point de rebroussement, — une courbe de la nature des sinussoïdes et non de celle des cycloïdes. Il est évident que nous faisions erreur en supposant « un instant inappréciable mais réel » de *repos* de la part de la jambe arrivant à *l'appui*. Ainsi que l'énonce M. Carlet, pendant la marche, au moment du minimum d'oscillation verticale du tronc, *en même temps* que s'ouvre l'angle du genou, *le sommet du membre inférieur se meut en avant* (puisque le tracé se continue sans point de rebroussement). Ce mouvement résulte tant de la vitesse acquise par le centre de gravité, que de l'action continuellement extensive et propulsive de la jambe postérieure.

Cette erreur d'observation de notre part pouvait-elle être évitée? Oui; nous devions, rien que par induction logique, soupçonner que le mouvement de marche devait être, en réalité aussi bien qu'en sommaire apparence, de nature *continue*, et non point comporter des arrêts périodiques destructeurs de force vice. C'est là qu'est notre faute; il est évident que nous avons négligé une force dont nous avions à tenir compte : la vitesse acquise.

Cependant, après cet aveu, nous suggérerons une excuse. Forcé par la difficulté et la délicatesse des observations à décomposer chaque acte en plusieurs temps, notre synthèse s'est ressentie de la dichotomie qui s'imposait à l'analyse; chance constante d'erreur qu'au grand profit de la science la précision automatique des nouvelles méthodes est appelée, comme on voit, à effacer chaque jour davantage.

Ce chapitre des oscillations verticales du tronc met en lumière d'autres inexactitudes partielles que renferme encore la théorie de la marche.

Nous en trouvons un exemple dans les rapports des oscillations verticales du pubis avec la grandeur des pas.

Contrairement à la proposition des frères Weber, M. Carlet établit que l'amplitude des oscillations verticales du tronc, loin d'être *constantes* pour toutes les espèces de pas, croît avec la longueur des pas.

Le niveau des maxima des oscillations est seul constant; celui des minima s'abaisse concurremment avec la grandeur du pas. L'oscillation verticale croît donc en définitive avec la longueur du pas.

Cette conclusion ressort, en effet, de l'examen des courbes représentées dans les figures du travail de M. Carlet; seulement qu'il veuille bien convenir avec nous qu'il ne faut rien moins que la grande sensibilité de l'appareil et de la méthode pour permettre de formuler une affirmation aussi catégorique.

Cette nouvelle proposition renverse donc celle qu'avaient avancée, comme déduite de leur observation, les professeurs Weber. Après ces démolitions successives, il ne reste assurément pas grand'chose de bon dans leur volumineux et regrettable travail. Cela ne nous affectera pas outre mesure, après les coups que nous lui avions nous-même portés. Mais ce qui nous affecterait, si le reproche était juste, c'est assurément le jugement de M. Carlet, relativement à l'adhésion que nous avons donnée ou paru donner *tout particulièrement* à cette proposition erronée. Comment, sur les lignes qu'il extrait de notre ouvrage et qu'il reproduit page 59, M. Carlet nous cite à la barre

comme un *hardi défenseur* de la théorie même de la constance de l'amplitude des oscillations verticales du tronc! Qu'il veuille bien relire plus miséricordieusement ces lignes, et il n'y verra plus l'expression de fiançailles si chaudes avec cette théorie.

Notre intervention dans ce point du débat ne méritait, croyons-nous, ni accusation, ni éloge.

Des théories de MM. Weber, nous n'avions, croyons-nous, laissé subsister que bien peu de chose; notre jugement avait même été qualifié de *quelque peu sévère* par un critique aussi élevé qu'impartial, M. Brown-Séquard. Ce travail, concluions-nous, est « inexact dans ses points de départ, fautif dans ses calculs, erroné dans ses résultats numériques, et au moins inutile dans ses conséquences générales ».

Mais ce n'est jamais un parti pris chez nous qu'une démolition, et il nous répugne implicitement de croire que tout est faux et mauvais dans ce que nous nous voyons obligé de critiquer. Et ce sentiment est plus justement fondé en matière biologique qu'en toute autre. Voyant donc MM. Weber affirmer comme résultat de *leurs observations* la constance de l'amplitude de ces oscillations verticales du centre de gravité, nous avons incliné devant leur témoignage notre propre sentiment : Livré à nous-même et *à priori*, que pensions-nous en effet, théoriquement, sur ce point, nous commençons par le dire : « Maintenant comme ce rayon vecteur (la jambe) doit s'incliner d'autant plus en avant que le pas s'allonge davantage, on devrait donc, à mesure que le pas augmente, observer un abaissement, une dépression, plus notables du centre de gravité. »

Est-ce clair?

Mais nous ne sommes pas à l'avance pénétré de notre impeccabilité, et devant une observation, — que nous ne commençons pas par supposer fausse, — nous nous soumettons, en défiance, avant tout, contre notre propre logique; — aussi ajoutons-nous :

« *Pourtant* il résulte des expériences de MM. Weber qu'il n'en est rien (c'est-à-dire que notre dialectique est en défaut) : ces oscillations demeurent approximativement les mêmes pour des pas très-longs ou des pas très-courts; et alors nous cherchons naturellement à nous rendre compte de cette apparente anomalie.

M. Carlet a peine à se rendre lui-même compte de notre raisonnement. En cela il est amplement fondé, si l'observation tracée par son enregistrement détruit, comme cela doit être, l'observation allemande. Mais cette nouvelle observation replace sur pied notre propre sentiment, dont nous ne pouvons être accusé que de l'avoir trop aisément sacrifié à ce que nous devions supposer une observation exacte, n'en ayant pas d'ailleurs de plus probante à opposer à celle des Weber.

En revenant sur cette question particulière, M. Carlet reconnaîtra, nous l'espérons, que notre attitude dans cette discussion ne présente point les caractères qu'il lui attribue d'une défense aussi ardente qu'aveugle.

L'article suivant lui offrait l'occasion de nous rendre une justice facile : il nous semble qu'il ne le fait qu'avec quelque regret. Il s'agit dans cet article des rapports des mouvements oscillatoires du bassin avec les différentes phases du pas, et du dissentiment élevé à cet égard entre Gerdy et nous-même.

« Contrairement à l'opinion de Gerdy, disent les diagrammes, le bassin *s'élève* toujours du côté correspondant à la jambe qui *oscille*. »

C'était bien en effet ce qu'à mainte reprise il nous avait paru observer. Un juge bienveillant eût peut-être saisi là un motif à approbation. Voici ce que l'auteur trouve à nous dire :

« Ainsi il y a opposition complète au sujet du mouvement de bascule du bassin entre Gerdy et M. Giraud-Teulon. Le premier veut que le bassin s'élève du côté de la jambe, à l'appui; le second veut, au contraire, qu'il s'abaisse de son côté. Toutefois, M. Giraud-Teulon n'est pas très-sûr de son dire, car il se hâte d'ajouter : « Des observations répétées nous ont toujours conduit à cette même conclusion, dont nous nous étions longtemps défié, à raison de l'opposition où elle nous met avec notre savant maître M. Gerdy. Cependant il nous semble qu'elles sont l'expression de la vérité. Si des observations plus positives venaient à établir le contraire, nous ne ferions pas difficulté de modifier sur ce point nos assertions. »

Ces observations plus positives, l'appareil enregistreur entre les mains de M. Carlet vient de les jeter dans le débat. Elles nous donnent absolument raison. Avec leur appui, nous prenons foi dès lors dans nos propres appréciations. Mais seules ces observations avaient le droit de parler avec cette assurance, et ce n'était pas à un élève distingué de l'école expérimentale à nous reprocher notre réserve, tant que l'expérience inflexible n'avait pas rendu son verdict.

De même qu'à propos de l'incident des Weber il ne devait pas se montrer sévère en sens inverse et nous reprendre de notre défiance à l'endroit de notre « raison pure ».

Outre le salutaire exemple donné de la fidélité à la seule méthode véritablement scientifique, la conduite tenue constamment par nous dans nos expositions doctrinales ne pouvait manquer de nous épargner bien des chutes, comme en sait préparer la logique à outrance. En l'espèce, elle nous permet d'accueillir avec joie, et non sans une petite pointe de vanité, le travail objectif que nous devons à M. Carlet sur ce problème délicat de la marche chez l'homme. En exceptant les légers redressements introduits (voy. ci-dessus) dans nos propositions par les photographies délicates de M. Carlet, son travail ne fait que confirmer et consacrer partout nos propres conclusions. Ce n'est pas une mince satisfaction que de trouver notre chapitre de la marche plus vrai peut-être aujourd'hui qu'il ne l'était pour nous, il y a quelques années, lorsqu'il sortit de notre plume.

Car enfin, à quoi se réduisent ces erreurs? A ceci : que le mouvement de marche est franchement *continu* et sans les petits arrêts périodiques que nous admettions exister au passage de l'appui d'une jambe à l'autre. La courbe décrite par le centre de gravité tient de la sinussoïde plutôt que d'une série de cycloïdes. Voilà un fait scientifique nouveau bien positif et sérieux; et nous l'accueillons avec les honneurs qu lui sont dus. D'autres points d'observation difficiles, incertains par conséquent, reçoivent des faits une consécration en rapport avec la logique inductive.

De tous ces résultats, nous féliciterons franchement l'auteur, d'autant plus empressé à lui rendre cette justice que par le fait de leur introduction dans la science nous n'avons pas trop à déplorer notre campagne ancienne à travers ce sujet difficile.

Giraud-Teulon.

VARIÉTÉS.

Glanes.

MORTALITÉ COMPARÉE DE L'ANESTHÉSIE PAR L'ÉTHER ET PAR LE CHLOROFORME.

Suivant le rédacteur du Medical Press and Circular, les statistiques américaines et anglaises donneraient comme résultat comparatif des accidents dus à l'action de ces deux anesthésiques, les chiffres suivants : Sur 23 204 inhalations d'éther, il n'y a qu'un cas de mort, tandis que, pour le chloroforme, la mortalité serait de 1 sur 2873 inhalations; en d'autres termes, la mortalité par le chloroforme est huit fois plus considérable que la mortalité par l'éther.

Il ne s'agit là, on le devine, que de statistiques spéciales et surtout puisées dans la pratique de l'hôpital de Boston. Ce qui est plus extraordinaire, c'est qu'à l'hôpital de Boston on craint si peu l'éthérisation, que c'est le portier (*porter*) qui l'administre lui-même en attendant le chirurgien.

FRÉQUENCE DE LA SURDITÉ.

Le docteur Smith, de San Francisco, dans le but de démontrer que la surdité n'est pas un résultat naturel de l'influence de la vieillesse, a établi par des observations nombreuses que l'imperfection de l'ouïe est aussi fréquente que celle de la vision. Sur 150 étudiants, c'est-à-dire 300 oreilles examinées par lui, le docteur Smith a trouvé 130 organes de l'audition imparfaits, c'est-à-dire 40 pour 100. Un petit nombre seulement, parmi ces étudiants, s'étaient préoccupés ou avaient eu connaissance de cette imperfection. (*The medical Record*, 15 octobre 1872.)

Assemblée nationale : budget de l'enseignement médical, de l'Institut et de l'Académie de médecine pour l'exercice 1873.

Facultés. Chiffre du projet (ch. vii) : 4 438 921 francs. — M. le docteur *Th. Roussel* avait proposé sur ce chiffre une augmentation de 10 000 francs, applicables à l'article : « Exercices pratiques de la Faculté de médecine de Paris » ; mais il a retiré son amendement en présence du projet du gouvernement, qui lui donne satisfaction et au delà (voy. *Gaz. hebd.*, n° 49, p. 793). M. le professeur Bouisson, jaloux avec raison des intérêts des Facultés de province, a présenté et très-bien soutenu l'amendement suivant : « Un crédit additionnel de 12 000 francs est ouvert au ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, pour subvenir aux dépenses de laboratoires à annexer aux services de cliniques des Facultés de médecine de Montpellier et de Nancy, savoir : 6000 francs en faveur de chaque Faculté. » Cet amendement, défendu plutôt que combattu par M. le ministre et par le rapporteur, M. Beulé, qui l'a déclaré conforme aux prévisions de la commission, mais pour 1874 seulement, a été adopté sauf la modification suivante : « Le crédit de 24 000 francs demandé par M. le ministre pour la Faculté de Paris sera porté à 30 000 fr. moyennant quoi le gouvernement croit pouvoir donner satisfaction aux vœux de M. Bouisson.

Au sujet de la Faculté projetée à Lyon, M. Ducarre demandait le maintien d'une proposition du gouvernement tendant à affecter un crédit de 91 000 francs à l'établissement de cette Faculté. Après des remarques de M. Testelin, rappelant que d'autres grandes villes de France pourraient élever les mêmes prétentions, et sur l'avis émis par le ministre, le crédit a été retranché.

Institut de France, 667 000 francs. (Adopté.)

Académie de médecine, 75 500 francs. (Adopté.) (Voy. *Gaz. hebd.*, n° 49, p. 793.)

En outre, l'Assemblée a voté : pour les *établissements et services sanitaires*, 379 300 francs ; pour la *visite annuelle des pharmacies, drogueries et épiceries*, 250 000 fr. ; pour les *établissements thermaux*, 228 000 fr. Sur ce dernier service, M. de Tillancourt s'est plaint que le tarif des bains de baignoires et de piscine d'un établissement, fixé en 1867 par une loi, ait été élevé par décision ministérielle. Le ministre de l'agriculture et du commerce a expliqué que cette élévation, faite pour une année seulement, avait eu pour motif la garantie donnée par l'État au *Crédit foncier*, créancier de la compagnie, qui se trouve dans de grands embarras financiers.

Faculté de médecine de Paris. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que M. Lorain vient d'être présenté en *première ligne*, par 19 voix, pour la chaire d'histoire de la médecine ; M. Bouchut a été présenté en *seconde ligne* et M. Maurice Raynaud en *troisième*.

Cours public sur les maladies des yeux. — Le docteur Galezowski commencera ce cours le jeudi 12 décembre 1872, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, à huit heures du soir, et le continuera les mardi et jeudi de chaque semaine. Ce cours comprendra : 1° Étude sur les cataractes, leurs variétés et les différentes méthodes opératoires ; 2° Étude sur les choroïdites et sur leur traitement ; 3° Étude sur les affections du nerf optique et de la rétine et sur leur relation avec les maladies cérébrales et générales de l'organisme.

École de médecine de Lille. — Par un arrêté en date du 6 novembre 1872, un emploi de chef de clinique est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

Maladies de la moelle épinière. — M. le docteur Ball commencera une conférence sur les maladies de la moelle épinière, mercredi prochain, le 11 courant, à huit heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine.

Nécrologie. — Les sciences naturelles viennent de faire une grande perte. Les journaux de Rouen annoncent que M. le docteur Pouchet, qui s'est occupé surtout d'études sur la génération spontanée, vient de succomber. La nouvelle de cette mort a produit dans la ville une profonde et douloureuse émotion. Elle ne sera pas moins ressentie dans le monde savant, en France et dans toute l'Europe.

M. Pouchet a publié quatre-vingt-trois ouvrages, qui sont le résultat des plus patientes, des plus méticuleuses recherches. Il a passé pour ainsi dire une moitié de sa vie l'œil sur le microscope. On sait que l'Académie lui décerna le grand prix de physiologie expérimentale de 10 000 fr. pour sa *Théorie positive de l'ovulation spontanée*. (*Union médicale.*)

Légion d'honneur. — Ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur, les médecins dont les noms suivent :

Au grade de commandeur : M. le docteur Béhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Prévost, médecin à l'hôpital d'Alençon (Orne) ; le docteur Clérembault, médecin à l'hôpital d'Alençon (Orne) ; le docteur Huchard (Frédéric-Eugène-Virgile-Henri).

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 30 novembre au 6 décembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 0. — Fièvre typhoïde, 10. — Typhus, 0. — Érysipèle, 17. — Bronchite aiguë, 22. — Pneumonie, 45. — Dysentérie, 0. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 11. — Croup, 14. — Affections puerpérales, 9. — Autres affections aiguës, 251. — Affections chroniques, 297 (1). — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 19. — Total, 752.

Londres : Décès du 24 au 30 novembre 1872, 1221. — Variole, 8; rougeole, 15; fièvre scarlatine, 13; diphthérie, 4; coqueluche, 27; fièvre typhoïde, 16 ; diarrhée, 21; bronhite, 146; pneumonie, 76

(1) Sur ce chiffre de 297 décès, 161 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

AVIS

MM. les abonnés à la Gazette seule et à la Gazette *avec Bulletin* qui n'auront pas, avant le 20 janvier, adressé leur renouvellement ou fait connaître leur intention de ne pas renouveler, sont prévenus que la quittance annuelle leur sera présentée le 10 *février* prochain, *augmentée d'un franc* pour frais de recouvrement et de timbre.

Les abonnés qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par le même libraire (*Archives de physiologie*, — *Annales de dermatologie*, — *Annales médico-psychologiques*, — *Revue des sciences médicales*, etc.), et qui préféreraient qu'il leur fût présenté un seul mandat pour le prix de ces divers abonnements, sont instamment priés de me le faire savoir tout de suite, afin de me faciliter le travail des renouvellements.

Il ne sera ajouté qu'*un franc* par quittance mixte, et il ne sera rien ajouté pour les quittances dont l'ensemble dépassera 50 francs. G. M.

G. Masson, *propriétaire-gérant.*

Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité, chez* M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, le 19 décembre 1872.

LES SAGES-FEMMES ET LE SEIGLE ERGOTÉ. — TABLEAUX STATISTIQUES DE L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE A PARIS, PENDANT LES MOIS DE SEPTEMBRE, OCTOBRE, NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1865. (Publication de la préfecture du département de la Seine.) — *Société de biologie ;* LA SEPTICÉMIE.

Les sages-femmes et le seigle ergoté.

La question du seigle ergoté, à l'Académie de médecine, s'est terminée de la manière que nous souhaitions. Cette substance, non toxique, ainsi que l'a dit M. Depaul, à la dose généralement employée dans les accouchements, mais toxique très-positivement à doses plus fortes, ne sera pas rayée de la liste des substances médicamenteuses. D'un autre côté, le seigle ergoté, utile au plus haut degré dans la pratique obstétricale, sera laissé aux mains des sages-femmes ; seulement il ne leur sera délivré que «sur une prescription signée et datée par elles». C'est, à vrai dire, les assimiler aux docteurs, astreints à la même formalité pour obtenir les médicaments officinaux. Et il faudra même aller plus loin ; il faudra, pour être logique, autoriser les sages-femmes exerçant dans des localités dépourvues de pharmacies à fournir le seigle ergoté, et, conséquemment, à en faire provision. Nous le répétons, cette solution était dans la force des choses; mais peut-être, vu l'ambiguïté de la législation sur ce point, eût-il été convenable de mieux marquer, comme le demandait M. Gobley, le caractère *exceptionnel* de l'autorisation, en exigeant, par exemple, des sages-femmes l'indication de leur domicile, comme il est prescrit par la loi pour la délivrance des substances vénéneuses à des personnes autres qu'aux médecins du premier et du second degrés. C'eût été réserver la question de droit plus formellement que ne le font les conclusions votées. Ainsi que nous, M. Tarnier ne pense pas que ce droit ressorte assez clairement de la jurisprudence de la Cour de cassation. L'article 317 du code pénal dit : «Les médecins et chirurgiens, et *autres officiers de santé,* ainsi que les pharmaciens qui auront indiqué ou administré ces moyens (d'avortement) seront condamnés à la peine des travaux forcés à temps dans le cas où l'avortement aurait eu lieu» ; et la Cour a fait application de cet article aux sages-femmes. Mais outre que cette jurisprudence peut ne pas être constante, est-il bien sûr qu'elle tende à assimiler entièrement la sage-femme à l'officier de santé tel que la loi le définit, c'est-à-dire à un médecin *d'une classe distincte*, ayant des conditions de réception et d'exercice tout à fait particulières, comme la sage-femme a les siennes, qui n'appartiennent qu'à elle? Et, par cette expression collective : «les autres officiers de santé», le code n'a-t-il pas visé cette autre classe, aujourd'hui éteinte, de praticiens en possession d'exercice, auxquels la loi de ventôse même n'imposait pas l'obligation d'un nouveau titre? Quoi qu'il en soit, il était bon de régler à cet égard, même provisoirement, la situation des sages-femmes, et c'est là ce que vient de faire l'Académie, si elle est écoutée de l'autorité.

Enfin, on ne peut que donner pleine adhésion à ce vœu exprimé par M. Depaul, et dont la réalisation lèverait toute équivoque : Que le droit des sages-femmes, non-seulement de prescrire le seigle ergoté, mais aussi de pratiquer certaines opérations obstétricales, fût pour elles le prix d'une instruction plus solide et plus étendue. Cela regarde l'État.

A. D.

Tableaux statistiques de l'épidémie cholérique à Paris, pendant les mois de septembre, octobre, novembre et décembre 1865.

La statistique médicale, — il faut s'en féliciter, — est tout à fait en honneur près de l'autorité administrative de la ville et du département. Nous avons le bulletin municipal, celui de la semaine et celui du mois; nous avions la statistique des hôpitaux, qui s'est arrêtée, malheureusement, à l'année 1863; enfin, voici un gros volume, avec grand déploiement de détails, qui fournit les chiffres de l'épidémie cholérique de 1865. Cette épidémie s'est prolongée, comme on sait, jusqu'en 1867, ce qui promet la continuation de cette bonne publication.

L'étudier n'est pas facile. Nous avons eu l'occasion de faire, ici, la même remarque au sujet de la statistique des hôpitaux. Voilà bien, en effet, le chiffre brut, le fait brutal; mais le calcul manque, la conclusion est absente, et si l'on veut ne pas s'arrêter à l'admiration de l'exécution typographique, il faut faire soi-même cette partie indispensable du travail. Nous allons l'essayer, et nous accepterons les remercîments de l'administration pour l'avoir soulagée de cette peine.

Tout d'abord, il faut dire un mot des divisions de l'enquête; cela est très-minutieux, au point même d'éveiller la crainte de l'inutilité. A côté des premiers tableaux, pleins d'enseignements précieux pour la science, il y en a d'autres qui donnent les chiffres, non-seulement par arrondissements, chose utile, mais par quartiers, chiffre moins significatif, et enfin, par rues. Les conditions de l'habitation ont eu un tel mouvement depuis cette époque que cette partie des tableaux doit manquer de valeur, pour l'avenir. En revanche, il y a les conditions d'âge et de profession, qui pourront peut-être donner des résultats inattendus et instructifs.

Tous ces tableaux sont établis pour chaque mois séparément. Il y a là plus de cinq cents grandes pages de chiffres, et il nous faut, bon gré mal gré, les réduire aux proportions d'un

article de journal. Nous tâcherons de tout voir et de tout dire, sous la forme laconique du calcul proportionnel.

Pendant ces quatre mois, septembre, octobre, novembre et décembre, la mortalité générale de Paris a été de 21 049 décès, dont 6347 par cause cholérique; la proportion est de 301 décès cholériques pour 1000 de toute cause. Relativement à la durée de l'épidémie, la proportion serait de 52 par jour. Il faut remarquer ici que le travail que nous citons a donné, comme chiffre de population, celui du recensement de 1866; mais il en faut déduire un certain nombre, comme nous avons fait dans notre article *Paris* (*Gazette hebdomadaire*, 15 mars 1872), et au lieu de 1 825 274, chiffre officiel, accepter celui de 1 798 848, résultat du calcul d'accroissement normal, depuis le recensement de 1861. Dans ces conditions, la mortalité cholérique, par jour, a été de 2,89 pour 10 0000 habitants.

Le mois d'octobre a été le plus chargé. Le 15 de ce mois il y a eu 235 décès cholériques; il y en avait eu 234 la veille; mais la mortalité, qui était allée en augmentant jusque-là, est entrée alors dans la période de décroissance, sans aucune exacerbation. Les observations météorologiques qui accompagnent ces tableaux ne fournissent rien d'anormal, ni qui puisse être invoqué dans l'étude du mal. Rien non plus au point de vue de l'influence du jour et de la nuit; les chiffres sont à peu près les mêmes. Dans le premier mois, les cas de choléra asiatique confirmé sont dans la proportion d'un cinquième à peu près; en octobre, ils montent aux huit neuvièmes des cas.

La durée de la maladie offre un peu plus d'intérêt que les autres renseignements. La maladie a duré 179 fois de 1 heure à 6 heures; pour le nombre des cas connus, 5044, la proportion est de 3 pour 100. De 7 à 12 heures, 742 cas, 15 pour 100. De 13 à 24 heures, 1297 cas, 26 pour 100. De 25 à 48 heures, 828 cas, 16 pour 100. De 2 à 4 jours, 858 cas, 17 pour 100. Enfin, au-dessus de 4 jours, 1140 cas, soit 23 pour 100. Il y a assurément ici la base d'une certitude mathématique, si les chiffres de l'année suivante viennent confirmer ceux-ci; ce sera un précepte pour le pronostic.

Pour le sexe, on trouve 3349 décès du sexe mâle, et 2996 du sexe féminin. La population mâle, en 1865, était de 890 724, plus les 25 000 hommes de garnison; la proportion est donc 3,66 pour 1000. La population féminine était de 882 830; la proportion est donc 3,39. On remarquera que, dans cette population, il y a 5,09 (51) hommes, et 4,91 (49) femmes; mais, de toute façon, la mortalité cholérique a été moindre chez la femme; c'est un résultat que nous avons déjà constaté ici avec d'autres chiffres; le Bulletin de statistique municipale a donné, en effet, 6441, comme décès cholériques pendant ces quatre mois; mais la différence est minime. On a, en résumé, 27 décès masculins et 25 féminins, sur ce chiffre de 52 donné plus haut pour exprimer la mortalité journalière; soit 2,99 pour les hommes et 2,78 pour les femmes, au lieu du chiffre moyen 2,89. Cette dernière forme du calcul est la plus claire pour bien exprimer la situation à ce point de vue.

Ces gros chiffres sont donnés par arrondissement, par mois et par jour, dans la suite de l'ouvrage, avec le même détail d'observations météorologiques, de sexe, de durée, que nous venons d'analyser pour le total. Nous ne voyons pas grande utilité à cette recherche; peut-être au point de vue de la superficie, comme *criterium* de l'encombrement? Mais si les faits de l'année 1866 ne sont pas analogues, le jugement sera bien embarrassé.

Le dix-huitième arrondissement (Montmartre) a la plus forte mortalité cholérique, 833 décès, 6,38 pour 1000 habitants; cependant il n'est que le dixième comme densité de la population, n'ayant que 251 habitants par hectare.

Le treizième arrondissement (Gobelins) a la plus faible mortalité, 95 décès, 1,35 pour 1000 population; mais il est le dix-huitième comme densité, 112 habitants par hectare.

Le deuxième arrondissement, la Bourse, est le plus encombré, 820 habitants par hectare; il n'a que 190 décès, 2,38 pour 1000. Le seizième, Passy, qui est le moins chargé, 60 habitants, a une mortalité cholérique de 145, 3,44 pour 1000, chiffre au-dessus de la moyenne.

Au surplus, voici le tableau de ces faits singuliers; s'il est aujourd'hui à peu près inexplicable au point de vue des préceptes hygiéniques, il pourra peut-être servir de preuve à quelque théorie différente.

Arrondissement.	Décès cholériques.	Décès p. 1000 h.	Mortalité.	Habitants p. hectare.	Superficie.
1er Louvre.	254	3.11	N° 10	430	N° 6
2e Bourse.	190	2.38	N° 15	820	N° 1
3e Temple.	273	2.94	N° 14	799	N° 2
4e Hôtel de ville.	392	2.97	N° 13	630	N° 3
5e Panthéon.	481	4.62	N° 4	418	N° 7
6e Luxembourg.	219	2 22	N° 17	470	N° 5
7e Palais-Bourbon.	270	3.58	N° 7	187	N° 12
8e Élysée.	163	2.32	N° 16	184	N° 13
9e Opéra.	188	1.77	N° 18	498	N° 4
10e St-Laurent.	352	3 02	N° 11	407	N° 9
11e Popincourt.	569	3.80	N° 6	415	N° 8
12e Reuilly.	401	5.10	N° 3	138	N° 17
13e Gobelins.	95	1.35	N° 20	112	N° 18
14e Observatoire.	235	3.58	N° 8	141	N° 16
15e Vaugirard.	209	3.02	N° 12	96	N° 19
16e Passy.	145	3.44	N° 9	60	N° 20
17e Batignolles.	554	5.94	N° 2	209	N° 11
18e Moutmartre.	833	6.38	N° 1	251	N° 10
19e Chaumont.	382	4.30	N° 5	157	N° 15
20e Ménilmontant.	142	1.62	N° 19	168	N° 14

On voit par cette situation que les cinq arrondissements les plus peuplés sont dans la partie ménagée de la ville, et que sur les cinq les moins peuplés, il y en a trois où la mortalité est au-dessus de la moyenne. Si l'on faisait le même travail pour les quatre-vingt quartiers, on arriverait peut-être à des résultats plus irréguliers encore; mais cette partie du volume va de la page 93 à la page 412, avec les mêmes dispositions typographiques, sans aucune réserve et sans le plus petit total. Les données météorologiques sont là, avec tout leur détail, température moyenne, degré hygrométrique, ozone, baromètre, direction des vents; cela change d'un jour à l'autre, sans doute, mais il n'y a aucune différence entre le Père-Lachaise et Saint-Fargeau, à l'heure de midi.

Le tableau des décès par années d'âge, qui vient ensuite, a ce mérite de se terminer sur une récapitulation. Il est cependant établi par sexe, par quartier, par arrondissement; mais, avec toute raison, il ne reste que le sexe au chiffre total. En prenant pour base les chiffres de population du recensement de 1866, on peut donner le calcul proportionnel à peu près exact, parce que, prenant par période quinquennale d'un âge à l'autre, la différence du chiffre de population devient peu de chose. On a alors les chiffres suivants, qu'il faut donner complets pour la signification du calcul :

DÉCÈS CHOLÉRIQUES PAR AGES ET PAR SEXE.

AGES.	Population mâle.	Décès.	Proportion p. 10000 h.	Population féminine.	Décès.	Proportion p. 10000 f.	Population totale.	Décès.	Proportion p. 10000
De 0 à 5 ans. . . .	56895	743	130	57872	025	108	114767	1368	119
De 5 à 10 ans. . . .	58840	122	20.7	59733	96	10.1	118573	218	18·4
De 10 à 15 ans. . . .	50299	59	10.5	54548	57	10.5	110847	116	10.5
De 15 à 20 ans. . . .	77103	128	16.6	66534	96	14.4	143637	224	15.6
De 20 à 25 ans. . . .	100027	288	28.5	94133	235	25.»	195000	523	26.8
De 25 à 30 ans. . . .	105494	316	30.»	104162	287	27.0	209656	603	28.8
De 30 à 35 ans. . . .	98107	273	27.8	93987	278	29.0	192094	551	28.7
De 35 à 40 ans. . . .	91906	245	26.7	84062	231	27.5	175968	476	27.1
De 40 à 45 ans. . . .	77547	236	30.5	69776	109	24.2	147323	405	27.4
De 45 à 50 ans. . . .	62453	235	37.6	57445	177	30.8	119898	412	34.3
De 50 à 55 ans. . . .	48820	193	30.5	44000	141	31.0	93420	334	35.6
De 55 à 60 ans. . . .	33435	154	46.1	32045	134	40.7	66380	288	43.4
De 60 à 65 ans. . . .	26418	130	49.2	27606	146	52.9	54024	276	51 1
De 65 à 70 ans. . . .	18118	101	55.8	20408	141	69.1	38526	242	62.8
De 70 à 75 ans. . . .	9890	68	68.7	14029	94	67.»	23919	162	67.8
De 75 à 80 ans. . . .	4554	38	83.4	7672	52	67.7	12226	90	73.0
De 80 à 85 ans. . . .	1753	15	85.0	3396	20	85.4	5149	44	85.5
De 85 à 90 ans. . . .	573	4	69.8	1203	9	74.8	1770	13	73.2
De 90 à 95 ans. . . .	146	1	68.5	275	1	36.4	421	2	47.5
De 95 à 100 ans. . . .	28	»	»	51	»	»	79	»	»
Centenaires.	4	»	»	4	»	»	8	»	»
Ages inconnus.	651	»	»	863	»	»	1514	»	»
Totaux.	929961	3349	30	895313	2998	33.5	1825274	6347	34.7

Ces chiffres de la population sont pris à la Statistique générale de France, volume XVII, page lxvij. Ils contiennent, comme on l'a pu voir, des centenaires et des habitants d'âge inconnu qui ne se retrouvent pas aux tableaux cholériques. Ces deux conditions affectent légèrement le résultat des premiers calculs. La mortalité, sans acception de la période contaminée, est de 34,7 pour 10 000 habitants; 36 pour les hommes, 33,5 pour les femmes. Les proportions les plus élevées se rencontrent au premier âge, de 0 à 5 ans, 119 pour 10 000; cependant le choléra infantile n'est porté que pour 103 cas sur ce total de 1368.

Le chiffre le plus faible est celui de la période de 10 à 15 ans, 10,5 pour 10 000. A partir de cet âge la proportion augmente, avec un léger temps d'arrêt pour la période de 35 à 45 ans. Elle arrive à ce résultat énorme de 85,5 pour l'âge de 80 à 85 ans.

Ce chiffre minime de 10,5 pour l'âge de 10 à 15 ans est commun aux deux sexes. De 30 à 40 ans la mortalité a été plus forte parmi les femmes, malgré la moyenne; il en a été de même pour l'âge de 60 à 70, ans et celui de 85 à 90. Il convient d'observer incidemment qu'à partir de cet âge de 60 ans, ainsi que dans la période première de la vie jusqu'à dix ans, la proportion de ce sexe dans la population totale est plus élevée que celle du sexe masculin. Nous avons établi, dans notre travail sur Paris, le quantum des différents âges, et nous avons trouvé cette différence de 1277 du sexe mâle et 1314 de l'autre sexe, sur 10 000 de l'âge de 0 à 10 ans; pour la période au-dessus de 60 ans, il y a 174 hommes et 834 femmes.

En ce qui concerne l'influence possible des professions, le calcul doit rester dans une modération très-grande. La nomenclature des industries et du travail n'est pas la même que celle employée à la Statistique de France, et de plus elle est établie par lettres alphabétiques, au lieu d'être réunie par grandes divisions, selon le genre de l'occupation. Savoir qu'il est mort un aplatisseur de cornes et un attaché d'ambassade, cela peut satisfaire la curiosité; mais il nous manque l'effectif des attachés et des aplatisseurs pour pouvoir dire si ces professions sont plus ou moins insalubres que les autres. Cependant, pour les chiffres principaux, on peut arriver à un résultat, en admettant que les deux supputations ont été faites sur les mêmes bases d'appréciation.

Ainsi la Statistique spéciale de Paris (recensement de 1866, tableau 16) donne le chiffre de 33 704 personnes exerçant la profession de blanchisseurs, ou vivant directement ou indirectement de cette profession. Le chiffre des cholériques décédés, donné sous ce titre professionnel aux tableaux de la préfecture, est de 141; il y aurait donc une proportion de 41,7 pour 10 000; pour le chiffre total des décès cholériques, cela donne 22,2 pour 1000. Ce petit fait peut devenir intéressant quelque jour. On se rappelle, en effet, que le docteur Pellarin, dans son livre sur l'épidémie de la Guadeloupe, a établi l'influence fâcheuse du linge contaminé sur les blanchisseuses de ce pays.

Il nous semblait curieux de pouvoir, dans cet ordre de considérations, étudier les faits relatifs aux chiffonniers, qui ont une mortalité de 33. A la Statistique de France, cette catégorie est comprise dans un chiffre total de marchands, revendeurs et fripiers; heureusement l'Annuaire de Paris, 1872, nous offre le chiffre de 6500 comme expression de ce personnel, ce qui donne 51 décès pour 10 000, et 8,3 pour 1000 décès. Les balayeurs, paveurs, égoutiers et vidangeurs ont un chiffre de 44, qui donne pour la population professionnelle 9860 personnes, la proportion 44,6 pour 10 000, et 7 pour 1000 décès cholériques.

Les concierges et portiers ont eu 104 décès, soit pour le personnel 45 323, 23 pour 10 000, 16,4 pour 1000 décès cholériques.

Les couturières et modistes, 279 décès, 41 pour 10 000 population (68 393), 44 pour 1000 décès.

Les femmes *sans profession* au-dessus de vingt ans ont eu 531 décès, mais cette désignation est un peu vague.

Les domestiques, 233 pour 72 679, 32 pour 10 000, 38 pour 1000 décès.

Les propriétaires et les rentiers, 171 pour 122 593, 14 pour 10 000, 27 pour 1000 décès.

Ajoutons, pour finir, que les médecins figurent dans ces chiffres pour *quatre* décès, ce qui donne, pour le docte corps, contenant 3671 praticiens, la proportion 8,6 pour 10 000, et 0,6 pour 1000 décès.

Nous avons constaté, d'après la Statistique municipale, que le nombre des décès cholériques pour l'année entière 1865 avait été de 6653, ce qui donnerait la proportion 36,9 pour 10 000 habitants. Nous trouvons alors 35,3 pour ces quatre derniers mois, résultat normal. En 1866 le chiffre total a été 5509, et pour la population du recensement de cette année on trouve 30,2. Les quatre mois contaminés sont : juillet, août, septembre et octobre; on y compta 5422 décès, soit 29,7 pour 10 000 habitants.

Dans les trois années suivantes, il y a eu encore des recrudescences, toujours dans la même saison, de juillet à décembre. Sur 13 207 cas, survenus dans cette période quinquennale, il y en a 12 935 attribuables au second semestre; la différence est celle-ci pour la population moyenne 1 853 702, garnison comprise : dans le premier semestre 272 cas, 14,7 pour 10 000; dans le second semestre 69,9. Il n'est pas besoin d'ajouter que la moyenne annuelle est beaucoup au-dessous

de ces chiffres, que l'on donne ici seulement comme critérium de l'influence saisonnière.

Pour finir, il faut encourager vivement l'administration à persévérer dans ses bonnes intentions et à nous fournir, pour l'étude, ces documents précieux. La science nosographique ne peut qu'en tirer profit, surtout dans ces conditions de parfaite exactitude et de magnifique exécution.

C. Ély.

Quoique la Gazette hebdomadaire ait accordé une très-large part à la question de la septicémie, il lui a paru impossible de passer entièrement sous silence une communication faite sur ce sujet à la Société de biologie par M. le professeur Vulpian. La Gazette compte d'ailleurs visiter de temps à autre cette importante Société et relever dans le programme de ses séances ce qui intéressera plus particulièrement la physiologie et la clinique médicale. Elle commence même dès aujourd'hui, ainsi qu'on peut le voir à la page 826.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Physiologie pathologique.

(Fin. — Voyez le numéro 47.)

Mémoire sur l'infection putride aigue, par le docteur Maurice Perrin, professeur au Val-de-Grâce. (Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 29 octobre 1872.)

L'alcool est l'agent qui m'a paru remplir le but avec le plus d'avantages. Son pouvoir coagulant, sa volatilité, la facilité avec laquelle il imprègne les tissus, sa faible action escharotique, sa propriété bien connue d'arrêter et de rendre impossible toute fermentation, tout l'indiquait pour atteindre ce double but : empêcher tout mouvement organique de quelque nature que ce soit dans des tissus désorganisés, et opposer une barrière à l'absorption.

Il serait hors de propos de rappeler ici les avantages attribués à cet agent, sous une forme ou sous une autre, dans le pansement des plaies. Les préceptes d'Arnaud de Villeneuve, de Guy de Chauliac, d'Ambroise Paré, de J. L. Petit, de Larrey, etc., proscrits pour un temps par l'école de Broussais, ont été remis en honneur de nos jours avec un tel ensemble, qu'il est permis de dire que le pansement des plaies récentes ou anciennes, par l'alcool, est devenu classique.

Mais c'est un service de tout autre ordre qu'il s'agissait de rechercher.

Dans le pansement des plaies, le but général est d'obtenir les conditions les meilleures pour une bonne et prompte cicatrisation : Ici il s'agit d'empêcher les parties mortes produites par la contusion de nuire au vivant et de l'empoisonner.

La différence dans le but nécessitait un mode particulier d'application.

Dans le pansement des plaies par l'alcool, ce dernier n'agit que pendant le temps nécessaire à sa volatilisation.

Dans le traitement des plaies contuses, tel que je le propose, il faut que le contact soit permanent comme les dangers de la désorganisation putride, que les parties morbigènes baignent, macèrent en quelque sorte dans l'alcool.

Tel est le but que j'ai poursuivi pendant la dernière guerre, tant après la bataille de Sedan que durant les deux siéges de Paris. Je dois dire que ce n'est qu'après un certain nombre d'essais que j'ai trouvé un procédé qui me paraît remplir convenablement le but. J'ajouterai aussi que trop souvent, pour des raisons indépendantes de ma volonté, j'étais contraint de réserver les irrigations alcooliques aux blessures graves compliquées de fractures.

Sous l'influence de ce traitement les plaies, même les plus encombrées de caillots, de détritus organiques, n'ont pas d'odeur, les réactions locales qu'elles provoquent sont fort amoindries, la douleur, nulle et bien souvent remplacée par une agréable fraîcheur due à la réfrigération des tissus par l'évaporation de l'alcool. La suppuration est aussi très-peu abondante, les inflammations de voisinage sous forme de phlegmon simple, de phlegmon diffus, de fusées purulentes, assez rares pour qu'il ne m'ait pas encore été donné d'en rencontrer un seul exemple. La fièvre traumatique est elle-même très-modérée.

Mais l'alcool donne aux plaies un aspect peu séduisant ; les lèvres en sont décolorées et comme gonflées par un liquide gélatineux. Leur fond est recouvert d'un enduit grisâtre dû à la coagulation des produits albumineux ; le sang épanché se forme en petits grumeaux cassants, assez semblables à du boudin cuit ; l'élimination s'effectue lentement et les bourgeons charnus sont blafards et peu abondants.

Les détails précédents sont empruntés principalement aux observations de quatre fractures compliquées du tiers supérieur du fémur, d'une fracture comminutive par un éclat d'obus au tiers inférieur de la jambe dont le traitement fut institué par M. le professeur Gosselin, lorsque j'eus l'honneur d'être remplacé par lui dans mon service au Val-de-Grâce, d'un évidement de l'astragale, d'un évidement du tibia, et enfin d'une fracture au tiers supérieur de la jambe avec broiement du tissu spongieux par un coup de pied de cheval chez un élève de l'École polytechnique confié aux soins éclairés et dévoués de mon collègue et ami M. le médecin principal Fuzier.

L'un des blessés soumis dans mon service aux irrigations alcooliques a présenté certaines particularités qui me paraissent de nature à en faire apprécier les effets.

Obs. II. — Le 1er décembre, un lieutenant du 119e de ligne fut blessé à une distance de 300 ou 400 mètres par une balle qui lui fractura le fémur dans la région sous-trochantérienne. Le surlendemain, le membre blessé commença à se tuméfier, de nombreuses bulles de gaz infiltrèrent le tissu cellulaire sous-cutané. Au troisième jour, l'emphysème traumatique était très-considérable, tant à la racine du membre qu'à la partie inférieure de l'abdomen sur lequel se remarque une tumeur aériforme, allongée, du volume d'une grosse orange.

En même temps, il s'écoulait par les ouvertures de la plaie un liquide sanieux d'une odeur fétide et chargé de bulles de gaz.

L'état général était en rapport avec l'état local : Il y avait une céphalalgie violente, une agitation extrême, de l'insomnie, des rêvasseries, de l'inappétence, une langue sèche, rouge aux bords, un état fébrile continu, marqué par un pouls à 120 pulsations et une température de 40°,1.

A cette époque, je me bornais à agir sur la surface des plaies, comptant sur l'imbibition des tissus pour faire pénétrer l'alcool dans les parties profondes. Mais ici la situation était tellement grave, que j'imaginai un procédé qui me permît de faire passer en permanence un courant d'alcool par le foyer de la fracture et à travers tout le canal de la plaie.

Le résultat dépassa mon attente.

Les produits septiques et fétides furent entraînés au fur et à mesure à travers le tube à dégagement, et en vingt-quatre heures l'emphysème avait notablement diminué, l'aspect de la plaie était meilleur, l'état général, plus satisfaisant. Le malade avait dormi, la céphalalgie avait disparu, le pouls était descendu à 100 pulsations et la température à 39°,1.

Cette amélioration ne fut point un épisode accidentel. Les deux jours suivants furent de plus en plus satisfaisants, et au septième il ne restait plus trace d'emphysème, le sommeil était bon, l'agitation nulle, le pouls à 96 et la température à 38°,8. Tout me faisait espérer une solution heureuse, lorsque le 7 décembre, à la visite du soir, à l'occasion d'un léger déplacement du membre, l'artère fémorale profonde, blessée par le projectile, ainsi que l'examen direct nous permit de le reconnaître après la mort, se rompit et produisit une hémorrhagie effroyable contre laquelle, en raison de la coexistence de la fracture, la désarticulation coxo-fémoral, malgré les enseignements du passé, me parut encore être une suprême ressource.

L'opéré succomba au bout de vingt-quatre heures dans un état d'épuisement complet.

Tel qu'il est, ce fait montre l'heureuse influence exercée par les irrigations alcooliques contre des accidents déjà confirmés d'infection putride.

Faudrait-il en conclure que ces irrigations mettront sûrement à l'abri des accidents infectieux des plaies ?... Évidemment non... Deux des faits qui forment la base de ce travail en témoignent suffisamment. Il est vrai de dire qu'à cette époque, ainsi, que j'en ai déjà fait la remarque je n'employais pas encore les courants d'alcool à travers les membres selon le procédé qu'il me reste à indiquer.

Les irrigations alcooliques doivent être employées aussitôt que possible. Leur application variera selon le siége de la blessure, de façon à maintenir toutes les parties suspectes en contact permanent avec l'alcool.

Lorsque la plaie est située à la face antérieure des membres le procédé ne diffère pas de celui qui est usité pour les irrigations avec de l'eau ; après la bataille de Sedan, j'utilisai pour cet office l'un de ces petits arrosoirs d'appartement si répandus dans nos campagnes de l'Est. Dans ce cas dont il a été fait mention précédemment, M. le professeur Gosselin fit usage d'un flacon pourvus d'un petit siphon.

Pendant le siége de Paris je m'arrêtai à un appareil qui me permettait de pratiquer les irrigations alcooliques sous les couvertures, sans déplacer le blessé.

Cet appareil se compose d'un flacon laveur d'une contenance de deux litres environ, placé sur la tablette du lit, et d'un tube en caoutchouc à parois résistantes, adapté par l'une de ses extrémités sur le bec du robinet du flacon, et pourvu à l'autre d'un tube un peu effilé, suspendu au cerceau qui recouvre le membre malade. Le tube de caoutchouc doit être assez long pour aller du flacon-récipient à la plaie en serpentant sur la couche, de telle façon que le déplacement des couvertures n'en gêne pas le fonctionnement.

Pour empêcher les humidités de la plaie et l'excédant d'alcool de souiller la literie, le membre était maintenu immobile dans une gouttière montée sur pieds, pourvue de valves mobiles et complétée par un petit déversoir en toile souple, imperméable. Par les soins de MM. Robert et Colin, je fis adapter cette modification aux gouttières du membre supérieur et du membre inférieur et aussi à la gouttière de Bonnet, de façon à pouvoir appliquer le même mode de traitement à tous les cas de blessures graves des membres qui pouvaient se présenter.

De cette façon, les produits de la plaie sont entraînés au fur et à mesure, il n'est besoin d'aucun pansement et le membre est maintenu dans une immobilité complète, pendant toute la durée des irrigations.

Lorsque les plaies à immerger sont situées latéralement ou à la face postérieure des membres, on peut conduire l'alcool par capillarité à l'aide de mèches de coton introduites jusqu'au fond de la blessure. Mais je ne tardai pas à reconnaître que cette manière de faire, appliquée à des plaies profondes, ayant une déclivité contraire aux actions de la pesanteur, ne remplissait qu'incomplétement le but.

J'y remédiai et je propose d'y remédier de la façon suivante. Toute plaie contuse profonde, et surtout compliquée de fracture, qui est difficilement ou irrégulièrement immergée, doit être transformée en un séton complet à l'aide d'une contre-ouverture pratiquée en un point approprié. A travers ce séton, on fait passer un tube à drainage aussi gros que possible et ajusté à l'entrée et à la sortie sur deux tubes pleins dont l'un est adapté au robinet du flacon laveur et l'autre aboutit à un récipient posé sur l'un des côtés du lit. Les ouvertures d'entrée et de sortie peuvent, s'il y a lieu, être hermétiquement fermées sur le tube de caoutchouc avec du collodion ou du taffetas gommé sans que l'on ait à redouter aucun accident d'étranglement. Dans le but d'obtenir un peu plus de pression, le flacon laveur était disposé le long du mur voisin sur un petit socle élevé de 2 ou 3 mètres au-dessus du sol.

Les choses étant ainsi disposées, il suffit d'ouvrir le robinet pour entretenir à travers l'épaisseur du membre un courant d'alcool que l'on gradue à son gré. L'expérience m'a appris qu'il était utile, durant les premiers jours surtout, d'ouvrir de temps en temps le robinet à plein jet, de façon à faire pénétrer l'alcool sous pression dans les parties les plus sinueuses, les plus reculées de la plaie et du foyer de la fracture.

En opérant de la sorte l'irrigation alcoolique entraîne au dehors les matières putréfiées et septiques qui se décomposent au sein des tissus et il s'écoule par le tube de dégagement un liquide brunâtre, horriblement fétide, qui tient en suspension de petits caillots de sang putréfié.

Le liquide dont j'ai fait usage était de l'alcool à 80 degrés de la pharmacie du Val-de-Grâce additionné de son volume d'eau, et tenant en dissolution par litre de mélange un gramme d'acide phénique.

En raison du ralentissement manifeste apporté par l'alcool dans le travail de cicatrisation, les irrigations nous paraissent devoir être supprimées à la fin de la période infectieuse, c'est-à-dire aussitôt que les surfaces traumatiques sont recouvertes de bourgeons charnus.

Conclusions. — 1° Les plaies contuses, surtout lorsqu'elles sont compliquées de fractures ou d'épanchements de sang interstitiels, exposent à un ordre d'accidents graves qui ne peuvent être attribués qu'à une intoxication du blessé par la plaie en voie de décomposition putride.

2° L'état putride de cette dernière est indiqué par la couleur et surtout par l'odeur fétide des liquides qu'elle produit.

3° L'intoxication qui en est la conséquence, préjugée par l'état local de la blessure, se démontre par ses effets qui sont : d'une part, l'évolution d'un processus gangréneux, non justifié par des lésions vasculaires primitives, qui débute par un œdème profond, progressif et aboutit rapidement au sphacèle avec ou sans production gazeuse apparente ; d'autre part, par des troubles généraux semblables à ceux que provoquent les altérations septiques du sang.

4° Cette intoxication, en raison de la nature bien définie de sa cause, de l'uniformité de ses symptômes et de sa ressemblance si complète avec les effets développés spontanément ou provoqués chez les grands animaux sous l'action de produits putrides, nous paraît devoir être désignée sous le nom d'*infection putride aiguë*, voulant ainsi spécifier une forme particulière et accidentelle des complications des plaies.

5° L'infection putride aiguë ne saurait être attribuée à la violence même du traumatisme : il suffit pour le produire qu'il y ait dans la plaie des matières organiques, solides ou liquides, destinées à la décomposition putride et à l'élimination.

6° Pour ce motif et prenant en considération les traits de ressemblance qui existent entre les faits dont il est question ici et d'autres faits désignés sous le nom d'*emphysème traumatique* et attribués à l'action directe et primitive d'un traumatisme excessif, nous pensons que les uns et les autres peuvent être légitimement attribués à une même cause : l'infection putride aiguë.

7° Contre de tels accidents, le traitement doit être surtout préventif et avoir pour but, d'une part, de neutraliser la matière putrescible, et d'autre part d'opposer une barrière aussi complète que possible à la pénétration des matières putrides dans l'économie par une voie quelconque, sans toutefois provoquer de profondes désorganisations.

8° L'alcool suffisamment concentré, employé en irrigations continues et dirigées de telle sorte que toutes les parties condamnées à l'élimination soient baignées et en quelque sorte macérées par le liquide, nous paraît être l'agent thérapeutique le mieux approprié à la circonstance.

9° Comme il est impossible de déterminer à priori les blessures exposées à l'infection putride, ni le moment où l'infection se produit, il est indiqué d'instituer les irrigations alcooliques immédiatement après l'accident, et chez tous les blessés atteints de plaies contuses, surtout si elles sont étendues, profondes ou compliquées, soit de fractures, soit d'épanchement de sang interstitiel.

10° Les irrigations alcooliques doivent être continuées sans relâche jusqu'à la fin de la période infectieuse des plaies, c'est-à-dire jusqu'à ce que la surface traumatique soit recouvertes de bourgeons charnus.

11° Ces irrigations faites comme je l'indique peuvent être employées conjointement avec toutes les méthodes appliquées au traitement des fractures, des résections, etc. Si l'on donne la préférence par exemple aux appareils inamovibles, métalliques, plâtrés, silicatés, etc., il suffit, pour instituer les irrigations, de faire passer le tube irrigateur à travers les parois de l'appareil.

12° L'alcool, par la réfrigération des tissus qu'il produit, modère les réactions locales, rend les plaies sensibles, et semble prévenir le développement des accidents inflammatoires.

Thérapeutique.

De l'arrêt de la destruction du poumon dans la phthisie chronique par l'inhalation des vapeurs des essences oxygénées, par le docteur Jules Chéron, docteur ès sciences, médecin de Saint-Lazare.

Les succès obtenus dans ces dernières années à l'aide du camphre en poudre, type des essences oxygénées, dans le traitement de la pourriture d'hôpital, m'ont conduit à faire une étude comparée de ces mêmes essences dans leur application au traitement du phagédénisme, sur une large échelle, dans mon service de Saint-Lazare.

Les résultats vraiment dignes de remarque obtenus en grand nombre, résultats en partie publiés en 1871 dans la Revue médicale, ont appelé mon attention sur un désidératum de la médecine, à savoir : *la cicatrisation des cavernes du poumon dans la phthisie chronique.*

Il importait d'abord de m'assurer que les vapeurs des stéaroptènes ou essences oxygénées jouissent des mêmes propriétés que les poudres de ces substances; dans ce but, j'ai fait diriger, à l'aide d'un petit appareil à comprimer l'air, un courant d'air chargé de ces vapeurs sur des ulcères phagédéniques, sur des ulcérations rebelles de la cornée, sur des esthiomènes, qui résistaient à tous les traitements depuis plusieurs mois.

Employées sous cette forme, les vapeurs des essences oxygénées ont arrêté chaque fois l'envahissement et amené la cicatrisation.

Fort de ces nouveaux résultats, je me suis empressé de faire l'application de ce moyen au traitement de la phthisie pulmonaire à la période ulcérative.

Des nombreuses tentatives faites par moi depuis dix-huit mois dans mon service, qui renferme une moyenne de cent soixante-dix malades, champ d'observation où la phthisie pulmonaire est loin d'être rare, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Les vapeurs des essences oxygénées jouissent comme les poudres de ces mêmes substances de la propriété d'arrêter le travail destructeur du phagédénisme et de l'esthiomène, et de favoriser la réparation des ulcères rebelles de la cornée, etc. Rien de semblable n'est obtenu avec les essences non oxygénées dont l'essence de térébenthine est le type.

2° Les cavernes pulmonaires des phthisiques traitées par l'inhalation de ces mêmes vapeurs arrivent à la cicatrisation sous l'influence de ce mode de traitement dans un grand nombre de cas et dans un temps relativement court.

3° Les produits de l'expectoration, chez tous les malades traités de la sorte, ont été examinés au microscope par le procédé de Fenwick. La présence de fibres élastiques constatées au début et la disparition constatée à la fin du traitement, justifient l'emploi des inhalations des vapeurs des essences oxygénées dans la période ulcérative de la phthisie chronique.

4° Les vapeurs libres de ces substances ont une trop faible tension, et chargent par conséquent d'une façon insuffisante l'atmosphère des appartements où on les laisse se vaporiser; aussi ai-je fait usage dans mes tentatives d'un petit appareil vaporifère construit par M. Collin, sur mes indications, pour chasser avec une certaine énergie dans les tuyaux bronchiques de l'air saturé de ces vapeurs.

5° Toutes les essences oxygénées peuvent être employées avec chance de succès. J'ai fait usage de l'essence oxygénée des Laurinées ou camphre du Japon, de l'essence oxygénée de la camomille, de l'essence oxygénée du cèdre, de l'essence oxygénée de l'eucalyptus ou eucalyptol.

6° La préférence doit être accordée à l'essence oxygénée du *Laurus camphora*, dont l'odeur est moins pénétrante que celle du camphre de *Bornéo*, et à l'essence oxygénée du cèdre dont l'odeur agréable et douce est fort bien supportée par les malades.

7° Une fièvre continue intense, une grande faiblesse, la rapidité dans la marche de la maladie, l'émaciation, représentent autant de conditions défavorables au succès de ces inhalations.

8° La forme torpide et lente de la phthisie, avec conservation partielle des forces, expectoration abondante avec toux et oppression, la période terminale de la pneumonie éliminatrice sont, au contraire, les circonstances dans lesquelles les inhalations des vapeurs des essences oxygénées donnent les meilleurs résultats.

9° Sous l'influence de ce mode de traitement, l'expectoration, la dyspnée et la toux s'amendent, l'appétit revient, les forces se relèvent, la fièvre hectique s'atténue et disparaît bientôt, le malade augmente de poids. Enfin, dans un très-grand nombre de cas, nous avons eu la satisfaction de voir disparaître tous les phénomènes morbides et les malades revenir à la santé.

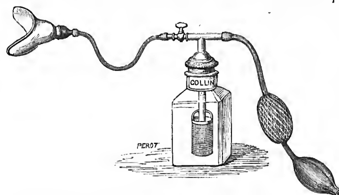
10° L'emploi de ce moyen ne saurait contre-indiquer en aucune façon l'usage des médicaments et du régime habituel, car il n'a aucune prétention spécifique. Il arrête la destruction pulmonaire et permet au médecin d'utiliser cette rémission au profit du malade en combattant par les moyens appropriés la diathèse tuberculeuse.

11° Il n'y a là que l'application d'une propriété des essences oxygénées nettement déterminée et découverte dans ces derniers temps. On ne saurait y voir aucun point de contact avec les exagérations fâcheuses et malheureusement trop répandues qui ont eu pour but de faire considérer l'une d'elles (le camphre) comme une panacée, en même temps qu'elles détournaient les médecins de l'emploi véritablement rationnel de cet agent thérapeutique.

L'appareil dont nous nous servons se compose d'un flacon dans lequel est renfermé un petit panier de toile métallique contenant l'essence oxygénée, l'air est projeté dans le flacon par les pressions successives faites avec la main sur la première poire de caoutchouc. Les deux poires représentent une véritable pompe à compression.

L'air pénètre par un tube qui s'ouvre au-dessus du panier, le tube de sortie situé plus haut que le précédent entraîne l'air chargé de vapeur, vers l'orifice terminé par une embouchure que le malade applique sur ses lèvres.

Suivant que le robinet, est à peine ouvert ou largement ouvert, on peut avoir un courant d'air saturé continu ou intermittent ; en remplissant d'air l'appareil et ouvrant brusquement le robinet, on peut chasser avec force dans les bronches une certaine quantité d'air chargé de vapeur, au moment de l'inspiration.



SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE. — MM. *Littré* et *Ch. Robin* offrent à l'Académie la *treizième édition* de leur remarquable *Dictionnaire de médecine.*

FERMENTATION. *Observations au sujet de trois notes communiquées dans les dernières séances par MM.* Béchamp *et* Estor, *par M.* Pasteur. — « J'ai lu avec attention, dit M. Pasteur, ces trois notes, ou réclamations de priorité. Je n'y ai trouvé que des appréciations dont je me crois autorisé à contester l'exactitude et des théories dont je laisse à leurs auteurs la responsabilité. Plus tard, et à loisir, je justifierai ce jugement. »

SOURCES DE LA CHALEUR ANIMALE. — M. *Cl. Bernard* fait remarquer que la seconde note de M. Bouillaud, pas plus que la première, ne contient un seul fait ni une seule expérience qui puisse servir de base à une discussion scientifique, et qu'il ne tient à la théorie de Lavoisier que par des motifs de pur sentiment. Il se défend en outre d'avoir fait du foie le foyer exclusif de la chaleur.

« M. Bouillaud, ajoute-il, ne sait pas, sans doute, que cette année même j'ai publié une série de leçons professées au Collége de France sur la chaleur animale considérée au point de vue physiologique et pathologique (Voy. la *Revue scientifique*, 1872, n°s 19, 29, 36, 38, 40, 41, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 52, 53). J'ai rappelé dans ce cours toutes les acquisitions récentes de la science sur cette question, et j'ai fait voir que les controverses sur le siége de la chaleur animale dans un foyer unique sont des souvenirs d'une autre époque. Aujourd'hui tous les physiologistes sont parfaitement fixés sur les bases de la théorie de la calorification ; tout le monde sait que la chaleur animale étant une manifestation intimement liée à l'accomplissement des phénomènes de nutrition et d'activité vitale, doit se produire dans tous les organes et dans tous les tissus, puisque tous les organes et tous les tissus vivants se nourrissent et fonctionnent. Mais le point qu'il nous importe actuellement d'élucider c'est le mécanisme même de la calorification. J'ai étudié ce mécanisme dans les tissus musculaires, glandulaires, cellulaires et cutanés, et je me suis attaché aussi à expliquer le mode particulier d'action de l'influence nerveuse dans les divers phénomènes calorifiques. Bientôt, si l'Académie me le permet, j'aurai l'honneur de lui communiquer les résultats de ces recherches nouvelles. »

M. *Bouillaud* répond : « 1° Lavoisier a formellement enseigné qu'il s'opérait dans le poumon une combustion, une *oxydation*, et que du foyer de cette combustion provenait la chaleur animale, destinée à maintenir la température de notre économie à ce degré que tous les physiologistes connaissent aujourd'hui ; 2° il n'est pas démontré, par des observations et des expériences décisives, comme le prétendent plusieurs physiologistes, M. Cl. Bernard entre autres, que cette combustion ne soit pas une vérité. De l'aveu de Lavoisier lui-même, aucune *expérience décisive*, il est vrai, ne prononce que l'acide carbonique contenu dans l'air expiré provienne immédiatement du poumon ; mais nulle expérience décisive non plus ne prononce que telle ne soit pas l'origine de l'acide carbonique de l'air expiré. Reste toujours la raison tirée de l'analogie en faveur de l'hypothèse de Lavoisier. 3° Cette raison analogique et les autres arguments sur lesquels est fondée la *théorie de Lavoisier* m'excuseront, je l'espère, d'avoir dit que les temps n'étaient pas encore venus, si jamais ils viennent, ce qu'à Dieu ne plaise, de renoncer sans retour à l'ingénieuse et belle théorie combattue par M. Cl. Bernard. 4° Quant à la propre théorie de cet éminent physiologiste, je ne l'ai offensée, il le sait bien, que dans celles de ses parties où elle s'est déclarée contraire à la combustion respiratoire ou intra-pulmonaire, opération qui constitue le fond même de la théorie de Lavoisier.

Enfin, M. *Milne Edwards* combat, par l'historique même de la question, à laquelle il a apporté le concours de ses propres recherches, cette assertion de M. Bouillaud, que « rien n'est venu prouver que la combustion physiologique, dont dépendent à la fois la production de l'acide carbonique exhalé et le développement de la chaleur animale, ne soit pas localisée dans les poumons ».

NÉCROLOGIE. — M. *le Président* annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. *F. A. Pouchet*, correspondant de la section d'anatomie et zoologie, décédé à Rouen le 6 décembre 1872.

COMMISSION DES PRIX. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de neuf membres, qui sera chargée de juger le concours des prix de médecine et chirurgie (fondation Montyon) pour l'année 1872.

MM. Cloquet, Nélaton, Cl. Bernard, Bouillaud, Robin, Sédillot, Andral, Larrey, Milne Edwards, obtiennent la majorité des suffrages.

Les membres qui après eux ont obtenu le plus de voix sont MM. de Quatrefages, Coste, Bouley, Wurtz, de Lacaze-Duthiers.

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'une commission de cinq membres, qui sera chargée de juger le concours des prix de statistique (fondation Montyon) pour l'année 1872.

MM. Bienaymé, Ch. Dupin, Mathieu, Boussingault, Morin, réunissent la majorité des suffrages.

Les membres qui après eux ont obtenu le plus de voix sont MM. Passy, Belgrand, Chevreul, Bertrand.

PHYLLOXERA. — M. *Erb* et M. *Balissat* adressent chacun une note relative à un procédé de destruction du *Phylloxera*. (Renvoi à la commission.)

SILICATE DE SOUDE. — M. *Bonjean* adresse une réclamation de priorité concernant l'emploi du silicate de soude en médecine. L'auteur croit avoir, le premier, fait connaître l'action médicale du silicate de soude contre les affections rhumatismales et goutteuses, et aussi dans le catarrhe vésical chronique.

FONCTIONNEMENT DU CERVEAU. — M. *Beaunis* adresse, de Nancy, une réclamation de priorité, au sujet du procédé d'expérimentation décrit dans une note de M. *Ed. Fournié*, intitulée : RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE FONCTIONNEMENT DU CERVEAU (*Comptes rendus*, 11 novembre 1872, p. 1194). L'auteur adresse

à l'appui de sa réclamation une note imprimée, SUR L'APPLICATION DES INJECTIONS INTERSTITIELLES A L'ÉTUDE DES FONCTIONS DES CENTRES NERVEUX, publiée par lui dans la GAZETTE MÉDICALE (27 juillet, 3 et 17 août 1872).

Académie de médecine.

SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. BARTH.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département d'Eure-et-Loir. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Nogaret*, sur le service médical des eaux minérales de Salies (Basses-Pyrénées). (*Commission des eaux minérales.*)

L'Académie reçoit : *a*. Une note de M. le docteur *Peyrusson* (de Cette), sur le danger d'autoriser les sages-femmes à prescrire l'ergot de seigle. (*Comm.* : M. Tarnier). — *b*. Une lettre de candidature de M. le docteur *Gallez* (de Châtelet), pour le titre de correspondant étranger. — *c*. Une lettre de M. le docteur *Édouard Fournié*, accompagnant l'envoi d'un exemplaire de ses Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau. — *d*. Un travail de M. *Husson*, pharmacien à Toul, concernant l'action de l'iode sur le sang. (*Comm.* : MM. Béclard, Hérard et Chatin). — *e*. Une note de M. le docteur *Dutrieux* (de Bruxelles), relative à un instrument de son invention, qu'il nomme *réflecteur otoscope*. — *f*. Un pli cacheté, adressé par M. le docteur *Collongues*, et contenant l'énoncé de la découverte d'une substance végétale qui devient sensible et impressionnable, à distance et sans le contact, en présence des forces actives organiques et vivantes, soit de l'homme, soit de tout autre animal, soit de toute matière organisée et vivante. (*Accepté.*)

M. *Vernois* présente, de la part de M. le docteur *Dureau*, une brochure intitulée : NOTES SUR L'ENSEIGNEMENT ET L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN EUROPE.

M. *Barth* présente, au nom de M. *Nélaton*, empêché, un volume, en langue anglaise, intitulé : DISEASES OF THE OVARIES, THEIR DIAGNOSIS AND TREATMENT, par *Spencer Wells*.

M. *le secrétaire perpétuel par intérim* donne lecture de l'ampliation d'un décret en date du 19 novembre, par lequel est approuvée l'élection de M. le docteur *Théophile Roussel*, comme membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement de M. *Lecanu*, décédé.

Sur l'invitation de M. le Président, M. *Th. Roussel* prend place parmi ses nouveaux collègues.

M. le *secrétaire* signale, parmi les pièces de la correspondance, une lettre de M. le docteur *Péan*, qui maintient, contrairement à l'opinion de M. Demarquay, que les tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus peuvent être extraites avec quelque chance de succès, et qu'il ne faut peut-être pas désespérer de voir, un jour, ces opérations prendre rang, comme l'ovariotomie, dans la pratique de la chirurgie française. Il examine et discute les objections qui lui ont été faites par son honorable contradicteur; et il déclare que, pour ne pas laisser la moindre place au doute, il s'est toujours imposé le soin de décrire longuement les opérations graves auxquelles il se livrait, et le devoir d'y admettre comme témoins tous ceux de ses confrères qui lui en faisaient la demande. Il n'a donc pas à se justifier, ni à motiver, en quelque sorte, les succès qu'il a pu obtenir.

L'ERGOT DE SEIGLE ET LES SAGES-FEMMES. — Sauf quelques minutes de grâce accordées à M. *Mialhe*, pour la lecture d'une série de rapports relatifs à des demandes d'autorisation d'exploiter de nouvelles sources minérales, toute la séance a été consacrée à la question de l'ergot de seigle. L'Académie a compris qu'il fallait en finir au plus vite avec cette question qui tient en suspens les décisions de l'autorité, et dont la solution est impatiemment attendue par les intéressés. Aussi bien, pour y parvenir, on a du faire le sacrifice d'un comité secret et prolonger la séance jusqu'à cinq heures trois quarts. Encore un peu, et nous avions une séance de nuit, comme a Versailles.

Deux membres de la section d'accouchements, M. *Devilliers* et M. *Depaul*, ont pris les premiers la parole. Ils sont tombés d'accord sur le côté clinique de la question, c'est-à-dire sur les avantages et les inconvénients, l'efficacité et les dangers, les indications et les contre-indications du seigle ergoté.

Les deux orateurs ont exposé, avec toute l'autorité d'une longue expérience, les circonstances dans lesquelles cet agent peut être nuisible, et les cas dans lesquels il peut être utile. Ils ont formulé, avec une grande précision et une netteté parfaite, les conditions spéciales de son emploi, et insisté très-expressément sur les précautions et la vigilance qu'il convient d'apporter dans son dosage et dans son mode d'administration.

M. Devilliers critique et repousse l'usage de l'ergot de seigle contre les hémorrhagies qui surviennent quelquefois au début ou pendant le cours de la grossesse.

Il reconnaît, comme M. Depaul, qu'on peut l'employer exceptionnellement pendant le travail de l'accouchement, comme ocitocique, pour stimuler ou réveiller les contractions de l'utérus, quand elles sont insuffisantes ou engourdies. « Mais alors, dit M. Devilliers, son usage exige une grande prudence, beaucoup de tact, une grande habitude de l'auscultation obstétricale ». Et M. Depaul, parlant dans le même sens, ajoute : « Le médecin doit rester auprès de la femme pour surveiller l'action du médicament et apprécier, par l'auscultation du cœur du fœtus et par l'état de ses battements, s'il doit continuer ou suspendre l'emploi de cette substance.

Les deux orateurs s'accordent à reconnaître que le seigle ergoté n'agit pas comme agent toxique sur le fœtus; mais qu'il le tue mécaniquement, soit en provoquant le décollement prématuré du placenta, soit en arrêtant la circulation placentaire, par les contractions utérines immodérées qu'il sollicite.

Ils conviennent aussi que ce médicament est éminemment utile dans les hémorrhagies, souvent très-graves, qui suivent la délivrance. Enfin, ils sont d'un commun avis pour attribuer les accidents et les malheurs produits par le seigle ergoté, non pas à son administration opportune et prudente, mais à son emploi intempestif ou aux abus qu'en font des sages-femmes ignorantes ou mal intentionnées. Toutefois, M. Depaul n'admet pas les propriétés abortives de l'ergot de seigle. Suivant lui, cette substance, excellente pour stimuler les contractions utérines quand elles sont commencées, est impuissante à les provoquer et à les faire naître. Il a eu l'occasion d'observer nombre de femmes enceintes qui avaient pris jusqu'à 6 et 8 grammes de seigle ergoté, dans le but de se faire avorter, et qui n'avaient pu y réussir.

Nous avons vu avec satisfaction M. Devilliers et surtout M. Depaul confirmer de leur autorité une opinion que nous avons émise dans notre dernier compte rendu, à savoir que la plupart des méfaits du seigle ergoté doivent être imputés à l'ignorance et à l'instruction insuffisante des sages-femmes. « Il est certain, avoue M. Devilliers, que la très-grande majorité des sages-femmes, même celles qui sont sorties de nos meilleures écoles, ne savent pas se diriger dans l'emploi de ce médicament. » Et M. Depaul, qui en sa qualité de professeur doit être mieux renseigné que personne sur ce point, déclare « que le vice réel gît dans l'éducation première de la sage-femme ; il est impossible que, dans le court espace d'un an, une pauvre fille de la campagne, souvent sans instruction préalable, apprenne d'une manière satisfaisante l'art des accouchements. Le temps d'études exigé de la sage-femme est donc insuffisant ; c'est un point sur lequel l'Académie doit appeler instamment l'attention de l'autorité ».

Partis des mêmes principes, M. Devilliers et M. Depaul aboutissent à des conclusions un peu différentes.

M. Devilliers est d'avis que l'ergot de seigle ne doit pas être mis à la libre disposition des sages-femmes, ni rayé de la liste des substances vénéneuses ; cependant, comme cet agent peut être utile dans quelques cas, il demande que les pharmaciens soient autorisés à le délivrer aux sages-femmes sur la présentation obligatoire de leur diplôme et sur une ordonnance revêtue du visa d'un médecin, qui dès lors en accepterait la responsabilité.

M. Depaul propose de répondre à M. le préfet de police que la loi, telle qu'elle existe actuellement, ne permet pas aux sages-femmes de prescrire le seigle ergoté, et aux pharmaciens

de leur délivrer ce médicament; que cette interdiction est une chose fâcheuse, parce que, dans certains cas de la pratique des accouchements, le seigle ergoté est très-utile; qu'enfin le vice capital réside dans l'insuffisance du temps imposé aux sages-femmes pour leur instruction.

Telle est également l'opinion de M. *Jules Guérin*, qui prend la parole après M. Depaul. L'honorable orateur regarde aussi, comme une condition essentielle, d'élever le niveau d'instruction des sages-femmes.

Mais, au nom de la logique, il réclame pour elles le droit de se servir du seigle ergoté, qui est corrélatif du droit qu'elles ont de pratiquer les accouchements.

M. J. Guérin signale ensuite une indication spéciale et très-importante de l'ergot de seigle, qui n'a pas été mentionnée par les orateurs précédents. On a parlé de son efficacité comme hémostatique après la délivrance; mais on n'a rien dit de son action prophylactique à l'égard de la fièvre puerpérale. Suivant M. J. Guérin, une des principales conditions étiologiques de cette fièvre, c'est l'inertie de l'utérus après l'accouchement, d'où résultent le défaut de rétraction de l'organe, la formation, dans la cavité utérine, d'un vide relatif, la pénétration de l'air et la putréfaction des liquides épanchés dans cette cavité. D'après les observations de M. J. Guérin, de M. Campbell et de divers médecins étrangers, le seigle ergoté, en combattant l'inertie, en ramenant le retrait de l'utérus, et en rappelant les lochies, est un des moyens les plus propres à prévenir le développement des accidents puerpéraux.

L'orateur en conclut que les sages-femmes doivent être autorisées à prescrire le seigle ergoté dans la pratique des accouchements, en entourant cette autorisation de certaines garanties propres à en atténuer les inconvénients ou les dangers.

M. *Tarnier* a obtenu, pour ses débuts d'orateur, un véritable succès de tribune. Il parle sans ostentation, sans emphase, sans recherche, le plus simplement du monde, avec une sorte d'abandon familier, un accent de franchise, et presque de bonhomie, qui attirent l'attention bienveillante et gagnent les sympathies de l'auditoire. Il défend son rapport avec beaucoup d'habileté et soutient ses conclusions avec une grande fermeté.

Il rappelle que la commission, par l'organe de son rapporteur, a admis, comme MM. Devilliers et Depaul, que le seigle ergoté est quelquefois utile pendant le travail de l'accouchement, mais que l'on doit employer généralement le forceps, moins dangereux pour la mère et pour l'enfant; qu'après la délivrance, au contraire, lorsque survient une hémorrhagie, l'ergot de seigle, employé comme agent hémostatique, est indispensable.

M. Tarnier montre les conséquences fâcheuses qu'entraînerait l'interdiction absolue de l'ergot de seigle aux sages-femmes. Déjà la loi leur défend de se servir du forceps. Que feront-elles donc dans le cas d'accouchement lent, lorsque sous l'influence de l'inertie de l'utérus la tête de l'enfant séjourne trop longtemps au voisinage de la vulve, et que le fœtus court risque de périr asphyxié si l'art n'intervient? Ici, à défaut du forceps, l'emploi du seigle ergoté est formellement indiqué et d'un merveilleux effet. Employé à temps il réveille les contractions utérines et provoque l'expulsion d'un enfant vivant.

M. Tarnier réfute avec beaucoup d'esprit les objections de M. Blot et prouve, par maints exemples, que son honorable collègue est loin, dans sa pratique, de témoigner pour le seigle ergoté le même dédain qu'il a professé à la tribune de l'Académie. Placé en présence d'une métrorrhagie postpuerpérale grave, M. Blot commence par administrer le seigle ergoté, comme tous les accoucheurs, et c'est en attendant l'action de ce médicament qu'il emploie accessoirement, pour ainsi dire, les autres moyens dont il a parlé et dont il voudrait imposer aux sages-femmes l'usage exclusif.

M. le rapporteur prend résolûment la défense des sages-femmes contre les attaques dont elles ont été l'objet. Il serait injuste de méconnaître les services qu'elles rendent dans les campagnes, où les médecins sont rares et où il faut souvent faire plusieurs lieues pour en trouver. Sans doute, il y en a d'ignorantes et de maladroites; mais aussi combien y en a-t-il qui ont arraché et qui arrachent, tous les jours, des mères et des enfants à une mort certaine par l'administration opportune de l'ergot de seigle!

Ce serait donc une faute de les priver de cette précieuse ressource. Et puis, a-t-on bien réfléchi aux difficultés d'une telle entreprise? A-t-on songé que cette interdiction irait se heurter contre une puissance avec laquelle il faut compter, l'habitude et l'usage universel, plus forts que les prescriptions légales. Aujourd'hui, en effet, non-seulement d'un bout à l'autre de la France, mais encore d'un bout du monde à l'autre, toutes les sages-femmes emploient le seigle ergoté, et tous les pharmaciens, hormis celui de Vanves, le délivrent sur leur prescription.

D'ailleurs, quoiqu'on ait dit le contraire, M. Tarnier maintient que la loi qui prescrit d'examiner les sages-femmes sur les accidents qui peuvent précéder, accompagner ou suivre les accouchements et *sur les moyens d'y remédier*, leur reconnaît implicitement le droit de se servir du seigle ergoté, qui est certainement un de ces moyens les plus efficaces. Il est vrai qu'à côté de cette loi il en existe une autre qui empêche les pharmaciens de délivrer aux sages-femmes des substances vénéneuses au rang desquelles figure le seigle ergoté. Eh bien, c'est cette contradiction entre les deux lois qu'il s'agit de faire cesser.

A ceux qui ont nié que l'Académie fût compétente pour traiter ce point de législation, M. Tarnier répond avec raison que la police médicale rentre dans les attributions de la savante compagnie.

M. le rapporteur combat successivement les conclusions que les différents orateurs ont proposé de substituer à celles de la Commission, et il annonce que M. Tardieu a retiré sa proposition pour se rallier à celles du rapport.

En résumé, M. Tarnier déclare que la Commission maintient ses trois premières conclusions. Quant à la quatrième, qui tendait à faire supprimer le seigle ergoté de la liste des substances vénéneuses, la Commission l'abandonne pour lui substituer une autre conclusion réunissant en une seule formule les propositions de MM. Devergie et Gobley.

Voici les termes des conclusions adoptées par l'Académie, après une discussion animée et un peu confuse à laquelle ont pris part MM. *Poggiale*, *Bouillaud*, *Chauffard*, *Barth* et *Devergie*.

1° Malgré de réels inconvénients, le seigle ergoté offre de tels avantages dans la pratique des accouchements, qu'il y a nécessité d'autoriser les sages-femmes à prescrire ce médicament.

2° L'article 32 de la loi du 19 ventôse de l'an XI, en stipulant que les « sages-femmes seront examinées, par les jurys, sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier », leur reconnaît implicitement le droit de prescrire le seigle ergoté.

3° Ce droit est en contradiction avec les lois, ordonnances et décrets qui régissent l'exercice de la pharmacie, puisque les médecins et les vétérinaires y sont seuls désignés comme pouvant prescrire les substances vénéneuses dans le tableau desquelles figure le seigle ergoté (ordonnance du 29 octobre 1846).

4° Pour faire cesser cette contradiction, en attendant la révision de la législation, le moyen le plus simple serait de prier M. le ministre de l'agriculture et du commerce de prendre les mesures nécessaires pour que les pharmaciens soient autorisés à délivrer du seigle ergoté aux sages-femmes sur la présentation d'une prescription signée et datée par elles.

Ces conclusions seront adressées à M. le préfet de police.

M. Tarnier a bien mérité non-seulement des sages-femmes, mais encore des mères et des enfants, que les conclusions qu'il a fait adopter sauveront de plus d'un péril.

Société de biologie.

EXPÉRIENCES SUR LA SEPTICÉMIE. — LE SILICATE DE SOUDE COMME DISSOLVANT DES CALCULS. — LA PRESSION DU SANG CHEZ LES ANIMAUX A SANG FROID. — HYPERTROPHIE CÉRÉBRALE DE LA CORNÉE DES JEUNES ANIMAUX.

La séance de samedi 14 décembre a été en partie consacrée à l'exposition des expériences faites par M. Vulpian sur la septicémie. M. Vulpian, on se le rappelle, avait, à l'Académie, exprimé son étonnement que les doses septiques presque infinitésimales employées par M. Davaine puissent produire la mort des lapins. Aujourd'hui, le savant professeur est convaincu par ses propres expériences. Dans celles-ci, pratiquées sur des cobayes et des lapins, la dose de un millionième de sang infecté a suffi pour donner la mort; il est vrai qu'avec une dilution au billionième le lapin n'est pas mort.

M. Vulpian a pris comme liquide septique le sang putride d'un homme mort de gangrène pulmonaire. Un lapin inoculé avec ce sang est mort en vingt heures. Le sang de ce lapin, inoculé à la dose de deux gouttes à un autre lapin, a amené la mort de ce second animal en trente-six heures. Enfin, quatre lapins inoculés à des doses bien plus faibles variant du millième au millionième, sont morts rapidement. Des cobayes inoculés de la même manière ont succombé, et la sérosité provenant de la plèvre d'un de ces cobayes a été injectée aux lapins et a produit la mort. Dans tous ces cas on a constaté des lésions importantes : parmi celles-ci, les altérations du sang occupent le premier rang, en effet, dans tous les cas, le sang des lapins septicémiques renfermait des granulations mobiles et immobiles, et des bactéries en forme de bâtonnets; lorsqu'on avait injecté à des doses relativement plus fortes (soit 1/50e de goutte), le sang renfermait des myriades de vibrioniens, soit les bactéries ou les granulations mobiles; dans l'inoculation au millionième, on trouvait encore dans le sang des granulations et des bactéries. De plus, les globules rouges sont diffluents, la matière colorante se dissout dans le sérum. Comme lésions des solides, M. Vulpian remarque qu'il n'a pas trouvé d'infarctus, et cependant quelquefois une congestion apoplectiforme des poumons, la muqueuse intestinale était souvent fortement injectée. Les ganglions abdominaux étaient ordinairement tuméfiés. La rate, toujours quelque peu gonflée et ramollie, renfermant en grande quantité les granulations et quelques bactéries en bâtonnet. Dans le foie se trouvaient des bâtonnets et des granulations.

En résumé, les deux phénomènes les plus remarquables sont, d'une part, la mort rapide à doses extrêmement faibles, le développement de vibrions chez l'animal vivant, c'est-à-dire la présence de granulations moléculaires mobiles de bactéries punctiformes ou en bâtonnets.

M. Vulpian rappelle à ce propos que, dans une série d'expériences anciennes, étudiant l'inoculation de liquides septiques ou putrides chez des cobayes, pratiquées avec la lancette trempée dans ces liquides, il avait observé très-souvent des infarctus. Dans cette série de faits, au contraire, les infarctus manquent, les vibrations semblent constituer les seuls témoins importants de l'infection.

M. Vulpian pense que ses expériences confirment celles de M. Davaine; il insiste cependant sur le rôle que les bactéries peuvent remplir dans cette forme de septicémie observée chez les lapins, il proposerait volontiers le nom de bactériehémie, pour bien spécifier le mode de production de cette infection.

Sans vouloir préjuger de l'importance du rôle des bactéries dans la septicémie, M. Vulpian rapproche des faits précédents d'autres observations qui prouvent que les bactéries peuvent exister dans des maladies d'origine diverse, il les a vues dans le sang d'un homme atteint de fièvre typhoïde; d'autre part on peut développer chez la grenouille, avec une substance non putride, la cyclamine appliquée sur l'œsophage, une infection du sang par les bactéries, celles-ci se développent à la surface muqueuse, au sein de l'épithélium altéré par l'action vésicante de la cyclomine, puis elles pénètrent dans le sang à travers le tube digestif.

Les conditions de développement ou d'existence des bactéries dans les organismes vivants sont, d'ailleurs, très-complexes; c'est ainsi que les bâtonnets du sang septique que l'on inocule disparaissent dans le sang de l'animal inoculé, et que ceux qu'on observe sont de nouvelle formation. Il doit exister pour les bactéries des conditions de milieu encore mal connues, et qu'on peut apprécier en observant les conditions de développement des infusoires les plus simples, par exemple on trouve chez les têtards des infusoires, les urcéolaires sur les branchies et dans la vessie; or, les urcéolaires de la vessie transportées sur les branchies, c'est-à-dire en contact avec l'eau, meurent rapidement.

Les phénomènes locaux, c'est-à-dire ceux qui, au lieu d'inoculation, succèdent à celle-ci, doivent avoir une grande valeur; peut-être expliquerait-on ainsi que lorsque la quantité inoculée est assez considérable pour produire un abcès, l'infection générale peut être retardée, et les manifestations peuvent en être modifiées, de sorte qu'on observe alors la suppuration, la gangrène, les infarctus. M. Liouville a rapporté à l'appui de cette hypothèse que, chez des lapins inoculés dans le laboratoire de M. Béhier avec du sang putride, il a observé, lorsque l'inoculation était faite à l'oreille, des abcès, des phlegmons localisés, de la gangrène même sans infection générale produisant la mort.

On voit combien les procédés d'expérimentation peuvent offrir d'importance dans la question de la septicémie; en présence de cette complexité, il y aurait avantage, comme l'a fait remarquer M. Charcot, à bien distinguer les diverses formes de la septicémie; en effet, pour prendre un seul exemple dans la septicémie par gangrène, il y a des formes différant beaucoup au point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie. Dans la septicémie qui accompagne la gangrène humide des membres, on observe de l'algidité et non pas l'exacerbation de température qui existe dans la septicémie liée à la gangrène. L'expression de bactériehémie proposée par M. Vulpian, aurait, par conséquent, l'avantage de spécifier pour le moment la septicémie observée sur le lapin et d'autres animaux à la suite des injections putrides.

Dans la même séance, plusieurs communications très-intéressantes ont été faites par MM. Rabuteau, Joliet, Renault et Landouzy.

M. Rabuteau a annoncé que l'hydrosilicate de soude dissout le phosphate ammoniaco-magnésien, par conséquent il est possible de concevoir la dissolution des calculs de la vessie par les injections d'hydrosilicate de soude: le problème si souvent cherché et dont la solution a été plusieurs fois annoncée va-t-il être définitivement résolu? M. Giraldès ne peut s'empêcher de conserver quelques doutes à cet égard, mais M. Rabuteau a commencé des expériences, il faut en attendre la publication avant d'en apprécier la valeur.

M. Jolliet a étudié la pression du sang chez les grenouilles, les couleuvres et les poissons, établissant des chiffres utiles à connaître pour les expérimentateurs.

M. Landouzy présente le cerveau d'un enfant de dix ans qui offre un volume et un poids considérables; il pèse 1590 grammes, c'est presque le poids du cerveau de Cuvier; dans tous les cas, c'est, chez un enfant, un poids supérieur à la moyenne chez l'adulte, 1310 grammes (suivant Sappey). Il s'agit d'une véritable hypertrophie du cerveau, il n'y a pas de lésions à l'œil nu, mais l'examen microscopique n'a pas encore été fait.

Enfin, M. Renault explique le mécanisme de la desquamation épithéliale chez les jeunes chats, et montre comment la cornée devient transparente par la chute des couches superficielles de l'épithélium.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

DE L'ASPIRATION DANS LA HERNIE ÉTRANGLÉE. — ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE. — TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM PAR LA RECTOTOMIE. — PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE. — PRÉSENTATION D'UN MALADE.

M. *Dieulafoy* lit un travail sur la ponction aspiratrice appliquée à la réduction des hernies étranglées. Ce travail est divisé en trois points :

1° La piqûre de l'intestin dans la hernie étranglée est-elle inoffensive, et n'est-elle pas de nature à compromettre le succès des autres moyens curatifs ultérieurs?

2° Dans quel cas et à quel moment doit-on pratiquer l'aspiration d'une hernie étranglée?

3° Quel est le manuel opératoire?

Pour établir l'innocuité de la ponction aspiratrice, M. Dieulafoy s'est basé sur les vingt-quatre observations existant jusqu'à ce jour, ayant trait à des hernies ombilicales, crurales, inguinales, et chez lesquelles l'étranglement remontait à des époques différentes. Dans aucun cas, la piqûre aspiratrice n'a provoqué le plus léger accident, et quand la kélotomie a été pratiquée séance tenante, c'est à peine s'il a été possible de retrouver les traces des piqûres sur l'anse intestinale herniée.

La question d'opportunité a ensuite été abordée. La ponction aspiratrice étant l'auxiliaire le plus direct et le plus efficace du taxis, le traitement rationnel de la hernie étranglée, à quelques exceptions près, doit toujours commencer par la ponction aspiratrice. Les résultats obtenus par le procédé nouveau se chargeraient de répondre à toutes les objections, puisque sur vingt-quatre cas de hernies étranglées qui avaient résisté au taxis forcé, au taxis aidé du chloroforme, et aux autres moyens ordinairement mis en usage, l'aspiration a donné seize cas de guérison et n'a été d'aucune entrave dans les autres cas où la kélotomie a été nécessaire.

Voici le manuel opératoire. On introduit, à travers la peau, l'aiguille aspiratrice n° 1 ou n° 2, armée du vide préalable. Cette aiguille aspire tout ce qu'elle rencontre sur son passage, liquide du sac, liquide et gaz de l'intestin. Aussitôt la tumeur s'affaisse, et la réduction devient des plus simples. Si la hernie ne rentre pas, c'est qu'il existe des adhérences, et il faut, sans prolonger le taxis, pratiquer la kélotomie.

— La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. La commission a classé *ex æquo* MM. Ledentu et Polaillon.

Au premier tour de scrutin, sur 26 votants, M. Ledentu obtient 3 voix; M. Polaillon, 11 voix; M. Magitot, 11 voix; un membre a déposé dans l'urne un bulletin blanc.

Au second tour, 28 votants : M. Magitot, 13 voix; M. Polaillon, 14; M. Ledentu, 1.

Au troisième tour, sur 28 votants : M. Polaillon, 12 voix; M. Magitot, 15, un bulletin blanc.

M. *Magitot* est nommé membre de la Société de chirurgie.

— M. *Verneuil* a lu, dans la séance du 16 octobre, le travail dont nous allons donner le résumé, sur les rétrécissements de la partie inférieure du rectum et leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie linéaire ou section longitudinale de l'intestin à l'aide de l'écraseur.

A force d'échouer en employant les moyens classiques, et de réussir ou du moins d'obtenir des résultats plus satisfaisants en adoptant d'autres procédés, M. Verneuil a acquis la conviction qu'il va faire connaître. Il a recueilli dix faits ainsi répartis : quatre rétrécissements avec fistules anales nombreuses; un rétrécissement avec une fistule opérée deux fois sans succès; un rétrécissement simple à l'union de l'ampoule rectale et de la région anale, traité depuis quatre ans sans succès; un rétrécissement avec une fistule ancienne et un phlegmon récent; trois cancers de l'extrémité inférieure du rectum.

1° Rétrécissements de la partie inférieure du rectum compliqués de fistules anales. Chacun des éléments de cette affection complexe doit être traité à part, sous peine de n'obtenir que des résultats nuls ou incomplets. Chez trois malades, on avait sans succès opéré une ou plusieurs fistules à la manière ordinaire, sans se préoccuper de la coarctation rectale. Chez tous, la section linéaire de l'obstacle faite après le débridement des fistules, ou dans la même séance, a produit les meilleurs effets. Deux malades très-gravement atteints opérés en 1863 et 1864, sont restés radicalement guéris. Une femme syphilitique, opérée en 1866, est morte en 1870 de tuberculisation pulmonaire; mais elle ne souffrait plus de l'intestin. Une autre femme, arrivée presque mourante à Lariboisière, en 1865, est sortie en bon état; il y a quelques semaines, M. Verneuil a pu constater par le toucher que le rectum offrait encore un rétrécissement notable. Les deux dernières opérations sont de date trop récente (un an, huit mois) pour qu'on puisse considérer la guérison comme assurée. Toutefois, les fistules sont cicatrisées et les troubles imputables au rétrécissement ont disparu.

Voici les règles du traitement mis en pratique par M. Verneuil. Il y a deux indications : 1° Inciser verticalement la paroi rectale de haut en bas, de manière que la section comprenne la totalité de la virole indurée, ou en d'autres termes le rétrécissement dans toute son épaisseur et surtout dans toute sa hauteur, y compris même, si faire se peut, quelques millimètres de la paroi saine à la limite supérieure du rétrécissement. 2° Débrider tous les trajets fistuleux principaux et accessoires, comme dans les cas ordinaires de fistules à l'anus.

Ces deux temps peuvent être exécutés en une seule ou dans plusieurs séances, suivant la gravité du cas et l'étendue des désordres. Quand la chose est possible, il est préférable de faire d'emblée la section du rétrécissement, parce que le soulagement du malade est plus prompt et que l'on met un terme aux accidents de rétention. Cependant, si l'induration et le gonflement des parties molles du périnée étaient énormes, on pourrait d'abord amener le dégorgement de ces parties en incisant les principales fistules superficielles.

Une seule section verticale du rétrécissement est suffisante d'ordinaire; cependant dans un cas M. Verneuil a dû la répéter en avant après l'avoir pratiquée en arrière. Le point sur lequel porte la section est déterminé le plus souvent par la situation et le trajet des fistules. On se laisse donc conduire par le stylet ou la sonde cannelée. Mais si ces instruments débouchent dans l'intestin plus bas que la limite supérieure du rétrécissement, il faut faire un trajet artificiel qui viendra aboutir à la muqueuse saine au delà de l'obstacle. Ce trajet se fera avec une forte sonde cannelée, ou un trocart courbe, ou avec une forte aiguille à manche, à pointe mousse et entraînant avec elle un gros fil passé dans son chas, fil que le doigt indicateur gauche ira chercher dans le rectum; un des chefs sera ramené par l'anus, tandis que l'autre sera entraîné dans le trajet fistuleux par le retrait de l'aiguille. A l'aide de ce fil, on fera passer la chaîne de l'écraseur. En cas de fistules multiples et inégalement distantes de la marge de l'anus, il faut explorer les divers trajets et choisir pour conduire la chaîne celui qui est le plus direct, le moins distant de l'orifice anal, à la condition toutefois qu'il mène au-dessus de l'obstacle. On choisira toujours de préférence le trajet le plus rapproché de la ligne médiane postérieure, les rapports du rectum en arrière étant plus simples qu'en avant et sur les côtés. Si les indurations des parties latérales remontent trop haut, si le rétrécissement est plus franchissable en arrière, M. Verneuil conseille de laisser de côté les trajets fistuleux et de faire la section médiane postérieure.

Si ce premier temps n'a pas été trop long ni trop laborieux, on fait immédiatement la section des fistules, plusieurs écraseurs pourront agir simultanément. Les décollements, les clapiers sous la peau, peuvent être incisés avec le bistouri, mais à

la condition de toucher avec le fer rouge le fond et les bords des plaies en gouttière qui en résultent. M. Verneuil cautérise même, mais plus légèrement, la plaie faite par l'écraseur : la cautérisation est le résolutif le plus puissant des indurations et des callosités. Le pansement est des plus simples. Jamais de mèches dans le rectum. Compresses imbibées d'eau fraîche ; deux ou trois irrigations par jour avec l'eau chlorurée, alcoolisée ou phéniquée.

En résumé, la section verticale du rectum pratiquée sur la ligne médiane et à l'aide de l'écraseur, constitue un moyen efficace, innocent et d'une exécution facile contre les rétrécissements fibreux ou spasmodiques de la partie inférieure du rectum, toutes les fois qu'ils ne sont pas situés à plus de 5 centimètres de l'orifice anal. (M. Verneuil lit une observation de rétrécissement dû à la contracture des fibres circulaires les plus élevées du sphincter de l'anus, et opéré avec succès par la rectotomie linéaire.) Lorsque les divers procédés de dilatation auront échoué, il conviendra de recourir à la rectotomie linéaire.

2° Dans les rétrécissements cancéreux du rectum, il ne s'agit plus de guérison radicale, mais seulement d'une atténuation des souffrances. Sur trois malades opérées par M. Verneuil, deux ont obtenu une grande amélioration ; la troisième mourut de péritonite six jours après l'opération.

— M. *Panas* a lu dans la séance du 27 novembre un travail ayant pour titre : DU TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM PAR LA RECTOTOMIE EXTERNE. Il est une classe de rétrécissements rebelles à tout procédé de dilatation, et qui exigent d'emblée la diérèse, soit parce qu'ils sont trop résistants et trop épais pour céder autrement, soit parce qu'ils sont trop sensibles pour pouvoir être soumis à une dilatation prolongée. M. Panas ne s'occupera que de ces derniers et de l'opération qu'ils réclament.

En 1865, ayant eu à traiter en ville avec M. Nélaton un rétrécissement de nature fibro-plastique, entourant l'intestin, et offrant 3 centimètres de hauteur, M. Nélaton porta le bistouri sur la ligne médiane du rectum en arrière, et coupa du même coup le rétrécissement et le sphincter anal jusqu'à la pointe du coccyx. Une forte canule de caoutchouc vulcanisé fut placée en permanence jusqu'à cicatrisation des lèvres de la plaie. La malade quitta Paris très-améliorée.

En 1867, ayant à traiter un rétrécissement dense et très-douloureux d'origine probablement syphilitique, M. Panas conduisit l'opération de la façon suivante. La malade étant chloroformisée et couchée sur le dos, l'index de la main gauche fut introduit dans le rectum jusqu'au rétrécissement et servit de guide à un bistouri boutonné dont le tranchant fut tourné en arrière à l'effet de diviser sur la ligne médiane toutes les parties molles. L'incision ainsi faite fut d'autant plus profonde qu'on s'approchait davantage de la peau, de façon à représenter un large canal infundibuliforme, dont le sommet correspond au rétrécissement, désormais rendu visible. Rien de plus facile alors que d'introduire le bistouri dans le rétrécissement, qu'on incise également en arrière pour y passer le doigt d'abord, et une canule de 2 centimètres ensuite, qu'on laisse en place le plus longtemps possible. Deux ans après l'opération la guérison s'était maintenue.

En 1872, M. Panas opéra une autre malade qui succomba quelques mois après l'opération à la suite d'accidents amenés par un mauvais état général.

En résumé, la rectotomie externe constitue une opération réellement efficace, et relativement peu grave, double avantage qu'elle a sur la rectotomie interne. Cependant le nombre des observations n'est pas encore suffisant pour juger la question en dernier ressort.

— M. *Verneuil* est d'accord avec M. Panas sur le principe de l'opération ; mais il y a une dissidence au point de vue du procédé opératoire. M. Verneuil emploie l'écraseur, et M. Panas préfère le bistouri : auquel des deux moyens faut-il donner la préférence? M. Verneuil fait à l'incision par le bistouri un reproche, c'est d'exposer à l'hémorrhagie, et si le sujet est épuisé, une petite perte de sang peut avoir des suites fâcheuses ; et quand il faut tamponner, le tampon est mal supporté et peut déterminer des accidents. Autre objection, avec le bistouri on est plus exposé à l'érysipèle, à la lymphangite. Enfin, lorsqu'on porte le bistouri sur des tissus indurés, on obtient un écartement minime et l'on est obligé d'écarter les lèvres de la plaie avec des mèches, des canules. M. Verneuil fait sa comparaison entre le bistouri et l'écraseur, en considérant ce qui se passe dans l'opération de la fistule à l'anus. Dans ce cas il a renoncé au bistouri, il a adopté l'écraseur, parfois associé au fer rouge. Il a vu les fistules les plus simples donner des hémorrhagies graves après la section avec le bistouri. La première fois que M. Verneuil fit la rectotomie avec l'écraseur, le rétrécissement était situé très-haut, et jamais ce chirurgien n'aurait osé faire l'opération avec le bistouri.

Pour M. *Desprès*, quand le rétrécissement est fibreux aucune opération ne peut le guérir. Il en est des rétrécissements du rectum comme de tous les rétrécissements fibreux des muqueuses, on ne peut leur opposer que des palliatifs. Le meilleur traitement est la dilatation, car la meilleure opération sans dilatation sera inefficace. Si les malades de MM. Panas et Verneuil ne font pas régulièrement la dilatation, ils perdront bientôt le bénéfice de leur opération.

M. *Panas* évite l'hémorrhagie en dépassant le moins possible la limite de la coarctation, et en faisant l'incision sur la ligne médiane en arrière. Quant à l'érysipèle, c'est une question d'épidémicité et non de procédé opératoire. Enfin la canule est utile après l'opération par l'écraseur comme après l'incision par le bistouri. Avec l'écraseur on est obligé de comprendre toute l'épaisseur de l'intestin dans la section ; avec le bistouri, on peut limiter l'incision, ne pas dépasser l'épaisseur du rétrécissement et opérer graduellement.

M. *Verneuil* répond à M. Desprès que chez deux de ses opérés la guérison date de neuf ans chez l'un et de huit ans chez l'autre. D'un autre côté, la dilatation des parois n'est pas toujours exempte de dangers ; il y a des cas de mort. M. Verneuil n'a jamais fait de dilatation après la rectotomie, et il n'a pas eu à le regretter.

— M. *Le Dentu* présente un kyste hydatique de la mamelle. Une femme de trente-neuf ans portait depuis deux ans une induration à la partie inférieure et externe de la glande mammaire. Pas de fluctuation. Ganglions hypertrophiés dans l'aisselle ; on crut à un squirrhe. L'incision conduisit sur une poche fibreuse d'où s'échappèrent des hydatides.

Ce cas est à ajouter à ceux rapportés dans le livre de M. Davaine, et qui sont au nombre de huit, rapportés par les auteurs suivants : De Haen, Freteau, Roux, Ast. Cooper (deux cas), Graefe, Malgaigne, B. Cooper, Warren.

— M. *Lannelongue* présente un malade qui était atteint de division complète de la voûte palatine et du voile du palais. M. Lannelongue a remédié à la division de la voûte en empruntant un lambeau muqueux sur la cloison des fosses nasales.

REVUE DES JOURNAUX.

Mort par l'inhalation du protoxyde d'azote

Aucun anesthésique général ne peut être longtemps réputé parfaitement innocent. Le protoxyde d'azote jusqu'à présent, à part un ou deux faits qui n'ont pas été acceptés généralement comme probants, semblait promettre à la pratique dentaire une immunité réelle, à la condition que le gaz fût bien préparé. Cette fois l'accusation paraît plus sérieuse, elle vient du pays où le protoxyde d'azote est employé le plus communément. Suivant le rédacteur du *Medical Press and Cir-*

cular, le fait de mort s'est produit à Brooklynn (New-York), sur la personne de Mrs. O Shanghnessy, qui avait inhalé le gaz pour une opération dentaire.

A l'autopsie, on trouva les poumons en état d'asphyxie, et l'enquête médico-légale établit que la mort a été causée par l'administration du protoxyde d'azote. Bien qu'il ne s'agisse que d'un fait isolé, dit le rédacteur, il est en opposition avec la théorie de l'innocuité absolue de ce gaz, laquelle constitue le seul argument favorable à son emploi. Quiconque a été témoin de l'anesthésie par le protoxyde d'azote, reconnaît que la marche de l'anesthésie est en apparence dangereuse et inspire la répulsion, de sorte que les malades et les médecins ne se décident à la pratique de ce mode d'anesthésie que dans l'assurance que, sur des milliers de cas, il n'a pas produit d'accidents. Il semble maintenant que cette affirmation n'est pas absolument vraie, et la seule raison convaincante en faveur de l'adoption de l'anesthésique par la *profession* peut désormais être mise en doute. Le jugement de notre confrère est peut-être sévère, et un fait aussi important mériterait une enquête sérieuse, dont l'urgence est évidente et dont nous espérons trouver la publication. (*The medical Press and Circular*, 30 octobre 1872.)

Ovariotomie pratiquée dans le cours d'une péritonite aiguë, par le docteur Tracy.

Cette observation prouve en premier lieu une hardiesse rare de la part du chirurgien, qui n'a pas craint d'opérer au moment où existait la complication même qui cause la mort dans l'ovariotomie.

Il semble que M. Tracy s'est inspiré de cette pratique aventureuse, dans laquelle, pour prévenir la péritonite dans les plaies par armes à feu, on a ouvert le ventre pour chercher le projectile et suturer l'intestin.

Il s'agit d'une malade âgée de trente et un ans, mère de deux enfants, qui depuis quinze mois avait remarqué l'existence d'une tumeur abdominale. Lorsqu'on l'examina, elle était dans un état hectique, le pouls était faible et rapide, la malade éprouvait de vives douleurs dans le ventre qui était excessivement distendu. Une ponction donna issue à deux quarts (un demi-litre environ) de substance colloïde. La malade fut alors transportée à l'hôpital de Melbourne et examinée avec soin. L'estomac était très-irritable, la température était à 102 Fahrenheit (environ 39 degrés), le pouls à 120, et l'abdomen présentait une sensibilité extrême. Comme il était évident que la malade mourrait rapidement si l'on ne tentait aucune intervention active, on pratiqua l'ovariotomie. La tumeur était presque entièrement adhérente, le péritoine présentait une congestion intense, et la cavité péritonéale renfermait de la lymphe floconneuse. Le kyste était multiloculaire : le pédicule fut fixé avec le clamp, et la plaie réunie profondément par des sutures avec les fils de soie, superficiellement avec des crins de cheval. Deux heures après l'opération il y eut un abaissement considérable de la température. Le quatrième jour, la plaie donna issue à une quantité considérable de gaz et de liquide fétides. Mais depuis ce moment l'opérée a guéri rapidement.

Ce fait a été présenté à la Société de chirurgie de Melbourne; s'il n'y a pas lieu de le mettre en doute, on ne saurait être autorisé à le présenter comme un exemple à suivre. (*British Medical Journal* et *The Medical Record*, 15 novembre 1872.)

Travaux à consulter.

Note sur le tissu muqueux du cordon ombilical (gélatine de Whaston), par M. J. Renaut.

Sur l'anatomie pathologique des veines variqueuses, par le docteur Cornil. — Ces recherches histologiques sont résumées par leur auteur dans les termes suivants : Les varices sont le résultat d'une inflammation chronique des veines caractérisée essentiellement par la multiplication des éléments du tissu conjonctif des veines, surtout de la couche interne de la membrane moyenne, par la distension et l'extension du réseau des vasa vasorum, et consécutivement par des dilatations et des incrustations calcaires de la paroi des vaisseaux altérés. La paroi des veines variqueuses est complétement remaniée par cette formation nouvelle de tissu conjonctif, de vaisseaux dilatés et de tissus veineux provenant de ses vaisseaux propres. Par cette inflammation chronique, par la dégénérescence calcaire et par la distension de la paroi après la disparition par places de la membrane moyenne, les varices peuvent être rapprochées des endartérites chroniques; mais celles-ci en diffèrent par le mode de dégénérescence graisseuse et athéromateuse qui leur est propre. (*Archives de physiol. norm. et pathol.*, n° 5, 1872.)

Des os sésamoïdes chez l'homme, par le docteur Gillette. — Dans cette monographie, dans laquelle l'auteur a réuni des observations nombreuses, les os sésamoïdes sont divisés en périarticulaires et intra-tendineux. Les sésamoïdes des diverses articulations sont minutieusement décrits, et l'auteur ajoute l'histoire pathologique des sésamoïdes, ces os se modifient dans leur forme ; ils peuvent se luxer. (*Journal de l'anat. et de la physiol.*, n° 5, septembre-octobre 1872.)

Recherches sur l'élimination des sels mercuriels ingérés par l'homme, par le docteur Byasson. — L'auteur, expérimentant sur lui-même avec le bichlorure de mercure, est arrivé aux conclusions suivantes :

Le bichlorure de mercure pris par la voie stomacale peut être décelé dans l'urine environ deux heures après son ingestion. Il apparaît dans la salive environ quatre heures après avoir été ingéré. Il ne paraît pas pouvoir être retrouvé dans la sueur. Vingt-quatre heures après l'ingestion d'une dose déterminée de ce sel, l'élimination peut être considérée comme complète. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, n° 4 et n° 5, 1872.)

Recherches sur l'histologie et la physiologie des nerfs, par L. Ranvier. — Dans la première partie de ces recherches remarquables, l'auteur, étudiant la structure des tubes nerveux, insiste plus particulièrement sur la signification histologique des étranglements annulaires observés sur les tubes nerveux. L'espace d'un tube nerveux compris entre deux étranglements montre un seul noyau de la membrane de Schwann. Chaque segment représente une cellule soudée à ses deux voisines au niveau des étranglements. Le fourreau de myéline d'un tube nerveux est interrompu par l'anneau de l'étranglement.

Dans la deuxième partie, M. Ranvier étudie le tissu conjonctif des nerfs et démontre que les tubes nerveux sont renfermés dans un espace conjonctif ou lymphatique revêtu de cellules endothéliales et qui représente une cavité lymphatique cloisonnée. (*Archives de physiol. norm. et pathol.*, n° 2 et n° 4, 1872.)

L'hématoxyline comme moyen de coloration des tissus animaux, par le docteur Arnold. — Il s'agit d'un procédé de coloration des éléments histologiques analogue à celui que donne le carminate d'ammoniaque. L'auteur emploie l'hématoxyline, c'est-à-dire le principe colorant du bois de Campêche. Pour obtenir la matière colorante, M. Arnold pulvérise dans un mortier l'extrait ordinaire du bois de Campêche ; il ajoute environ trois fois autant d'alun. Les deux substances sont mêlées, pilées pendant vingt minutes et dissoutes dans l'eau distillée. On filtre et la solution violette ainsi obtenue est additionnée de 75 pour 100 d'alcool. Les tissus se colorent dans cette liqueur, alors même qu'ils ont macéré dans l'alcool ou l'acide chromique; les noyaux sont rouges et le protoplasma prend une teinte neutre. L'hématoxyline a déjà été employée par Rollett, il y a lieu de renouveler ces essais. (*Philadelphia medical Times*, 1er juillet 1872, et *British a. for. med.-chir. Rev.*, octobre 1872.)

De l'action de quelques poisons sur les nerfs de la glande sous-maxillaire, par R. Heidenhain. — L'auteur, injectant sur des chiens curarisés et dans la veine jugulaire de l'atropine, a observé que l'excitation de la corde du tympan ne déterminait plus de sécrétion salivaire, cependant le courant veineux était accéléré. Il semble donc que la sécrétion soit indépendante de la circulation dans cette glande, mais de plus l'excitation du grand sympathique provoque encore la sécrétion. Il y aurait donc des fibres nerveuses de la corde du tympan en rapport avec les cellules glandulaires, et différentes des fibres sympathiques.

La fève de Calabar agit comme antagoniste de l'atropine. La nicotine, la digitaline, déterminent de la salivation. (*Pflugeri Archiv*, v. 4045, e *Centralblatt f. med. Wissensch.*, 1872, analyse, p. 326.)

BIBLIOGRAPHIE.

De la généralisation des anévrysmes miliaires. Coexistence de ces lésions dans le cerveau avec des altérations vasculaires analogues dans différentes parties du corps, par le docteur Henry LIOUVILLE. — Chez Germer Baillière, 1871.

C'est en 1866 que MM. Charcot et Bouchard montrèrent pour la première fois la relation qui existait entre les hémorrhagies cérébrales et la présence de dilatations anévrysmales des artérioles du cerveau. Ils décrivirent cette lésion sous le nom d'*anévrysmes miliaires*. Cette découverte éclaira d'un jour tout nouveau la pathogénie des hémorrhagies cérébrales. Elle fut bientôt confirmée par le témoignage de tous ceux qui s'attachèrent à rechercher la lésion signalée.

Le travail de M. Liouville a pour but de démontrer que ces anévrysmes miliaires du cerveau coïncident souvent avec des altérations de même nature développées en d'autres points du système artériel, et de subordonner ces lésions multiples à une cause morbide générale modifiant la structure des parois vasculaires. Chez des sujets qui avaient succombé à des hémorrhagies cérébrales ayant pour cause déterminante la rupture de petits anévrysmes, l'auteur a examiné avec soin les divers départements du système artériel. Il a pu ainsi constater que des anévrysmes siégeaient en même temps, soit sur les artères méningées et sur celles de la rétine, soit sur des vaisseaux beaucoup plus éloignés du cerveau. Les lésions anévrysmatiques ont été rencontrées dans les artères spléniques, dans les artères cardiaques, œsophagiennes, etc.

En même temps que les anévrysmes proprement dits, il a souvent constaté ces formes particulières d'anévrysmes des gaînes, disséquants, bien décrits antérieurement par Kölliker, Pestalozzi et Virchow, sur lesquels M. Hayem avait de nouveau attiré l'attention en 1866.

D'après ce dernier, la lésion primitive, origine de tous les désordres observés, est une *artérite diffuse* modifiant profondément la structure des artères, des artérioles, des capillaires. Cette artérite détermine des épaississements, des dilatations, des rétrécissements, altère la forme des vaisseaux, change les conditions de la circulation.

Peut-être la lésion serait-elle encore plus généralisée, et dans plusieurs cas on a signalé la coïncidence de dilatations variqueuses, de tumeurs érectiles hépatiques qui sembleraient indiquer que le système veineux lui-même ne reste pas toujours indifférent.

M. Liouville étudie les conditions générales dans lesquelles se développent les anévrysmes miliaires encéphaliques. L'âge a très-certainement une influence de premier ordre, mais ce n'est pas la seule. Chez les adultes, l'existence de certaines diathèses a paru favoriser l'apparition des anévrysmes miliaires. La cachexie cancéreuse, l'alcoolisme, la tuberculose, la maladie de Bright, l'intoxication saturnine, le rhumatisme, etc., doivent être incriminés à cet égard. Des observations nombreuses et fort probantes en font foi. Ces observations méritent une mention particulière. Elles sont prises avec un soin extrême. L'examen des pièces ne laisse à rien à désirer. Les principales lésions sont représentées dans des planches chromo-lithographiées, annexées au volume, et qui aideront singulièrement ceux qui voudront, par leurs recherches personnelles, vérifier les résultats indiqués.

Dans un chapitre additionnel, et qui termine son travail, M. Liouville revient sur plusieurs points, qu'il développe. Il étudie particulièrement la structure microscopique des anévrysmes miliaires et les lésions des parois vasculaires, cause prochaine et déterminante de l'anévrysme. Sur ce point, ses recherches confirment celles de M. Hayem, dont nous avons déjà parlé. Il s'agit d'artérites présentant quelques variétés, suivant que l'altération porte plus spécialement sur l'une des tuniques du vaisseau.

Nous trouvons enfin quelques recherches intéressantes sur les vaisseaux de la moelle dans les cas de myélite. Ces recherches révèlent des lésions tout à fait analogues à celles qu'on a signalées dans le cerveau.

On voit, par cette courte analyse, tout l'intérêt que présente le travail de M. Liouville, basé sur l'association féconde des observations cliniques et des investigations anatomiques les plus rigoureuses.

B.

Le premier âge. De l'éducation physique, morale et intellectuelle de l'enfant, par le docteur A. SIRY. — J. B. Baillière. Paris, 1873.

Il y a eu un si grand nombre de traités sur l'hygiène des enfants qu'on ne s'attend plus à trouver des nouveautés sur ce sujet. Cependant le petit livre de M. Siry présente, à défaut d'inventions (difficiles en pareille matière), un très-grand mérite : il est court, il est simple, il se lit avec plaisir, et surtout il est très-précis dans ses indications.

Après un historique rapidement tracé de la situation de l'enfant dans les temps anciens et modernes qui prouve les progrès de l'hygiène et des droits légaux, l'auteur renouvelle, à l'aide de quelques chiffres très-démonstratifs, trop bien prouvés malheureusement, l'urgence d'appels réitérés à l'amour maternel.

Le second chapitre, sur le nouveau-né, son développement, renferme des documents dont les jeunes médecins surtout apprécieront l'importance; tels sont l'évolution de la dentition, l'accroissement moyen en poids par mois, la progression de la taille. A propos de l'éducation physique, l'alimentation, l'habillement, les ablutions, les exercices, l'habitation, renferment des aperçus et des préceptes qui ne sont pas seulement inspirés par le médecin, mais qui certainement dénotent le père de famille ou la collaboration de la mère, ou bien un observateur judicieux qui fait une guerre sérieuse aux préjugés anglais comme aux routines françaises.

L'éducation morale commençant presque à la naissance, l'éducation publique, terminent par des conseils et des injonctions aux parents, aux administrateurs, ce petit traité, dont on poursuivra la lecture avec plaisir.

Nous souhaitons que ce petit livre se répande, car il est de ceux qui doivent vulgariser les préceptes les plus importants de l'hygiène des enfants.

VARIÉTÉS.

ALIÉNATION MENTALE.

Rapport sommaire fait au nom de la 14[e] commission d'initiative parlementaire chargée d'examiner la proposition de loi de MM. T. Roussel, Jozon et Desjardins, ayant pour objet la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, par M. le comte de Rességuier, membre de l'Assemblée nationale.

Messieurs, trois de nos honorables collègues, MM. Théophile Roussel, Jozon et Desjardins, vous ont soumis une proposition ayant pour objet la révision de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés. — Cette loi est une des grandes œuvres d'assistance publique, dont le gouvernement parlementaire peut s'honorer à juste titre. Aucune n'a été plus étudiée et mieux discutée. Préparée par le conseil d'État, plusieurs fois remaniée par le ministre qui la présentait, elle fut, avant son adoption définitive, soumise à quatre délibérations solennelles et quatre fois amendée, soit par la Chambre des députés, soit par la Chambre des pairs. Ainsi faite, avec une sollicitude exceptionnelle, et généralement appliquée avec intelligence et dévouement, elle a réalisé, au profit des infortunés qu'elle concerne, de si grandes améliorations qu'on a peine à croire, aujourd'hui, qu'elles aient été si tardives.

Le temps est, en effet, bien près de nous encore où, à l'exception de

quelques fondations religieuses auxquelles est naturellement associé le grand nom de saint Vincent-de-Paul, et sauf quelques essais philanthropiques dont le bienfaisant Louis XVI fut un des principaux inspirateurs, aucun secours public n'était assuré, aucun asile spécial n'était ouvert à la plus affligeante des infirmités humaines.

Tristement exposés aux injures d'une compassion stérile ou d'une dérision cruelle, la plupart des malheureux aliénés erraient dans les villes et dans les campagnes, et quand la fureur, souvent provoquée par les mauvais traitements, les rendait trop importuns ou trop redoutables, ils étaient, par mesure de police, jetés dans les prisons et enchaînés dans les cachots avec les plus grands criminels.

La défaillance de la législation sur ce point ne peut s'expliquer et s'excuser que par le préjugé, trop longtemps accrédité, que la science n'avait ni remède, ni traitement efficace pour combattre les maladies mentales, et que l'art était impuissant à les soulager et à les guérir. Il ne fallut rien moins que le succès éclatant des célèbres médecins aliénistes du commencement de ce siècle, pour ramener l'opinion et pour préparer les éléments de l'importante réforme de 1838.

Un grand devoir, jusqu'alors négligé, fut ainsi rempli, et le législateur intervenant, aussi bien dans l'intérêt général que dans l'intérêt privé, proclama pour la première fois, que si la société a le droit de prendre des précautions à l'égard de la personne des aliénés qui sont un danger public, elle n'a pas moins le devoir de veiller sur ces malheureux, de suppléer à leur misère, de prendre, à défaut de leur famille, la tutelle de leurs biens, de sauvegarder tous leurs intérêts, de les rendre, s'il se peut, à la raison et à la santé, et, par dessus tout, de prévenir les monstrueux abus d'une séquestration insuffisamment justifiée à son origine, ou prolongée, ensuite, au delà d'une absolue nécessité.

Tels sont les principes que la loi s'est efforcée d'appliquer en imposant à chaque département l'obligation de pourvoir au traitement de ses aliénés et en déterminant les conditions d'existence, d'administration, de surveillance et d'entretien des établissements publics ou privés consacrés à cette grande infortune.

C'est dans cette intention qu'ils nous proposent de placer auprès de chaque asile une commission permanente qui serait comme un conseil de tutelle pour les aliénés et un conseil de contrôle pour les directeurs et pour les médecins.

Cette commission existe, paraît-il, et fonctionne avantageusement dans plusieurs pays voisins et notamment en Angleterre. Elle se composerait de deux médecins désignés par le tribunal civil, du procureur de la République et d'un substitut délégué par lui, d'un avocat ou d'un avoué désigné par le conseil de discipline, d'un notaire désigné par la Chambre des notaires, et d'un membre du conseil général désigné par ce conseil. — Nous y adjoindrions volontiers un ministre du culte dans l'intérêt de l'influence religieuse dont Falret écrit avec la double autorité du savoir et de l'expérience, qu'elle est « un moyen précieux de traitement par sa puissante diversion aux préoccupations maladives, en même temps qu'elle est une source de consolation pour toutes les douleurs ».

Concurremment avec les fonctionnaires de l'ordre administratif et de l'ordre judiciaire, qui sont aujourd'hui chargés de ce soin, la commission permanente exercerait une surveillance continuelle, d'autant plus efficace, que chacun des membres de la commission aurait une compétence spéciale. Il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit ici d'établissements tout à fait exceptionnels, semi-hospitaliers, semi-réclusionnaires, et dans lesquels à toutes les difficultés de l'autorité et de la surveillance s'ajoute le danger de confondre quelquefois une réclamation légitime avec la plainte déraisonnable d'une imagination malade.

Quelque disposés que nous soyons à considérer comme dénuées de tout fondement certaines accusations dont l'opinion publique s'est émue et dont plusieurs de vos commissions de pétitions ont été saisies, il nous paraît utile et opportun, sinon de réformer des abus qui n'existent probablement pas, du moins d'aviser aux moyens de les rendre absolument impossibles.

La modification proposée nous semble de nature à atteindre ce résultat, et les directeurs et médecins, auxquels elle donnerait d'utiles auxiliaires, seront, sans doute, les premiers à accueillir, avec empressement, une innovation qui allégera leur responsabilité en en faisant partager le poids à une commission tout entière.

Nos honorables collègues signalent aussi comme pouvant être améliorées les dispositions actuelles de la loi relative à l'administration et à la conservation des biens des aliénés. Ils réclament l'établissement, dans les asiles, de quartiers spéciaux réservés aux aliénés qui auraient commis des crimes ou des délits, et ils proposent enfin certaines modifications à la procédure applicable aux inculpés qui auraient agi en état de démence.

En résumé, Messieurs, une expérience de trente-quatre années a, naturellement, révélé d'inévitables imperfections dans une œuvre pratique qui n'avait pas de précédents quand elle a été tentée. Aussi l'utilité et l'opportunité d'une révision de la loi, dans le sens indiqué par nos collègues, n'ont-elles rencontré aucune contradiction dans votre 14ᵉ commission d'initiative, et je suis chargé de vous demander la prise en considération de la proposition dont je viens d'avoir l'honneur de vous rendre compte.

M. Voisin. — On nous communique, et nous publions avec empressement les paroles prononcées, par M. le professeur Lasègue, sur la tombe du regretté M. Voisin :

C'est la douleur suprême de perdre les siens ; ce serait une tristesse en plus de les quitter pour toujours sans leur dire adieu. Cet adieu, le dernier, il vous semblera, comme à moi, presque consolant de le déposer là, sur sa tombe, au nom de nos vieilles amitiés et des souvenirs du cœur qui ne s'effaceront pas.

Moins à plaindre que le compagnon assidu de sa vie, Voisin a eu le droit de mourir dans la maison qu'ils avaient fondée et qu'ils chérissaient tous deux à l'égal du foyer paternel.

Ils avaient commencé ensemble, Falret et lui ; ils ont fini presque en même temps.

Leur union fut si longue et si étroitement rivée que, pour chacun de nous, élèves, amis, parents même, ce serait une mauvaise action de ne plus les associer dans sa mémoire.

Et pourtant qui les eût dit faits l'un pour l'autre ?

Venus de pays que sépare encore plus la race que la distance, ils s'étaient rencontrés au hasard, apportant, Voisin, sa jeunesse insatiable, Falret, sa précoce maturité.

Élevés à la même école, au temps où la pathologie mentale venait d'éclore, ils étaient jeunes comme leur science, convaincus que la médecine avait trouvé sa formule et dit son dernier mot, ardents à répandre la bonne nouvelle et prêts à convertir le monde.

Leur force et leur hardiesse, car il en fallut pour se risquer à l'inconnu dans de si lourdes entreprises, ils les tenaient de la foi qui ne les a jamais abandonnés. Moralement, ni l'un ni l'autre ne s'était permis de vieillir, et, fatigués par la maladie, usés par la lutte ou brisés par les pires événements, ils se tenaient droits, fermes dans leurs propos, assez sûrs d'eux-mêmes pour bien savoir que, quoi qu'il arrivât, ils ne faibliraient pas.

Ce grand effort d'une virilité indomptée, Voisin l'a mené jusqu'au bout : il est mort comme il avait décidé de vivre, sans défaillir sous d'atroces douleurs, regardant la mort en face, sans forfanterie et sans humilité, à la façon du citoyen qui n'a ni à se résigner ni à se défendre, quand il obéit à la loi. La loi de l'humanité lui commandait de clore une verte vieillesse encore pleine d'aspirations, il s'est incliné, et personne n'a entendu sa voix qui s'éteignait murmurer une plainte.

Mon ami ! vous nous avez donné là un solennel exemple ; notre affection filiale s'est doublée d'admiration et de respect.

Vous ne serez plus là, dans la maison hospitalière, déjà à demi vide et que vous animiez par vos amicales expansions.

Un élève, presque un fils, y continuera ce culte cordial du passé qui fait que les morts semblent se survivre dans le milieu où l'on continue de les aimer.

Et nous vous disons adieu, le cœur serré, mais l'âme sereine.

Vous avez dignement rempli votre tâche et vous quittez noblement la vie à l'heure où la fin doit sonner, comme le travailleur qui, à la tombée de la nuit, abandonne son ouvrage et se repose.

— Les mutations suivantes vont avoir lieu dans le service des hôpitaux de Paris.

Médecins. — Par suite du décès de M. Vigla, M. Oulmont passe à l'Hôtel-Dieu ; M. Raynaud (Maurice), à Lariboisière ; M. Dumontpallier, à l'hôpital Saint-Antoine ; M. Blachez, à l'hôpital de Lourcine ; M. Paul (Constantin), à la Direction des nourrices ; et M. Descroizilles, à Bicêtre.

Par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Bazin, M. Ernest Besnier passe à l'hôpital Saint-Louis ; M. Féréol, à la Maison de santé ; M. Peter, à l'hôpital Saint-Antoine ; et M. Molland, à Larochefoucauld.

Chirurgie. — Par suite de la nomination de M. le professeur Verneuil à la chaire de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié, M. Panas passe à l'hôpital Lariboisière ; M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis ; M. Duplay, à l'hôpital Saint-Antoine; et M. Dubreuil, à l'hôpital de Lourcine.

Par suite du décès de M. Ad. Richard, chirurgien de l'hôpital Beaujon, M. Léon Le Fort passe à l'hôpital Beaujon ; M. Tillaux, à l'hôpital Lariboisière; M. Cruveilhier fils, à l'hôpital Saint-Louis; M. Meunier, à l'hospice de la Salpêtrière; et M. Lannelongue, à l'hospice de Bicêtre.

Par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Giraldès, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, M. de Saint-Germain passe à l'hôpital

des Enfants-Malades; M. Benjamin Anger, à l'hôpital Saint-Antoine; et M. Polaillon, à l'hôpital de la Maternité.

Par suite de la mise à la retraite (sur sa demande) de M. le docteur Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, M. Marc Sée passe à l'hôpital Sainte-Eugénie (enfants malades); et M. Horteloup, à l'hôpital du Midi.

PRIX DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX (année scolaire 1871-1872). — Prix triennal de 400 francs, accordé à la meilleure thèse soutenue par un des anciens élèves de l'École de médecine de Bordeaux. Ce prix est partagé entre : MM. le docteur Lande (Louis) et le docteur Pourleyron (Paul).

Élèves en médecine (troisième année). — Premier prix *ex æquo* : MM. Boursier (André) et Teslul (Léo). — Deuxième prix : M. Charrier (André). — Mentions honorables : MM. Castex (Louis) et Roumieu (Joseph).

Deuxième année. — Premier prix : M. Arnozan (Xavier). — Deuxième prix : M. Ramonède (Léopold). — Mentions honorables : MM. Ilosteing (François), Lefour (Raoul) et Troquerd (Jean).

Première année. — Premier prix : M. Bitot (Paul). — Deuxième prix *ex æquo* : MM. Lalesque (Fernand) et Pousson (Alfred). — Mention honorable : M. Serventie (Xavier).

Élèves en pharmacie. — Premier prix : M. Jaudet (Émile). — Deuxième prix *ex-æquo* : MM. Gerlié (Henri) et Samie.

Prix Barbet (manipulations chimiques) : M. DAUDY (Alfred).

A la suite de divers concours, ont été nommés à l'hôpital Saint-André de Bordeaux : Premier interne : M. Piéchaud ; internes : MM. Testut, Charrier, Arnozan, Dubourg, Boursier ; internes adjoints : MM. Castex, Jardel, Lalesque, de Lagoanère, Lagrolet, Maderay, Philippeaux, Moreau, Lefour, Donnay, Périneau, Pousson, Lauraud, Faure-Lacaussade.

Le nombre des inscriptions prises à l'École de médecine de Bordeaux pour le trimestre actuel (novembre 1872) est de 325.

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Première division (internes de troisième et quatrième année). — Médaille d'or, M. Pozzi; médaille d'argent, M. Richelot; première mention, M. Rendu; deuxième mention, M. Labedie-Legreve.

Deuxième division (internes de première et de deuxième année). — Médaille d'argent, M. Campenon; accessit, M. Homolle; première mention, M. Danlos; deuxième mention, M. Reclus.

HÔPITAUX. — A la suite d'un concours pour deux places de médecins adjoints à l'hôpital civil d'Alger, ont été nommés : 1° M. le docteur Louvet; 2° M. le docteur Sésery.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Louis Fleury, agrégé honoraire de la Faculté de médecine, l'un des auteurs du *Compendium de médecine* et l'un des introducteurs de l'hydrothérapie scientifique en France.

LÉGION D'HONNEUR. — Les élèves de M. le professeur Béhier, nommé récemment commandeur de la Légion d'honneur, se sont réunis pour lui offrir les insignes de son nouveau grade.

— M. Cl. Bernard commencera son cours au Collége de France le vendredi 20 décembre, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 7 au 13 décembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 0. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 2. — Fièvre typhoïde, 20. — Typhus, 0. — Érysipèle, 12. — Bronchite aiguë, 37. — Pneumonie, 46. — Dysentérie, 2. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 1. — Choléra nostras, 0. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 9. — Croup, 12. — Affections puerpérales, 11. — Autres affections aiguës, 239. — Affections chroniques, 292 (1). — Affections chirurgicales, 47. — Causes accidentelles, 22. — Total, 759.

Londres : Décès du 1er au 7 décembre 1872, 1205. — Variole, 8; rougeole, 10; fièvre scarlatine, 12; diphthérie, 5; croup, 14; coqueluche, 30; fièvre typhoïde, 25; diarrhée, 17; bronchite, 164; pneumonie, 81.

(1) Sur ce chiffre de 292 décès, 147 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

ERRATUM. — N° 43, page 700, col. 2, 1er alinéa des TRAVAUX A CONSULTER, 1re ligne, *au lieu de* F. Dron *lisez* F. Bron.

AVIS

MM. les abonnés à la GAZETTE seule et à la GAZETTE *avec Bulletin* qui n'auront pas, avant le 20 janvier, adressé leur renouvellement ou fait connaître leur intention de ne pas renouveler, sont prévenus que la quittance annuelle leur sera présentée le 10 *février* prochain, *augmentée d'un franc* pour frais de recouvrement et de timbre.

Les abonnés qui reçoivent en même temps plusieurs des recueils édités par le même libraire (*Archives de physiologie*, — *Annales de dermatologie*, — *Annales médico-psychologiques*, — *Revue des sciences médicales*, etc.), et qui préféreraient qu'il leur fût présenté UN SEUL MANDAT pour le prix de ces divers abonnements, sont instamment priés de me le faire savoir tout de suite, afin de me faciliter le travail des renouvellements.

Il ne sera ajouté qu'*un franc* par quittance mixte, et il ne sera rien ajouté pour les quittances dont l'ensemble dépassera 50 francs. G. M.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

PUBLICATIONS ANNUELLES POUR 1873

Annuaire médical et pharmaceutique de France, par le docteur Félix ROUBAUD.
25e année, 1873. — Prix : 4 fr. par la poste.

Annuaire-agenda des médecins et pharmaciens du département de la Seine.
Contenant : La législation et les règlements sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie. — Le personnel des facultés, des écoles et des hôpitaux. — Les listes des médecins et pharmaciens, vétérinaires et sages-femmes de Paris, précédées de l'*Agenda omnibus*, pour servir à inscrire jour par jour ses notes urgentes.
Prix : 1 fr. 50.

Registre des médecins, par M. E. SIMONNET, imprimeur breveté.
400 pages, belle et forte reliure, 12 fr. — Journal. — Grand-Livre. — Compte des familles.
Cette méthode résume tous les éléments d'une comptabilité complète, sans contredit la plus simple et la plus pratique de toutes celles publiées jusqu'à ce jour. — Nous la recommandons tout spécialement au corps médical. Il y a deux modèles de registres :
Le registre n° 1, consacré plus spécialement aux praticiens des villes;
Le registre n° 2, disposé plus spécialement : pour les médecins des campagnes.
Désigner toujours le numéro du registre :
Registre n° 1, ou registre n° 2.
Adresser les demandes à M. E. Simonnet, 13, rue de la Monnaie, à Paris.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

COMITÉ DE RÉDACTION : A. DECHAMBRE, BLACHEZ, Albert HÉNOCQUE.

Adresser ce qui concerne la rédaction *au siége du Comité*, chez M. DECHAMBRE, 91, *rue de Lille* (avant le mardi de préférence).

Paris, 26 décembre 1872.

L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE ANTIDOTE DU PHOSPHORE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE; COMMISSION DE RÉORGANISATION; DÉCRETS RÉCENTS SUR LE SERVICE DES HOPITAUX MILITAIRES EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE.

L'essence de térébenthine antidote du phosphore.

Pour répondre à un désir qui nous est exprimé, nous croyons devoir donner quelques indications complémentaires sur l'emploi de la térébenthine dans l'empoisonnement par le phosphore, dont il a été question dans un de nos derniers numéros (p. 667), à l'occasion d'un mémoire de Köhler, de Halle.

Köhler a étudié expérimentalement l'action antidotique de l'essence de térébenthine sur le phosphore; de plus, il croit avoir découvert l'explication chimique de cette propriété antidotique fort remarquable et l'avoir démontrée cliniquement par des observations.

L'essence de térébenthine se combine, suivant lui, avec le phosphore et forme un acide qu'il appelle acide térébenthino-phosphoreux et qui ne produit aucune action toxique sur le tube digestif.

Cet acide se produit expérimentalement en mélangeant le phosphore à l'essence de térébenthine. Mais les essences de térébenthine employées en France, en Allemagne et en Angleterre, offrent une composition chimique variable suivant que l'essence est rectifiée ou non rectifiée. L'essence rectifiée exposée à l'air absorbe une certaine quantité d'oxygène et finit par se résinifier. L'essence non rectifiée contient de l'oxygène et de l'eau; elle est acide; enfin, tandis que l'essence de térébenthine anglaise dévie le plan de polarisation à droite, les essences française, allemande et vénitienne le dévient à gauche.

Il est donc important pour la pratique de déterminer la meilleure essence à employer. C'est ce problème que Köhler a cherché à résoudre. Or, il résulte de ses expériences que l'essence la plus active est l'essence rectifiée préparée depuis longtemps et qui est en partie oxygénée, telle que serait l'essence ordinaire, quelque peu ancienne, conservée dans les pharmacies. Il y a même ce fait curieux qui explique pourquoi, dans notre analyse, on pourrait croire à une contradiction apparente entre le paragraphe 3 et le paragraphe 6 : à savoir, qu'avec une essence fortement oxygénée la transformation du phosphore en acide térébenthino-phosphoreux serait moins considérable qu'avec une essence moins oxygénée ou moins ancienne.

Ce fait s'explique par cette particularité qu'avec une essence très-oxygénée employée en excès relativement au phosphore, il se produit de l'acide phosphorique; mais comme celui-ci est dissous et ne produit pas de phénomènes toujours notables, au point de vue pratique il n'y a pas lieu de craindre l'action de l'essence fortement oxygénée. En somme, on devra, si l'on se conforme aux indications de Köhler, prescrire l'essence rectifiée ancienne, c'est-à-dire oxygénée, ou bien encore l'essence non rectifiée, l'essence de l'épicier ou du marchand de couleurs.

Dans les cas d'empoisonnement par la pâte phosphorée, il faut ordinairement dépasser la dose de 10 grammes, que l'on peut administrer sous forme de capsules; ou bien, comme formule plus exacte, il faut environ 1 gramme d'essence rectifiée du commerce pour transformer en acide térébenthino-phosphoreux 1 centigramme de phosphore.

Quant à la théorie de Kötler, nous n'avons pas la prétention de la juger, c'est affaire aux chimistes, et les expériences de l'auteur ne nous paraissent pas d'une vérification difficile.

On arrivera peut-être ainsi à préciser plus exactement encore le mode d'emploi de l'antidote du phosphore, et il serait sans doute intéressant d'examiner comparativement l'action de

FEUILLETON.

La médecine chez les Chinois (1).

Des articles publiés dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE au commencement de cette année (2), ont fort rabaissé la médecine chinoise. Au contraire, le rapport lu à l'Académie par le professeur Gubler, sur la matière médicale en Chine, récemment étudiée par MM. Dabry et Soubeiran, semble avoir rendu à cette partie de la science, telle qu'elle se pratique dans le Céleste Empire, un peu de la haute importance qui s'attache toujours à la parole du savant professeur de thérapeutique. L'étonnement qu'a d'ailleurs ressenti le rapporteur en rencontrant chez les Chinois tout un faisceau de connaissances que nous croyions jusqu'ici constituer pour les médecins occidentaux une sorte de monopole, n'a pas manqué d'éveiller la curiosité scientifique. C'est sous l'empire de ce sentiment que j'ai cherché si le TRAITÉ DE LA MÉDECINE CHEZ LES CHINOIS dû à la même plume que les ÉTUDES SUR LA MATIÈRE MÉDICALE, traité d'ailleurs fort peu connu, ne réservait pas au lecteur une surprise analogue à celle qu'avait fait éprouver au rapporteur de l'Académie l'étude de la matière médicale.

On croirait, dit M. Gubler, « avoir sous les yeux la matière médicale de Geoffroy ou quelqu'un de ces vieux traités dans lesquels une science naissante et peu sûre d'elle-même ne dédaignait pas d'accueillir, au milieu de ses observations ou de ses préjugés, les erreurs des médicastres du temps et les superstitions populaires ». Il y rencontre à chaque pas l'idée de spécificité et d'ontologisme; il s'y heurte contre ce qu'il nomme la *doctrine des signatures*, doctrine qui aurait été dictée par un Dieu assez complaisant pour marquer de son doigt en carac-

(1) *Études sur la matière médicale des Chinois*, par MM. Dabry de Thiersant et Léon Soubeiran; *Rapport* du professeur Gubler sur cet ouvrage à l'Académie de médecine. — *La médecine chez les Chinois*, par MM. Dabry de Thiersant et Léon Soubeiran.

(2) *L'art médical en Chine*, par M. Martin (n° 5 et suiv.).

la térébenthine brute, comme le propose l'un de nos correspondants, le docteur Teissier de Bernay. La térébenthine brute, associée à un mucilage de gomme adragant, serait facilement administrée; mais pour résoudre cette question, il faut expérimenter et voir si la combinaison indiquée par Köhler, l'acide térébenthino-phosphoreux, se produit avec la térébenthine brute, ou bien si le mélange de térébenthine brute avec le phosphore porté dans le tube digestif est sans action toxique.

En terminant, et comme indications bibliographiques pour ceux qui tenteraient des recherches sur le sujet, nous rappelons que l'on trouvera des détails que nous croyons suffisants sur les travaux de Köhler dans le Berliner midizinische Wachenschrift, n° 50, 1870, et une analyse étendue faite dans le British medico-chirurgical Review, juillet 1872, n° 99, 262 à 266, par Richarson, sur des épreuves alors inédites des Transactions of the saint Andrew's Medical graduate's Association.

A. H.

Service de santé militaire.

La question de réorganisation du corps de santé militaire semble être entrée dans une voie nouvelle ; tandis que la sous-commission parlementaire élabore un projet dont le savant professeur de Montpellier, M. Bouisson, rédige le rapport, le ministre de la guerre vient de constituer une commission militaire chargée d'étudier également les modifications qu'il y aurait lieu d'introduire dans les services sanitaires de l'armée. Cette commission est composée de deux généraux, quatre médecins (trois inspecteurs du service de santé et un médecin de première classe), trois intendants, un colonel du génie, deux pharmaciens et un officier d'administration des hôpitaux. L'élément médical n'y entre donc pas tout à fait pour la proportion d'un tiers.

La commission fonctionne depuis trois semaines environ: ses travaux, ses discussions ne peuvent naturellement être connus du public; nous tenons cependant pour certain que la question d'autonomie du corps de santé militaire a été nettement posée par les médecins. Ils ne manqueront pas de faire valoir à l'appui de leurs propositions tous les arguments qu'elles comportent ils montreront qu'en réclamant depuis tant d'années la direction d'un service où ils n'ont jusqu'à présent rempli que le rôle d'agents, tout en y étant les seuls compétents, les médecins militaires n'agissent point dans l'intérêt de leur corporation, mais dans celui du soldat malade qui est, lui, le premier intéressé à ce que, soit en temps de paix, soit en temps de guerre, le *maximum* des secours auxquels il a droit lui soit libéralement assuré.

L'intérêt du soldat, tel est en effet le terrain sur lequel la question doit être placée; il s'agit de la discuter une bonne fois et avec la volonté bien nette d'arriver à une solution, de rechercher si le service sanitaire s'exécute dans de meilleures conditions sous une direction administrative dont personne n'a jamais attaqué l'intelligence ou le zèle, ou sous la direction de médecins non moins intelligents, vraisemblablement aussi zélés, mais en définitive infiniment plus compétents en matière de médecine que les chefs actuels du service de santé. Ainsi posée et envisagée sans parti pris, il semble que la solution ne puisse être douteuse. Après les nombreux travaux dont la *Gazette hebdomadaire* a entretenu ses lecteurs, après les recherches de Legouest, de Chenu, les statistiques de Spillmann, après le remarquable ouvrage que vient de publier Léon Le Fort : « La chirurgie militaire et les Sociétés de secours en France et a l'étranger », qui nous ont démontré jusqu'à l'évidence les résultats obtenus dans les armées anglaise, américaine, allemande, grâce à l'influence prépondérante des médecins, il serait véritablement inutile de chercher de nouveaux arguments et de rappeler au corps médical des faits qu'il a jugés depuis longtemps.

Néanmoins les questions militaires devant de plus en plus être portées à la connaissance de tous, il peut y avoir intérêt à maintenir nos lecteurs au courant des modifications apportées récemment dans le fonctionnement des hôpitaux militaires en Allemagne et en Italie. Il y a là matière à de sérieuses réflexions; car la question des hôpitaux est un peu partout la même, qu'il s'agisse d'hôpitaux militaires ou d'hôpitaux civils. En France même, en confiant la direction d'un certain nombre d'asiles d'aliénés à des médecins, l'autorité a fait une expérience qui a déjà donné d'excellents résultats, peut-être en viendra-t-on un jour à leur donner également la direction des hôpitaux civils, et nous doutons fort que les malades aient beaucoup à y perdre. *Every one in his right place* (chacun à sa vraie place), dit-on en Amérique, et véritablement nous aurions souvent besoin de nous approprier ce proverbe; dans un hôpital, le but c'est le malade, son traitement, sa guérison, dont le médecin doit prendre la responsabilité; l'administration

---

tères accessibles à nos sens les substances destinées à jouer pour l'humanité le rôle de sauveur. Cela pourrait s'appeler la doctrine des remèdes providentiels : le *luciole* rend la vue; la *Rubia munjista*, dont la racine est rouge, provoque le flux menstruel, etc.

Sans aller jusqu'en Chine, on rencontre dans certaines campagnes du centre de la France un remède souverain contre la dysménorrhée : il suffit de porter un jupon rouge. Dans notre médecine même, M. Gubler trouve, d'ailleurs, des exemples qui, dit-il, doivent nous inviter à la modestie; il cite la carotte, que plus d'un médecin ordonne encore contre la jaunisse.

Ailleurs, le rapporteur trouve les témoignages d'un sens pratique et de tendances scientifiques dignes d'éloges : c'est ainsi que l'alun, l'armoise, le safran, le mercure, l'arsenic, le fer, le borax, la gomme-gutte, l'aconit, le musc et, bien entendu, l'opium, sont connus dans un certain nombre au moins de leurs propriétés.

Les Chinois ne seraient pas non plus étrangers à la connaissance de l'élimination des poisons et à quelques-unes des conséquences qui découlent de cette importante notion. L'antagonisme ou l'incompatibilité de certaines substances leur serait également connue.

Il était à supposer que l'étude de la pathologie chez les Chinois nous donnerait de leurs connaissances une idée moins favorable que l'étude de leur matière médicale. Car nous sommes nous-mêmes beaucoup plus avancés dans l'étude de la marche naturelle, dans la description et dans le diagnostic des maladies, que nous le sommes en thérapeutique. L'École de Paris, plus que toute autre, est arrivée à une précision de diagnostic extrême, et l'anatomie pathologique jette sur toutes nos notions une lumière que le respect des Chinois pour leurs morts a toujours empêché de briller chez eux; enfin, on pouvait penser *à priori* que ce que le professeur de thérapeutique de l'école nomme la *thérapeutaxie* ou l'art, pour employer une figure ontologique, de disposer avec avantage les moyens de

comme la pharmacie sont des moyens d'action accessoires, le service médical demeure la partie essentielle; il semble dès lors que ce soit à lui de diriger l'ensemble des services.

Quoi qu'il en soit, l'Allemagne et l'Italie ont tranché la question pour leurs hôpitaux militaires, et nous nous prenons à espérer que cet exemple ne sera pas infructueux pour nous.

Lorsqu'en 1869 le gouvernement allemand réorganisa le service de santé de son armée, il confia aux médecins la direction absolue et le commandement des ambulances, des hôpitaux de réserve, des trains sanitaires; il réserva seulement la question au point de vue des hôpitaux permanents de l'intérieur; comme le dit fort bien Léon Le Fort, cette transformation aurait amené des changements considérables dans les règlements concernant l'économat et la comptabilité et la Prusse, prévoyant une guerre prochaine, voulant apporter d'abord toute son attention sur le service de campagne, laissa momentanément de côté tout ce qui a trait à l'organisation normale du temps de paix. Les hôpitaux militaires continuèrent donc à être régis par une *commission de lazareth*, organisée par le décret de 1852, composée d'un délégué du commandement et d'un médecin comprenant en outre dans les grands hôpitaux un *lazareth inspector*, agent administratif, et un second officier du commandement. Dans cette commission; chaque membre dirigeait individuellement les services afférents à sa spécialité; l'officier maintenait l'ordre et la discipline, le médecin surveillait le service médical, l'hygiène, l'alimentation; l'agent administratif veillait à l'entretien du matériel, à la comptabilité, etc...; pour les questions générales, la commission délibérait et agissait collectivement.

L'organisation de 1852 était un progrès réel; elle ne répondait cependant pas aux vœux de la commission royale composée de toutes les célébrités de la médecine civile et militaire réunie en 1867; aussi, après avoir, pendant la campagne 1870-1871, pu apprécier les avantages du fonctionnement des hôpitaux de guerre sous la direction de médecins, l'empereur d'Allemagne vient-il, par un décret du 24 octobre 1872, d'appliquer le même système aux hôpitaux permanents du temps de paix.

La Verordnung blatt fuer die kaiserliche armée donne *in extenso* les vingt-huit paragraphes de la nouvelle instruction, que nous allons analyser brièvement.

Dès le premier article, il ne peut rester aucune équivoque. « Les commissions de lazareth, chargées jusqu'à présent de la direction des lazareths de paix, sont supprimées. Les lazareths de paix seront placés sous la direction du médecin en chef». Comme le médecin en chef aura ainsi des attributions disciplinaires, médicales et administratives, sa gestion sera centralisée au siége du commandement de corps d'armée par le commandement, le médecin général du corps d'armée et l'intendance. De même, il continue à dépendre du commandant de la garnison ou du chef de corps (à l'égard des hôpitaux régimentaires qui constituent le type le plus commun dans l'armée allemande) pour tout ce qui a trait au contrôle de la discipline, au maintien de l'ordre, à la prescription de mesures extraordinaires dans les cas de force majeure. Tous les faits relatifs à la discipline, au contrôle que doit exercer le commandement pour s'assurer si les choses fonctionnent bien, si les intérêts des malades sont sauvegardés, sont prévus par les articles 2 à 7; on sent qu'en confiant la direction de l'hôpital au médecin, le commandement ne veut pas, et à juste titre, abdiquer le contrôle de cette partie du service.

Les médecins en chef sont nommés par le commandant du corps d'armée, sur la proposition du médecin général (article 8), avis en est donné au médecin-général de l'armée. Si l'hôpital contient plus de 100 lits, le médecin en chef est, en principe, autorisé à ne point se charger personnellement d'un service de salles, mais il sera tenu compte du désir qu'il exprimera à ce sujet. Le médecin en chef est déplacé le moins souvent possible (art. 10), il « exerce le commandement sur le lazareth, est le chef de tout le personnel militaire, médical et administratif, attaché à l'hôpital. Quiconque appartient à l'hôpital doit obéissance immédiate à ses ordres. Il exerce sur le personnel médical, les aides de lazarets, les infirmiers, les pouvoirs disciplinaires d'un commandant de compagnie, et, à l'égard des agents administratifs et des pharmaciens, est investi du droit d'infliger l'avertissement, le blâme et l'amende » (art. 11).

Le médecin en chef organise les divisions de malades, les répartit entre les médecins traitants, il conserve la haute direction du service pharmaceutique ou la confie à un médecin d'un grade élevé, qui surveille le service des pharmaciens. Les médecins traitants doivent obéissance au médecin en chef pour tout ce qui a trait au service en général, ils sont indépendants au point de vue du traitement de leurs malades (art. 13); de son côté, le médecin en chef est tenu de donner suite aux deman-

---

défense que la matière médicale a mis entre nos mains en présence de l'attaque de la maladie, était chez les Chinois un art encore dans l'enfance. La lecture de leur pathologie confirme en partie ces suppositions, mais ne les confirme pas toutes. On demeure même étonné en présence de certains côtés où semble se révéler une science assez grande et surtout un talent d'observation que nous n'avons pas dépassé; mais les indications thérapeutiques sont d'une faiblesse qui ne peut plus prendre le titre de science, même suivi d'une épithète diminutive; le respect de la tradition, par un excès inverse à celui qu'on voit ailleurs, est un frein trop puissant pour laisser la moindre initiative à cet égard. La tradition a, pour ainsi dire, pétrifié ce peuple depuis longtemps stationnaire; aussi l'étude de la pathologie de la Chine nous donne-t-elle aussi bien l'idée de son état scientifique à une époque déjà très-reculée, que de son état actuel. Sous le premier de ces points de vue, les Chinois nous seraient même supérieurs dans le temps; car nous étions encore bien pauvres alors que les connaissances de ce peuple, en quelque sorte paléontologique, étaient presque aussi riches qu'aujourd'hui. Un des caractères les plus frappants de leur pathologie, et qui semble bien en rapport avec leur état social, est la quantité prodigieuse des divisions et des subdivisions. Une société aussi hiérarchique que la leur, dans laquelle le nombre des examens qu'un homme a subis s'indique par des marques extérieures et donne droit à certains priviléges ou à certaines charges, une société si artificielle pouvait difficilement se faire de la pathologie une idée un peu large. Cette science est pour eux un damier; dans chacune des divisions il s'agit de mettre une étiquette. Sans doute plus d'un Français est Chinois sur ce point; mais ce défaut est doublé, dans le Céleste Empire, par un oubli complet et une ignorance absolue de la subordination des *caractères*.

Leur classification se distingue par un manque absolu de méthode; la voici d'après M. Pauthier, le savant sinologue : 1° maladies qui affectent le pouls; 2° maladies qui l'affectent modérément; 3° maladies par refroidissement; 4° maladies des

des de consultations que les médecins traitants peuvent lui adresser pour leurs malades (art. 14).

Les médecins assistants sont subordonnés aux médecins traitants pour le service dans les salles de malades, au médecin en chef pour le service général et celui de garde (art. 16); ils sont nommés par le médecin général du corps d'armée.

Dans les lazareths auxquels ne sont pas attachés des employés ayant versé un cautionnement, le médecin en chef a la responsabilité de toute la partie administrative et économique de la gestion (article 17); dans les établissements plus importants, il est constitué une administration de caisse et d'exploitation composée des deux plus anciens inspecteurs de lazareth ou d'un seul, s'il n'en existe pas plusieurs. Cette commission doit donner suite aux ordres du médecin en chef, sauf à dresser une protestation sur un registre *ad hoc* dans le cas où ses ordres paraîtraient en désaccord avec les règlements (articles 19 et 20). Le médecin en chef peut, de son côté, avoir recours à l'autorité supérieure.

La correspondance, les pièces de comptabilité, les marchés doivent être arrêtés et signés par le médecin en chef (article 21). — La responsabilité de la caisse revient tout entière à la commission dont nous avons parlé, mais le médecin en chef doit surveiller le service des inspecteurs de lazareth, relativement à leur gestion. De même, il veille au bon entretien des bâtiments, du mobilier, des denrées, et s'assure que les règlements sont bien exécutés, qu'il n'est point fait d'achats ni de dépenses inutiles (article 24). Tous les mois, il vérifie la situation de la caisse en comparant les états de comptabilité avec les sommes réellement existantes (article 25). Il partage avec les employés de l'administration la responsabilité des déficits qui peuvent se produire, puisqu'il a exercé le contrôle sur tous leurs actes (art. 26).

Enfin, d'après l'article 28, il est prescrit que ces dispositions seront appliquées, à partir du 1er janvier 1873, dans tous les hôpitaux de paix ou de réserve en temps de guerre, lorsqu'à la tête de ces établissements se trouveront des médecins militaires du service actif. Lorsqu'au contraire ces hôpitaux auront un personnel civil, mais mobilisé pour le temps de guerre, ils continueront à être gérés par les commissions de lazareth instituées par l'instruction de 1852.

Tel est l'ensemble des dispositions qui viennent d'être prises en Allemagne; quelques semaines après, le 17 novembre 1872, un décret du roi d'Italie, créant dans les hôpitaux militaires un ordre de choses entièrement nouveau, fournit une nouvelle preuve de l'esprit de progrès qui caractérise depuis quelques années l'armée italienne. Que cette puissance, en procédant à la réorganisation de son armée, ait une tendance à imiter autant que possible les institutions allemandes, nous n'avons pas lieu de nous en étonner, étant de ceux qui pensent que refuser d'ouvrir les yeux à la vérité, sous prétexte qu'elle vient de l'étranger, est la plus sotte des vanités.

Toujours est-il que le Giornale militare officiale du 21 novembre 1872 contient un décret royal confiant aux médecins l'emploi de directeur des hôpitaux militaires créé par décret du 13 novembre 1870. — Cet emploi avait été dès l'abord confié à un officier du commandement qui présidait une commission administrative, imitiation de la commission de lazaretz prussienne. Par le décret du 17 novembre, cette commission se composera à l'avenir du médecin en chef, de deux médecins et d'un officier comptable secrétaire, ses attributions sont définies dansune instruction ministérielle du 7 décembre 1872; les fonctions du médecin en chef seront à peu près identiques à celles qui lui sont conférées en Allemagne, ce fonctionnaire relèvera du médecin-directeur des hôpitaux de la division territoriale, position destinée à remplacer celle de médecin en chef de corps d'armée qui n'existe pas dans l'armée italienne où les troupes n'ont pas encore été groupées en corps d'armée permanents.

On aurait tort de voir dans la mesure prise par le gouvernement italien une imitation trop servile des dispositions analogues prises par le gouvernement allemand. Jusqu'en 1870, les Italiens s'assimilaient volontiers l'esprit de nos règlements militaires, les événements leur en ont prouvé les défauts, et dès le 17 novembre 1870 ils émancipaient leur service de santé de toute tutelle étrangère, l'associaient à la direction administrative des hôpitaux; deux ans d'expériences ont prouvé que les médecins étaient aptes à remplir ces nouvelles fonctions. On n'a donc fait que progresser dans la même voie en les mettant entièrement à la tête d'un service où ils n'étaient encore qu'associés.

Nous souhaitons vivement que ces exemples deviennent un puissant argument auprès des hommes auxquels est confiée la réorganisation du service sanitaire de notre armée; ils pourront se convaincre que ce serait une erreur gratuite de regarder les médecins comme incapables de diriger l'exploitation

---

femmes; 5° maladies cutanées et douloureuses; 6° maladies à saignée (c'est par une erreur analogue que nous disons aussi, nous, maladies à sulfate de quinine); 7° maladies des yeux; 8° maladies de la bouche et des dents; 9° maladies des os.

L'étiologie est banale ou mystique.

Le seul côté saillant est en définitive le talent d'observation.

Le livre de MM. Dabry et Soubeiran est sobre de commentaires; ils semblent s'être bornés à une simple traduction; le lecteur y trouve donc les opinions des médecins chinois dans toute leur naïveté, mais aussi avec leur originalité.

Nous le parcourrons dans ses points les plus importants, complétant la lecture de ce livre par les mémoires qu'ont publiés plusieurs médecins militaires, M. Armand entre autres, et par les communications du docteur Fuzier, ce savant médecin de l'expédition de Chine

Choléra. — D'après Tchang, médecin chinois, la première attaque de choléra sévit dans le Céleste Empire vers 1820; d'autres attaques survinrent en 1831 et en 1841. La nature du régime a paru, en Chine comme en France, avoir une grande influence sur ce que nous nommerions la réceptivité morbide : les prêtres et les prêtresses de Boudha, qui vivent avec une grande frugalité, furent presque entièrement épargnés. Les Chinois virent la protection divine là où en France, sinon tout le monde, au moins le monde médical eût vu l'influence du régime. L'épidémie fut si violente, qu'un grand nombre de médecins prirent la fuite (la *Vie réelle en Chine*, par Williams Milne). On voit que les médecins chinois diffèrent encore plus de nous que leur pathologie ne diffère de la nôtre. Ceux qui sont demeurés à leur poste et qui appartenaient, sans aucun doute, à l'élite de la corporation, ont donné une excellente description de la maladie, sous le nom de *hoh-louan-tou-siaï*, qui veut dire, d'après Panthier, vomissements et diarrhée soudaines. La diarrhée prodromique, le caractère des déjections semblables à de l'eau de riz, la

des établissements sanitaires, d'y assurer la bonne gestion des affaires, celle qui tient à la fois un juste compte des intérêts du budget et du service, ainsi que du bien-être du soldat malade.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Thérapeutique.

Note sur l'emploi et les bons effets du tannin dans la pleurésie, et notamment dans la pleurésie chronique purulente, par le docteur Duboué (de Pau), ancien interne des hôpitaux de Paris (1).

Au moment où le traitement de la pleurésie par la thoracentèse est mis en question devant l'Académie de médecine, il me paraît opportun de signaler, dans cette courte note, les résultats que j'ai obtenus depuis quelques années, par l'emploi du *tannin*, dans une forme des plus graves de la pleurésie chronique. Les cas que j'ai observés se rapportent, pour la plupart, à des pleurésies purulentes avec évacuation spontanée du pus à travers les bronches ou les parois thoraciques: quelques autres cas ont trait à des pleurésies simples avec épanchement récent de liquide séreux.

Les faits de la première série l'emportent de beaucoup, comme intérêt pratique, sur ceux de la seconde. Je me propose toutefois de donner ici un aperçu général de ces différents faits, le témoignage qu'ils apportent ne pouvant, en aucune façon, s'élever contre l'utilité de la thoracentèse, et ce nouveau traitement ne devant figurer qu'à titre de médication auxiliaire, à la suite du traitement chirurgical de la pleurésie.

Il me paraît inutile de rapporter, dans tous leurs détails, toutes les observations que j'ai recueillies. Quoiqu'on ne doive jamais dédaigner les observations minutieuses qui cachent parfois, dans leurs replis, des moyens de contrôle qu'il est toujours bon de fournir dans les cas obscurs ou difficiles, on doit convenir cependant que la 360e description détaillée d'un chancre mou, par exemple, procure au lecteur beaucoup plus de lassitude que d'instruction et qu'il est infiniment préférable de lui offrir l'une sans l'autre, chaque fois qu'on le peut.

Qu'est-on en droit d'exiger dans toute question de thérapeutique ?

Trois choses sont de rigueur :

1° Un état morbide bien défini, facile à distinguer de tous les autres états morbides.

2° Un agent thérapeutique également bien défini ;

3° Un résultat net et précis, se distinguant, par quelque particularité saillante, des résultats obtenus par d'autres agents thérapeutiques employés dans le même état morbide.

Or, dans le cas qui nous occupe, il est facile de donner ces trois choses en peu de mots.

En n'envisageant que les seuls faits de la première série, il ne saurait y avoir de doute sur la nature de la maladie. Tantôt, le diagnostic m'est arrivé tout fait, il avait été déjà porté par d'autres médecins qui avaient soigné les malades antérieurement, et le diagnostic était d'une vérification facile, tantôt, j'avais pu l'établir moi-même sur des données qui me semblent incontestables.

Supposons, en effet, qu'un malade qui a eu, quelques semaines ou quelques mois auparavant, tous les signes d'un épanchement pleurétique, vienne à rejeter tout à coup par les bronches ou par une fistule de la paroi thoracique, une quantité ordinairement considérable de crachats purulents, que ces crachats, fétides ou non, forment une seule nappe et ne soient pas isolés comme dans la phthisie; supposons que chez ce malade, la percussion et l'auscultation, pratiquées avec soin ne révèlent rien d'anormal au sommet des poumons ni en particulier de celui qui a été le siége de la pleurésie. Peut-on douter, dans ce cas, de l'existence antérieure d'un épanchement qui a subi la transformation purulente et qui s'est fait jour au dehors, à travers les bronches ou à travers un espace intercostal ?

Ce n'est pas à dire assurément que la pleurésie et surtout la pleurésie chronique ne puisse pas donner lieu à de fréquentes erreurs de diagnostic. On peut croire parfois à tort à l'existence d'un épanchement, et l'on peut méconnaître celui qui existe; d'autres fois, on peut se tromper sur la quantité et sur la nature du liquide, erreurs qui deviendront désormais de plus en plus rares, avec l'innocuité et la facilité d'exploration que nous avons, dans la pratique de l'aspiration sous-cutanée. Mais, si l'on peut avoir des doutes dans tous ces cas, on ne saurait plus les conserver, au moment où le liquide évacué par les seules forces de la nature vient s'offrir de lui-même à l'observation du médecin.

Je me trompe cependant : même après l'évacuation du pus et la longue durée de la suppuration pleurale, étant donnée encore l'intégrité actuelle des sommets pulmonaires, on peut se demander, dans le cas surtout où l'on découvre chez le malade des antécédents héréditaires, s'il ne surviendra pas, tôt ou tard, des tubercules dans le poumon déjà envahi, si la pleurésie grave que l'on observe n'est pas l'indice d'une éclosion tuberculeuse ultérieure. On sait, en effet, que chez un certain nombre de phthisiques, le développement de la maladie principale succède, après un temps variable, à une pleurésie en apparence des plus simples. Rien ne ressemble plus

(1) Par suite de circonstances inutiles à relater, ce travail, que l'auteur avait présenté à l'Académie de médecine dès le début de la discussion sur la thoracentèse, n'est parvenu que fort tard au bureau de notre rédaction, et n'a pas pu être livré à l'impression au moment où il nous a été adressé, au mois de mai dernier.

cyanose, la réfrigération, les crampes, la suppression des urines, tout est noté.

Le gingembre et le thé chaud, les frictions avec du sel très-chaud, sont une pratique qui semble rationnelle.

Fièvre intermittente. — L'empereur Houang-ty (2637 ans avant Jésus-Christ), qui ne dédaignait pas l'étude de la médecine, a laissé une bonne description des fièvres d'accès avec leurs trois stades. L'accès peut revenir tous les jours, ou tous les deux, trois, sept ou quatorze jours. La cause de la maladie est un poison de l'air, de l'eau ou des plantes de terre. Au gingembre et aux jujubes qui sont en Chine, avec le thé (1) et la menthe, la base de toute médication, se joignent l'arsenic (*py-choang*), le sulfure d'arsenic, le réalgar.

Précepte capital : il faut traiter le malade *dès la fin du premier accès*. Ce dernier trait mérite d'être souligné.

Fièvre typhoïde ou peste à petits boutons et à taches (*ouen-tchin-tsee*). — Ils regardent cette maladie comme épidémique et *contagieuse*. L'hébétude, la céphalalgie, les épistaxis au début, puis les taches rosées et la sécheresse de la langue la caractérisent. L'absence de taches est un mauvais signe ; il a semblé en être ainsi chez nous dans certaines épidémies. Les rechutes sont dangereuses; la convalescence demande à être sévèrement surveillée.

Dysentérie (*ly-tsy*). — Le ténesme, la paralysie du sphyncter, les phénomènes généraux sont bien décrits : ils comparent les matières alvines à des *crabes hachés*. Ils différencient, au point de vue de la gravité, les deux formes que nous nommons sporadique et épidémique. Cette dernière est pour eux un empoisonnement miasmatique. Ils signalent la gravité et la

(1) On trouve dans *La vie réelle en Chine*, par le Révérend William Milne, un fait assez curieux sur une variété de thé très-cher et très-apprécié en Chine pour ses vertus particulières et nommée *thé des singes*. Les arbres qui le donnent poussent dans des lieux escarpés où l'homme ne saurait monter. La récolte est confiée à des singes qui sont dressés à cueillir les feuilles, à les déposer dans de petits paniers, qu'ils emportent avec eux et à rapporter le tout à leur maître. Si le fait est exact (et l'auteur le tient d'un lettré chinois) il serait d'une assez grande importance zootechnique.

d'ailleurs à la fièvre hectique tuberculeuse que la fièvre hectique développée sous l'influence d'une longue suppuration de la plèvre : la connaissance des antécédents et la constatation attentive des phénomènes stéthoscopiques locaux permettent seules d'établir le diagnostic différentiel.

Les symptômes généraux, sueurs, diarrhées, insomnie, etc. peuvent avoir cependant, dans certains cas, une similitude telle qu'il serait facile, avec de l'inattention, de confondre ces deux états morbides. Il y a plus, c'est que la pleurésie pourrait très-bien coïncider avec une tuberculisation pulmonaire commençante, et celle-ci, comme chacun sait, est loin de se présenter à nous avec des caractères parfaitement tranchés.

Le mieux est, dans les cas de ce genre, de réserver son jugement, tout en se conduisant, au point de vue pratique, comme si l'on était sûr d'avoir affaire exclusivement à une pleurésie purulente. Quand il n'y a d'alternative possible, en effet, qu'entre deux affections, dont l'une est le plus souvent incurable, et l'autre, quoique très-grave, offre quelques chances de plus de guérison, le choix de la conduite à tenir ne saurait être douteux : on doit se comporter, comme si l'on était sûr d'avoir affaire à celle qui est le plus accessible à nos moyens thérapeutiques. La science pure a le temps d'ajourner ses solutions, la science appliquée ne l'a pas toujours, et l'on ne saurait traiter ses malades, comme de pures abstractions.

Si je me suis étendu trop longuement sur ces incertitudes, c'est uniquement pour montrer qu'elles m'avaient frappé comme tant d'autres, et que je me suis gardé d'accepter aveuglément même un diagnostic qui n'offre pas d'ordinaire de très-grandes difficultés. Je dois ajouter que, chez tous les malades que je présumais être atteints de pleurésie purulente, je n'ai eu, dans la suite, aucune raison de croire à une erreur de diagnostic : aucun indice du moins ne m'a permis de le soupçonner.

Voici donc un premier point que je crois avoir bien établi, à savoir que, tout en étant pénétré des difficultés possibles dans l'établissement du diagnostic, je n'ai nullement cherché à les éluder et que j'ai par là-même plus de chances de ne pas m'être trompé.

J'arrive à la seconde des exigences imposées à toute thérapeutique nouvelle, à savoir qu'il ne faut recourir qu'à une médication simple, parfaitement appréciable dans sa qualité et sa quantité, entièrement dégagée de toute médication étrangère.

Or, le tannin est une substance très-commune, très-facile à obtenir, et j'ajouterai peu dispendieuse : ces trois conditions ne peuvent nous laisser aucun doute sur la pureté de celui que j'ai employé et sur la facilité avec laquelle tous les médecins peuvent répéter ces expériences et contrôler mes assertions. En outre, je me suis attaché, chez tous mes malades, à l'employer, *à l'exclusion* de toute autre médication, sauf cependant de la médication opiacée qui n'a que trop révélé son impuissance à opérer seule la guérison d'une aussi grave maladie.

Quant aux modes d'administration, ils ont dû varier suivant les cas. Chez la plupart de mes malades, je l'ai donné en pilules, suivant la formule suivante : — Tannin 3 grammes, conserve de roses q. s., F. s. a., 20 pilules — à prendre de quatre à huit pillules par jour, dont la moitié une heure avant le repas du matin et l'autre moitié, une heure avant le repas du soir. — La dose *habituelle*, chez un adulte, a été de 1 gramme par jour, la dose *minimum* de 60 centigrammes et la dose *maximum* de 1 gramme 50 centigrammes; mais on pourrait aller beaucoup plus loin, le tannin ayant été administré dans d'autres maladies jusqu'à des doses de 8 et 10 grammes par jour. On peut d'ailleurs se guider, pour augmenter ou diminuer les doses, sur la tolérance de l'estomac, ordinairement bien prononcée, tant qu'il reste un foyer de suppuration, ainsi que sur les effets produits, et notamment le retour de l'appétit, la diminution de l'expectoration, des sueurs etc..

Dans un cas (il s'agissait d'un enfant de six ans), je l'ai administré en poudre, à la dose de 20 centigrammes, puis de 30 centigrammes par jour et divisé en deux paquets de 10 et 15 centigrammes chacun. L'enfant prenait très-bien ces paquets de poudre, soit dans un peu de confiture, soit dans une faible quantité de sirop de gomme.

Enfin, dans trois cas, je l'ai administré, dans une potion gommeuse, tantôt en deux fois, comme précédemment, le matin et le soir, tantôt par cuillerées à bouche, d'heure en heure.

J'ai été contraint d'employer ce dernier mode d'administration dans un cas qui m'a singulièrement embarrassé. Il s'agissait d'une jeune fille d'une vingtaine d'années qui, ayant avalé par mégarde une certaine quantité d'un liquide dit *encaustique*, chargé de potasse caustique, a été assez heureuse pour échapper à l'empoisonnement, mais n'a pas tardé à être atteinte d'un rétrécissement cicatriciel très-prononcé de l'œsophage. J'étais en voie de lui dilater ce conduit avec beaucoup de peine, lorsque survient une pleurésie à droite, suivie d'un épanchement considérable. Ce dernier, après avoir subi la transformation purulente, se fait jour à travers un espace intercostal et donne lieu, pendant plus de deux mois, à un écoulement de pus abondant et intarissable.

Ayant été obligé de suspendre la dilatation de l'œsophage, je ne pouvais pas songer à lui administrer le tannin en pilules, les liquides seuls pouvant arriver dans l'estomac. D'un autre côté, je répugnais à employer le tannin, sous une forme liquide, l'astringence bien connue de ce médicament me faisant craindre d'augmenter un rétrécissement déjà fort considérable et que je ne pouvais plus dilater. Il me restait la ressource des révulsifs, dont j'ai usé très-largement, ce genre de médication ayant au moins l'avantage de tromper l'impatience du

---

fréquence des complications hépatiques, ainsi que l'association fréquente des fièvres intermittentes. Nous ne dirions pas mieux en France.

Variole (*tchou-hoa*), ce qui signifie fleurs sur le corps. — On voit dans leur description l'ombilication de la pustule, la salivation, le gonflement de la face et des mains. Le caractère spécial des pustules palmaires et plantaires, qui sont plates et carrées.

On voit à leurs descriptions que cette maladie les a profondément préoccupés; aussi ont-ils donné libre carrière à leur amour des divisions : ils ne décrivent pas moins de quarante-deux espèces de variole. Quelques-unes de ces divisions sont naturelles : la variole hémorrhagique avec hématurie grave; la variole avec affaissement prématuré des pustules. A côté s'en trouvent d'autres à dénominations pittoresques, qui pourraient bien n'être que de l'herpès zona ou certaines formes d'éruptions que nous nommerions *en corymbe*. Telles sont : la variole *en collier de perles* (*hoan-tchou*), boutons rangés en cercle, à peu près comme un collier de perles. Pronostic bénin. La variole en *pattes de rat* (*chou-ki*), boutons groupés par cinq, six ou sept, comme les traces que font les doigts des pattes de rat; enfin la variole en *pièce de monnaie* (*lei-tsou*); les otites, les maladies de l'œil, les abcès consécutifs à la variole n'ont pas échappé à leur attention.

Ils font remonter à 3000 ans l'apparition de cette maladie, qui n'aurait pas eu jadis la même gravité qu'aujourd'hui. C'est vers le xe siècle de notre ère qu'un médecin chinois tenta l'inoculation sur le petit-fils du prince Tchin-Siang. Cette inoculation se pratiquait en introduisant une croûte cueillie à l'automne ou au printemps dans la narine gauche des garçons, dans la narine droite des filles. Au dire du révérend William Milne, Canton possède depuis 1805 un établissement pour la vaccination. Cet usage a été apporté en Chine par Pearson, chirurgien de la compagnie des Indes-Orientales.

Fièvre à plaques rouges (*Nio-Ki-Kia-tchin*), — Il faut vraisemblablement voir la *rougeole* dans cette maladie, qui débute

malade et du médecin. Mais, cette jeune fille présentant déjà tous les signes d'une fièvre hectique très-avancée, dépérissait à vue d'œil, lorsqu'en désespoir de cause je me risque à lui administrer le tannin en potion, à la dose de 75 centigrammes par jour. Ce n'est qu'une quinzaine de jours après le début de cette médication, employée avec persévérance, que je note une diminution sensible de l'écoulement purulent. Je porte la dose quotidienne à un gramme pendant les deux semaines suivantes, pour la diminuer ensuite jusqu'à 75 et 60 centigrammes par jour, pendant trois semaines environ. En moins de deux mois, la médication au tannin, instituée à la période la plus périlleuse de la maladie et après l'insuccès complet des révulsifs, a suffi pour ramener notre malade d'un état des plus graves à une guérison radicale et qui ne s'est jamais démentie depuis trois ans. — L'action du tannin que je redoutais sur le rétrécissement de l'œsophage ne s'est pas d'ailleurs produite, du moins la gêne de la déglutition n'a-t-elle pas été plus marquée, après qu'avant l'administration de ce remède.

Dans une autre circonstance, j'avais à traiter un homme de quarante-sept ans, arrivé au dernier degré de marasme, après une pleurésie purulente à droite et fistule bronchique datant de huit mois. Le traitement au tannin institué le 5 mai 1868, à la dose de 75 centigrammes (cinq pilules) par jour, ne tarde pas à produire une amélioration considérable : retour de l'appétit, suppuration beaucoup moins abondante, diminution rapide de la fétidité horrible des matières expectorées, disparition du sang mélangé aux crachats, etc... Mais, le progrès se ralentissant, je porte successivement la dose à six et huit pilules par jour. Le 10 juillet suivant, quoique le malade eût déjà depuis plus de quinze jours toutes les apparences d'une santé complète, il y avait encore, par intervalles, quelques rares crachats muco-purulents et un peu de frottement pleural à la base du poumon. C'est alors que j'administre le tannin en potion, à la dose de un gramme par jour, et en moins de dix jours, notre malade se trouve complétement rétabli : le traitement avait duré en tout dix semaines.

Enfin, dans un 3° cas (il s'agissait cette fois d'un de nos confrères les plus distingués, le docteur Triquet), j'institue le traitement à une période très-avancée de la fièvre hectique. Outre l'excessive fétidité des crachats, il y avait, chez notre malade, une diarrhée continuelle qui avait fini par revêtir le caractère de diarrhée dysentérique, selles très-fréquentes, peu abondantes et sanguinolentes, etc., etc... N'observant aucune amélioration après cinq ou six jours de traitement, par l'administration de cinq pilules de tannin par jour, j'administre ce médicament à la dose de un gramme dans un julep gommeux de 150 grammes, — à prendre, par cuillerées à bouche d'heure en heure.

Sous l'action de ce remède, ou du moins après cette médication, un mieux des plus notables se produit très-rapidement, la diarrhée se supprime, l'appétit revient, la fétidité et l'abondance des crachats diminuent, tout semble en un mot faire augurer une guérison prochaine, lorsqu'un matin, en me rendant près de notre confrère, j'apprends que ce dernier avait succombé subitement il y avait à peine une demi-heure, sans que rien quelques instants auparavant pût faire présager un dénoûment aussi rapide.

Le matin même, il était gai et avait pris un potage avec grand plaisir; c'est en se remettant au lit, après être allé à la garderobe, que notre malade était tombé roide mort sans agonie. La garderobe qu'on me montra était moulée et ressemblait tout à fait à une garderobe de personne bien portante.

Cette mort si brusque ne peut guère s'expliquer que par un arrêt de la circulation dû à une embolie pulmonaire. et cette supposition se trouve confirmée par l'existence antérieure d'une phlébite, laquelle était survenue sept ou huit jours auparavant dans tout le trajet crural de la veine saphène interne droite : le coagulum veineux très-appréciable au toucher s'était formé, au moment où la diarrhée avait revêtu cette forme dysentérique que j'ai signalée un peu plus haut.

Dans ce cas encore, le tannin avait paru jouir de son efficacité habituelle, mais c'est sous forme liquide seulement et à petites doses souvent répétées que ce médicament avait produit un action évidente.

Voyons maintenant les résultats que nous a donnés cette médication :

Mais, pour apprécier la valeur d'une médication quelconque, il ne suffit pas de la comparer à celle plus ou moins grande inhérente à l'expectation pure et simple ou à d'autres médications, il faut encore tenir compte de la période de la maladie à laquelle cette médication a été instituée. Or, je ne crains pas de dire que chez les *onze* malades de la première série, les seuls dont nous nous occupions en ce moment, chez *tous sans exception*, la maladie était déjà ancienne, l'état général paraissait des plus alarmants, et que le pronostic *le plus grave* aurait été porté par n'importe quel médecin qui les eût assistés.

Si l'on veut cependant tenir compte de la fragilité des jugements humains et aussi de ces coups de fortune qui viennent parfois déjouer, dans un sens ou dans l'autre, les meilleures prévisions médicales, on est porté à se montrer moins absolu, et chacun doit un peu rabattre de celles qu'il croit le mieux fondées. Quoique ces onze malades fussent tous très-gravement atteints, quoiqu'on eût déjà épuisé pour eux et sans le moindre succès, toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, il se pourrait donc qu'un très-petit nombre d'entre eux, deux ou trois peut-être, eussent pu, par les seules forces de la nature, échapper au péril qui les menaçait; mais, à coup sûr, il ne s'en serait jamais sauvé plus de trois.

Or, sur ces *onze* malades, *huit* ont radicalement guéri, après

---

brusquement par de la fièvre, de la céphalalgie, la rougeur du visage et du *blanc des yeux*, et enfin la présence, sur le corps, de petites taches rouges qui sont grosses comme un grain de riz.

On voit que les fièvres éruptives et les fièvres graves qui s'imposent en Chine plus qu'ailleurs peut-être, par leur objectivité bien tranchée, leur gravité et leur fréquence, ont été décrites presque aussi bien qu'il est possible. Il n'en est plus de même des maladies qui n'impriment plus leur signature à la surface du corps, et qui demandent des connaissances anatomiques un peu plus précises que celles que possèdent les Chinois.

Dr A. Bordier.

(La fin à un prochain numéro.)

Société de médecine légale. — La Société vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour 1873, est composé ainsi qu'il suit :

Président, M. le docteur Guérard ; *vice-présidents :* M. Hémar, avocat général, et M. le docteur Mialhe ; *secrétaire général :* M. le docteur Gallard ; *secrétaires des séances :* M. Hortcloup, avocat à la cour de cassation et M. le docteur Legrand du Saulle...

La commission permanente chargée de répondre dans l'intervalle des séances aux demandes d'avis motivées adressées par la Société, tant par des magistrats que par des avocats ou des membres du corps médical, est ainsi composée : M. Guérard, *président*; M. Gallard, *secrétaire général*, et MM. Béhier, Chaudé, Devergie, Dolbeau, Falret, Hémar, Hémey, Horteloup, Pénard.

Trois places de membres titulaires ayant été déclarées vacantes, les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes au secrétaire général avant le 31 janvier prochain.

une durée moyenne de deux mois, à partir du jour où le traitement au tannin a été établi. La durée *la plus courte* a été de *huit* jours; j'ai obtenu cette guérison la plus rapide que j'aie encore observée, chez mon premier malade. — La durée *la plus longue* a été de *six mois*; il s'agissait, dans ce cas, d'un jeune homme de vingt-quatre ans qui tolérait difficilement des doses prolongées de tannin et chez lequel j'ai dû l'interrompre, à diverses reprises, pour le reprendre au moment où la sécrétion purulente devenait plus abondante. Je n'ai pas noté, dans ce cas, pas plus que dans tous les autres, de trouble marqué qu'on pût rapporter au tannin; mais l'astringence de ce médicament déplaisait fort au malade, et c'est pour ce seul motif, que j'en interrompais l'emploi de temps en temps. — J'ajouterai ici en passant, que l'usage prolongé du tannin n'a donné lieu à de la constipation chez aucun de mes malades; or, tel est l'inconvénient qu'on aurait pu le plus à redouter *à priori*.

Sur les *trois* autres malades, *un* est encore en traitement et n'est pas complétement guéri, quoiqu'il y ait dix-huit mois qu'il ait été soumis pour la première fois à la médication par le tannin. A cette époque, la pleurésie datait déjà de neuf mois, et notre jeune homme qui a eu dix-huit ans ces jours derniers (3 mai 1872) n'avait alors que seize ans et demi. — Dès les premiers jours du traitement, une amélioration sensible s'est produite, cette amélioration a progressé presque sans interruption pendant les quatre premiers mois, au point que nous espérions tous une convalescence prochaine. Mais, il y a eu une série de rechutes, à des intervalles de temps plus ou moins éloignés et le tannin a été tour à tour repris ou abandonné, à des intervalles variant entre quinze jours et deux mois. A chaque rechute, l'effet du tannin a été immédiat : le premier effet obtenu était une diminution considérable de la suppuration. Le malade est même resté un mois environ, chaque fois, à trois reprises différentes, sans tousser ni cracher, et plus d'une fois, il a été le premier à me demander ce médicament « *celui*, me disait-il, *dont il se fût le mieux trouvé* ». Depuis un mois, ce jeune homme, soumis à des applications successives de cautères volants sur le côté malade (côté droit), a vu une nouvelle amélioration se produire dans son état. Il a même repris un embonpoint que je ne lui ai jamais vu au même degré, et tout me porte à croire que ce jeune homme finira par guérir. — Les sommets pulmonaires ont toujours été d'une intégrité parfaite, et il n'y a eu aucun antécédent de tuberculisation, chez un membre quelconque de sa famille.

Il ne reste donc, sur les onze cas en question, que deux cas de mort, l'un chez notre regrettable confrère le docteur Triquet dont j'ai rapporté sommairement l'observation, l'autre chez un malade qui m'est arrivé presque *in extremis* et qui a vécu cinq jours, après son arrivée à Pau. Ce malade avait au sacrum une eschare d'une étendue de plus de 10 centimètres carrés, et il faut véritablement pousser à l'extrême le scrupule de la véracité, pour que je me décide à le comprendre dans cette statistique. Mais, comme il a pris du tannin, pendant les quatre derniers jours de sa vie, je crois devoir le faire figurer sur la liste des revers; car, si l'on ne suivait pas, en matière de statistique, le principe rigoureux de tout dire, l'extrême mal comme l'extrême bien, le mal comme le bien supposés, on ouvrirait la voie aux statistiques mensongères et l'on donnerait le droit de les suspecter toutes.

On ne saurait m'objecter que ces deux cas de mort fussent dus à des tuberculisations pulmonaires dont j'aurais méconnu l'existence, car, chez ces deux malades, comme chez les autres, j'ai constaté les mêmes caractères stéthoscopiques négatifs aux sommets pulmonaires. Et d'ailleurs, une pareille objection, si elle était fondée, ferait paraître merveilleuse l'efficacité, déjà si grande du tannin. Nul ne serait plus intéressé que moi à la démonstration péremptoire d'une double erreur de diagnostic. Or, en dépit de mes préférences, je dois déclarer que, dans ces deux cas, comme dans tous les autres, je crois avoir eu affaire à des pleurésies purulentes et nullement à des phthisies pulmonaires.

Comme type des faits de la première série, je rapporterai ici en détails la première observation que j'ai recueillie sur l'emploi du tannin, dans la pleurésie chronique purulente. Je crois d'autant plus devoir le faire que cette observation a été rédigée il y a six ans; elle est extraite d'un petit travail que j'avais eu l'honneur d'adresser, à la fin de mars 1866, à la Société médico-chirurgicale de Bordeaux, travail dans lequel je rapportais une autre observation du même genre. Je n'ai pas besoin de dire que je ne changerai rien à ma première rédaction, malgré les quelques avantages que celle-ci pourrait gagner à une refonte générale.

OBSERVATION. — Le 12 novembre dernier (1865), j'ai été appelé à Arthez d'Asson, à une vingtaine de kilomètres de Pau, auprès de M. R..., âgé de quarante-deux ans et ayant toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois d'avril de cette année. Pendant que je me rends chez ce malade, je recueille de la bouche de son frère des renseignements qui, tout en me faisant pressentir une gravité prochaine du cas, ne me laissent guère de doute sur l'existence d'une tuberculisation pulmonaire avancée.

Telle est la fâcheuse impression qui m'a dominé, jusqu'au moment où j'ai pu examiner notre malade avec soin, et j'avoue qu'après une première inspection générale et à la vue de ses traits altérés et amaigris, je n'ai pu que me confirmer dans ces tristes pressentiments.

M. R... m'apprend que, dans le courant du mois d'avril dernier, il s'est trouvé exposé à des causes continuelles de refroidissement, pendant qu'il surveillait, près de Cayenne, des ouvriers employés à l'exploitation d'une mine d'or. Un jour qu'il s'était refroidi plus que de coutume, il a ressenti un violent frisson, accompagné d'une douleur vive sur le côté droit de la poitrine et suivi d'une fièvre forte qui a persisté, sans interruption, pendant plusieurs jours. Il a été pris en même temps d'une toux presque continuelle qui augmentait notablement la douleur thoracique. Par suite de circonstances particulières qu'il est inutile de rapporter, notre malade s'est trouvé privé, durant les premiers quinze jours, de tout secours médical et n'a pu recevoir les soins d'un chirurgien de marine qu'après avoir vu son état s'aggraver notablement. La médication a consisté surtout dans l'emploi de vésicatoires et de préparations antimoniales, notamment de tartre stibié. Mais, loin de subir une amélioration quelconque, l'affection locale empire chaque jour et ne tarde pas à porter une atteinte profonde à la santé générale.

Dans le courant du mois d'août suivant, notre malade a rejeté par la bouche et à la suite d'efforts de toux et de vomissements, une grande quantité de liquide purulent. A diverses reprises, cette expulsion de matières purulentes s'est reproduite vers la fin d'août et durant tout le mois de septembre; toutefois, la quantité de liquide rejeté est allée en diminuant depuis les derniers jours d'août jusqu'au 20 septembre.

C'est à cette époque (25 septembre) qu'il s'embarque à Cayenne pour revenir en France où, d'après ses pressentiments, il devait bientôt mourir. Il nous raconte en effet que, fatigué par une toux continuelle, privé de force et d'appétit, il était arrivé à un tel degré d'épuisement qu'on ne voulait pas le laisser s'embarquer. Le même état persiste durant toute la traversée, et dès son arrivée à Saint-Nazaire, M. R... se dirige sur Bordeaux où il séjourne une quinzaine de jours.

Je ne vois notre malade pour la première fois que le 12 novembre suivant, et jusqu'à ce jour son état n'avait fait qu'empirer. La toux qui avait redoublé depuis quelques jours ne le quitte pas un seul instant, durant près de deux heures que je passe près de lui; le sommeil était à peu près nul depuis plusieurs nuits, malgré l'emploi qu'il n'avait cessé de faire de préparations calmantes, sirop diacode, codéine, etc., etc. Les crachats qu'il rejette en abondance sont constitués par un liquide épais, homogène, ressemblant à du pus, et se trouvent mélangés à une notable quantité de sang pur et fluide. La percussion me fait découvrir une diminution sensible de la sonorité dans toute la partie postérieure droite de la poitrine et notamment au niveau de la fosse sous-épineuse. Dans toute cette région, l'auscultation révèle une obscurité notable du murmure respiratoire ainsi que l'existence de quelques râles sous-crépitants, sans retentissement particulier de la voix. A ces symptômes locaux se joignent une grande accélération du pouls, une chaleur de la peau très-prononcée, l'inappétence, des sueurs abondantes et parfois de la diarrhée, troubles qui dénotent l'existence d'une fièvre hectique avancée.

D'après l'ensemble de ces signes et la connaissance des antécédents ci-dessus mentionnés, j'écarte l'idée d'une tuberculisation pulmonaire que j'avais soupçonnée dès le début et je m'explique la filiation des divers symptômes par une pleurésie ou pleuro-pneumonie initiale, ayant donné lieu à un épanchement tôt ou tard devenu purulent. Ce dernier s'étant fait jour par les bronches, on n'avait plus affaire qu'à une pleurésie chronique, avec persistance de la sécrétion purulente et de la communication bronchique pré-établie. Quant au sang pur et rutilant, mélangé en si grande proportion au liquide venu de la plèvre, il est facile d'en expliquer la

présence par le frottement continu des deux feuillets pleuraux que tapisse sans doute une couche de fausses membranes vascularisées, frottement dur et saccadé dont la violence de la toux rend un compte suffisant.

Ce diagnostic établi, et malgré la gravité trop réelle des symptômes observés, je laisse entrevoir à la famille la possibilité d'une guérison, dans un avenir sans doute éloigné, et je fonde ce pronostic, porté d'ailleurs avec réserve, sur l'absence *probable*, sinon certaine de tubercules pulmonaires. Je dis *probable* seulement; car on sait combien la pleurésie chronique favorise l'éclosion tuberculeuse chez un sujet prédisposé, et il était bien permis de faire ses réserves en présence des symptômes graves que présentait notre malade.

Ce qui m'enhardit encore à porter ce diagnostic, c'est qu'après avoir fait part de mes impressions à la famille, j'apprends que M. Oré (de Bordeaux), qui avait vu le malade quelques jours auparavant et avait eu la bonté de me l'adresser, avait déjà formulé son opinion à peu près dans les mêmes termes que je viens d'employer moi-même.

Le traitement me semblait devoir répondre dans ce cas aux indications suivantes :

1° Modérer la violence de la toux; 2° réveiller les fonctions digestives presque anéanties; 3° s'opposer, autant que possible, à la reproduction de l'écoulement sanguin dont la continuité devait singulièrement affaiblir le malade. Les opiacés devant satisfaire à la première indication, je prescris des pilules de cynoglosse dont il doit être donné une ou deux chaque jour, suivant l'intensité de la toux. Quant aux deux autres indications, elles me paraissaient devoir être remplies par le tannin dont je pouvais mettre à profit les propriétés toniques et astringentes, sans recourir à ce luxe de polypharmacie qui obscurcit si souvent le jugement des questions thérapeutiques. Je prescris donc 3 grammes de tannin en vingt pilules — à prendre quatre pilules chaque matin.

J'avais recommandé au malade de se faire transporter à Pau où je pourrais mieux le suivre et lui donner mes soins; mais, comme il ne peut pas s'y rendre immédiatement, le traitement ne commence que le 15 novembre, et j'ajoute que durant les trois jours précédents l'état du malade n'a pas subi la moindre modification avantageuse.

Tel est le premier fait dans lequel j'ai été conduit à employer le traitement par le tannin, en suivant uniquement les indications fournies, chez mon malade, par les données stéthoscopiques.

J'avais déjà eu de nombreuses occasions de me servir de cette médication, dans des cas de phthisie pulmonaire bien confirmée; mais, je dois dire que je n'en ai jamais retiré les avantages que d'autres médecins en ont obtenus dans ces dernières années. Ce n'est pas d'ailleurs le souvenir de ces tentatives qui a pu me guider dans ce cas, puisque l'examen attentif du malade m'a conduit au diagnostic d'une pleurésie chronique suivie de communication bronchique, et je ne sache pas que le tannin ait jamais été administré dans cette dernière affection.

Ici se termine ma première observation extraite *textuellement*, comme je l'ai déjà dit, d'un travail inédit et clôturant l'exposé des faits de la première série.

Je ne chercherai pas à me faire honneur de l'idée théorique qui m'a guidé dans le choix du tannin contre le cas que j'avais à combattre. Je croyais donner une médication, je ne dirai pas *banale*, puisque je la jugeais appropriée à la circonstance, mais du moins une médication *très-ordinaire*. Or, il s'est trouvé que j'ai mis la main sur un agent thérapeutique que les observations recueillies jusqu'à ce jour m'autorisent à croire *excellent*.

Ce fait prouve une fois de plus, et c'est là le meilleur enseignement clinique qui en ressorte, que nous devons lutter sans relâche, dans les cas qui nous semblent désespérés. On ne doit pas assurément se bercer d'illusion ni s'attendre à réussir souvent, dans ces tentatives suprêmes. Mais quand on ne devrait réussir qu'une seule sois (et qui est-ce qui ne peut pas avoir du bonheur une fois dans sa vie !), on doit prendre pour règle invariable de conduite de sortir des voies battues, quand celles-ci ne peuvent conduire qu'à la ruine certaine du malade.

J'ai peu de chose à dire des faits de la seconde série, je veux parler des cas de pleurésie simple dans lesquels j'ai été conduit, par analogie, à employer le tannin. Je n'ai eu recours à cette médication exclusive que dans *un* cas de pleurésie tuberculeuse et dans *quatre* cas de pleurésie simple.

Le cas de pleurésie tuberculeuse a été observé l'année dernière (janvier 1871) chez une dame d'une cinquantaine d'années qui avait eu une pleurésie semblable une année auparavant et qui avait duré plus d'un mois, après l'avoir rendue fort malade.

Dans cette seconde atteinte, l'épanchement siégeait au sommet du poumon droit où il était maintenu par des adhérences protectrices. Les signes d'un épanchement de moyen volume n'était pas douteux, et dès l'apparition de la matité et de l'égophonie, j'ai soumis cette malade au tannin (75 centigrammes par jour). Or, en douze jours, il ne restait plus trace de cet épanchement, et l'affection tuberculeuse qui avait une marche des plus lentes, n'a pas marché, depuis ce moment, avec plus d'activité. La malade, en quittant Pau, m'a demandé l'ordonnance des pilules, ne voulant pas, me disait-elle, subir un autre traitement, si elle venait à être prise d'une autre atteinte de pleurésie.

Quant aux *quatre* cas de pleurésie simple, ils se sont terminés par la guérison, dans une moyenne de temps de deux à cinq semaines.

Dans *trois* de ces cas, j'avais noté tous les signes d'un épanchement pleurétique *moyen*, et, dans le *quatrième*, l'épanchement me paraissait *considérable*, ce qui n'a pas empêché la femme qui en était atteinte de guérir, dans cinq semaines. Mais tout le monde sait que les épanchements séreux peuvent se résoudre spontanément.

Ces quelques guérisons ne peuvent prouver jusqu'à présent qu'une chose, c'est que le tannin ne les a pas empêchées de se produire et que de nouveaux essais pourraient être faits, sans de graves inconvénients. Mais, je serais loin de vouloir faire de cet agent l'unique médication à opposer à la pleurésie simple suivie d'épanchement. La thoracocentèse, telle qu'on la pratique aujourd'hui, me paraîtrait infiniment préférable, pour peu que la quantité de liquide fût considérable. Par contre, la thoracocentèse est loin de toujours s'opposer à la reproduction du liquide et la médication par le tannin me semblerait devoir être instituée, avec des chances réelles de succès, pendant les quelques jours qui suivraient l'évacuation artificielle du liquide, ou même plus longtemps, si on le jugeait nécessaire. Mais, dans le cas où le liquide évacué serait de nature purulente, il me semblerait de rigueur d'employer le tannin, avec une certaine persévérance, les conditions morbides étant absolument les mêmes que celles où se sont trouvés les malades de ma première série d'expériences. Ce n'est qu'en dernier ressort, pour ainsi dire, qu'on recourrait à l'opération de l'empyème qui a déjà compté, elle aussi, de nombreux succès, entre les mains de mon savant maître, M. le docteur Moutard-Martin.

En résumé, je donnerai, comme unique conclusion, la statistique suivante :

La médication exclusive par le tannin, dans ONZE *cas très-graves de pleurésie purulente avec évacuation spontanée du pus, a donné* HUIT *succès complets dans un temps relativement court,* UN *succès encore incomplet après un très-long traitement et* DEUX *cas de mort.*

Employé également seul dans UN *cas de pleurésie tuberculeuse et dans* QUATRE *cas d'épanchement pleurétique simple, le tannin, s'il n'a pas produit la guérison, n'a pas du moins empêché celle-ci de se produire, dans tous ces cas, et dans une période de temps variant entre douze jours et cinq semaines.*

Au moment où je termine cette note, je reçois de mon habile et excellent confrère, M. le docteur Clédon (de Navarrenx), et à la date du 10 mai 1872, les deux observations suivantes qui n'ont pas été comprises dans la statistique précédente et viennent encore à l'appui de la nouvelle médication.

OBS. I. — M. P., âgé de soixante-douze ans, fut pris subitement, dans le courant de mars 1871, d'un violent point de côté à gauche et de toux

sèche très-opiniâtre, avec fièvre et embarras gastrique très-prononcé. Je ne constatai ni crachement de sang ni expectoration.

Rien de particulier à noter, au début, à l'auscultation ni à la percussion.

Je prescrivis une application de sangsues *loco dolenti*.

A la suite de cette médication, le point de côté diminua, mais la toux persista avec son caractère, et je constatai de l'oppression, l'état général à peu près le même.

J'auscultai de nouveau et je n'eus pas de peine à trouver la cause de cet état que j'avais soupçonné au début, sans pouvoir me prononcer. On entendait difficilement le murmure vésiculaire, au tiers moyen du poumon gauche et un bruit de souffle tubaire très-prononcé à la base. Égophonie très-marquée, matité absolue à la base et en arrière, absence de vibrations.

État général : fièvre, embarras gastrique, céphalalgie, sueurs très-abondantes, dès le septième jour.

J'ai appliqué successivement cinq vésicatoires ; l'épanchement n'a pas cédé, pas d'aggravation de l'affection, mais ce fut le seul résultat obtenu.

Tel était l'état de M. P... lorsque M. Duboué vint à Navarreux pour voir un malade. Je m'empressai de l'appeler en consultation, persuadé qu'il conseillerait la thoracocentèse. Je fus très-surpris, je l'avoue, lorsque, me prenant à part, il me conseilla d'administrer à mon malade du tannin à la dose de 1 gramme par jour.

J'exécutai sa prescription et j'eus le plaisir de constater rapidement une grande amélioration dans l'état général. Les sueurs diminuèrent sensiblement, pour disparaître au bout de dix jours, la langue qui était restée sèche et saburrale pendant deux mois se nettoya rapidement, la fièvre diminua et l'appétit revint.

L'état local ne bougea pas. Je continuai la médication, et au bout de trois semaines M. P... se levait et entrait en pleine convalescence. J'examinai de nouveau l'état local à cette période de la maladie et je le trouvai sensiblement amélioré.

M. P .. a pris du tannin pendant deux mois, avec de légères interruptions, et bien que conservant encore des traces de son épanchement, il est rétabli.

OBS. II. — Appelé en consultation auprès d'un jeune homme malade depuis un mois, et de l'état duquel on désespérait, je constatai un épanchement considérable à droite.

L'oppression était considérable, la toux insupportable et accompagnée de hoquet. Je proposai la thoracocentèse pour le lendemain ; mais pendant la nuit, le malade eut une vomique très-abondante qui le soulagea au point, que je ne jugeai plus l'opération opportune.

Me rappelant le succès obtenu par le tannin dans le cas précédent, je le prescrivis concurremment avec des toniques, et deux mois après, ce jeune homme qu'on aurait cru phthisique avancé, lors de ma première visite, était complétement rétabli. Inutile d'ajouter que l'épanchement a complétement disparu.

Du 15 au 23 novembre, le malade a pris chaque jour 60 centigrammes de tannin (en tout 5 grammes environ) et une pilule de cynoglosse seulement chacun des deux premiers jours. Sur la demande du malade, j'ai remplacé ces pilules par une solution de chlorhydrate de morphine dont il avait auparavant retiré plus de calme (deux cuillerées à café de cette solution ont été administrées chaque soir pendant cinq jours seulement et la solution entière contenait 10 centigrammes de chlorhydrate de morphine pour 80 grammes d'eau distillée).

Sous l'influence de cette médication, ou du moins immédiatement après l'usage qui en a été fait, j'ai observé une amélioration si rapide que j'avais peine à en croire mes yeux. Il me paraît inutile de reproduire ici jour par jour l'état de notre malade, il suffit de savoir que déjà le 23 novembre la toux avait complétement cessé, le sommeil et l'appétit étaient entièrement revenus, qu'à la maigreur existante avait succédé un embonpoint raisonnable, que les forces s'étaient notablement accrues au point que le malade pouvait sortir à pied plusieurs heures par jour et sans fatigue. J'observais, en un mot, après un si court intervalle, tous les signes d'une convalescence franche qui ne s'est pas un instant démentie depuis ce jour. J'avais recommandé à notre malade de prendre encore un peu de tannin pendant quelques jours ; mais il m'a avoué plus tard n'en avoir pas pris d'autre depuis le 24 novembre. Je l'ai revu ces jours derniers (le 26 mars 1866), et j'avais peine à le reconnaître, tant il avait repris des forces et de l'embonpoint.

Quant aux phénomènes stéthoscopiques, ils m'ont permis dès les premiers jours du traitement de constater l'existence d'une amélioration locale en rapport avec les progrès de l'état général, et vers le milieu de décembre il m'était déjà difficile de reconnaître le côté affecté. On constatait à cette époque une diminution de sonorité à peine appréciable du côté droit de la poitrine, le murmure respiratoire avait des deux côtés une égale force et des caractères entièrement semblables.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. FAYE.

ARTS INSALUBRES ET PRIX BARBIER. — L'Académie procède à la nomination d'une commission qui sera chargée de juger le concours dit « des Arts insalubres », pour l'année 1872. MM. Chevreul, Morin, Boussingault, Dumas, Peligot réunissent la majorité des suffrages.

L'Académie nomme ensuite la commission qui sera chargée de juger le concours du prix Barbier pour l'année 1872. Les membres élus sont : MM. Bussy, Cloquet, Cl. Bernard, Bouillaud et Brongniart.

MALADIE DE LA VIGNE et PHYLLOXERA. — L'Académie reçoit sur ce sujet des communications de MM. *Duclaux*, *Max. Cornu*, *Shore* et *Alderley*.

QUANTITÉS D'OXYGÈNE DISSOUTES DANS L'EAU DE PLUIE ET DANS L'EAU DE SEINE. — Il résulte des recherches de M. *A. Gérardin*, que les pluies fines et persistantes sont moins riches en oxygène que les pluies abondantes et passagères. La division des gouttes semble augmenter la surface de déperdition de l'oxygène dissous. Quant aux résultats obtenus sur l'eau de la Seine pendant la crue, du 9 octobre au 8 décembre, ils nous paraissent ne pouvoir conduire à aucune conclusion précise. La quantité d'oxygène par litre d'eau a varié entre $3^{cc},60$ et 6^{cc}.

PÉNÉTRATION DES LEUCOCYTES DANS L'INTÉRIEUR DES MEMBRANES ORGANIQUES. Note de M. *Lortet*. — Voici les faits qui résultent des expériences de l'auteur :

« 1° Toutes les membranes organiques sont aptes à laisser passer les leucocytes en voie de formation. Ce passage s'opère plus ou moins rapidement, selon la nature de la membrane : lorsqu'elle est trop épaisse ou trop résistante, les leucocytes n'en effectuent pas en entier le passage, mais pénètrent seulement jusqu'à une certaine profondeur. Dans ce phénomène de passage, jamais les leucocytes ne perforent les cellules des tissus; les cellules et les fibres des membranes sont simplement écartées. Au microscope, on peut voir de véritables bataillons de leucocytes pénétrant en longues bandes entre les fibres des différentes membranes employées.

» Le phénomène du passage et de la pénétration des leucocytes à travers les membranes a été constaté en employant des ampoules faites avec des vessies de poisson, de la baudruche, du papier à dialyse, différents péritoines, etc. La pénétration directe a été observée sur des fragments de ces membranes mises dans des plaies suppurantes convenables. Les parois des veines, des artères, la cornée de l'homme et de différents animaux se laissent également pénétrer par les leucocytes.

» Les leucocytes de l'homme et des animaux se comportent absolument de la même manière, dans des conditions identiques.

» 2° La pression extérieure n'a aucune influence sur la pénétration plus ou moins rapide, plus ou moins profonde des leucocytes.

» 3° Pour que la pénétration puisse s'opérer rapidement et régulièrement, il faut *absolument* que la membrane sur laquelle on opère soit appliquée aussi exactement que possible sur la membrane suppurante. Il faut aussi que les leucocytes soient jeunes et vivants, c'est-à-dire en voie de formation et doués encore de leurs mouvements amiboïdes. Dès qu'ils deviennent granuleux, opaques et immobiles, le phénomène n'a plus lieu. Enfin, un certain degré de température est nécessaire. A + 30 degrés centigrades, les leucocytes du lapin et de l'homme ont paru perdre le mouvement. A + 45 degrés, ils s'agglutinent les uns aux autres, se déforment et deviennent complétement immobiles. Dans ces deux cas, la pénétration n'a pas lieu. »

Usage et mode d'action de l'huile de foie de morue en thérapeutique, par M. *E. Decaisne*. — « En résumé, dit M. Decaisne, de mes observations sur 12 rachitiques, 36 scrofuleux et 52 phthisiques soumis à l'huile de foie de morue, je crois pouvoir conclure ainsi qu'il suit :

1° C'est surtout dans le rachitisme, comme l'ont déjà établi un grand nombre de praticiens, que l'huile de foie de morue manifeste son action la plus indiscutable, et même curative.

2° Elle ne guérit ni les scrofules ni la phthisie.

3° Dans ces trois affections, comme dans toutes celles auxquelles elle s'oppose, elle agit comme analeptique et reconstituant, et, comme telle, peut s'appliquer au traitement de tous les états de l'économie qui présentent une cachexie générale, sans s'adresser en particulier à telle ou telle maladie.

4° Voulant vérifier, autant que possible, les assertions du docteur Pollock, au sujet de l'engraissement des veaux, des porcs et des moutons soumis à l'huile de foie de morue, j'ai pesé la plupart des enfants atteints légèrement de scrofules et de rachitisme, avant, pendant et après le traitement : j'ai pu constater comme lui que, lorsque la dose dépasse une certaine limite, variable avec les individus, le poids cesse d'augmenter, et que cette cessation d'accroissement coïncide avec la perte de l'appétit et la réduction de la nourriture.

5° Contrôlant les expériences de Headlam Greenhow, qui prétend que l'augmentation de poids a toujours cessé chez ses malades atteints de phthisie, lorsque, par l'usage de l'huile de foie de morue, ils avaient atteint leur poids normal, je n'ai pas obtenu les mêmes résultats que cet habile observateur. Dans plusieurs cas, en effet, par la consommation et l'administration de l'huile de foie de morue, le poids normal a été dépassé.

6° Contrairement à un certain nombre de médecins qui prétendent que l'huile de foie de morue est d'autant plus efficace qu'on l'emploie à une période plus avancée de la phthisie, l'expérience m'a démontré que le médicament n'est utile qu'à la première et au commencement de la seconde période de la maladie, et quand il y a peu ou pas de fièvre. Quelques médecins anglais ne sont pas d'accord sur ce point avec les médecins français.

7° Chez les enfants surtout, quand on dépasse une certaine limite, l'huile de foie de morue produit une espèce de lientérie, et on la retrouve souvent dans les selles.

8° Partant de ce principe, aujourd'hui parfaitement admis, que la digestion et la division extrême des corps gras est une des fonctions du pancréas, que le suc pancréatique opère la digestion des matières albuminoïdes, et que l'activité fonctionnelle de cet organe se lie d'une manière étroite à celle de la digestion gastrique, j'administre toujours l'huile de foie de morue aux repas, et non dans leur intervalle.

Étude du cerveau. — M. *Ed. Fournié*, en réponse à la réclamation de priorité adressée par M. *Beaunis*, dans la séance précédente, fait observer qu'il pensait avoir suffisamment indiqué, d'un côté, les titres de M. Beaunis à l'antériorité ; de l'autre, la part qu'il croit pouvoir lui-même revendiquer dans l'application de la même idée. Il cite à l'appui un passage de ses Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau.

Académie de médecine.

Séance du 24 décembre 1872. — Présidence de M. Barth.

L'Académie reçoit : *a*. Une lettre de M. *Bonjean*, pharmacien à Chambéry, sur le seigle ergoté et l'ergotine. — *b*. Une note sur le choléra, par M. le docteur *Lubelski* (de Varsovie). (*Commission du choléra*.) — *c*. Une lettre de M. *Marvillet*, pharmacien à Autun, accompagnant l'envoi de plusieurs échantillons de prescriptions faites par des sages-femmes.

M. *Gubler* met sous les yeux de l'Académie un nouvel appareil pulvérisateur, imaginé par M. le docteur *Sales-Girons* et destiné à réduire les liquides médicamenteux et les eaux minérales à un état de division extrême.

M. *Gavarret* dépose sur le bureau une note de M. le docteur *Gariel*, agrégé à la Faculté, sur une analyse des eaux de la source Madeleine (Vals) par la spectroscopie, démontrant la présence de la lithine dans ces eaux. (Nous publierons cette note.)

M. *Bergeron* présente un exemplaire de la 5e édition du Traité élémentaire d'hygiène, par *Becquerel*, avec additions par M. le docteur *Beaugrand*.

M. *Larrey* dépose sur le bureau : 1° Un exemplaire de son Rapport sur le concours pour le prix de médecine et de chirurgie, à l'Académie des sciences. — 2° Une étude étiologique sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Châteaudun en 1866, par M. le docteur *Balley*.

M. *Piorry* présente un ouvrage de M. le docteur *Tamin Despalles*, sur l'alimentation du cerveau et des nerfs.

M. *Depaul* présente une thèse de concours de M. le docteur *Chantreuil*, sur les applications de l'histologie à l'obstétrique.

M. *Béclard* donne lecture d'une lettre de M. le docteur *Veyne*, qui demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 28 janvier 1868. Ce pli renferme une note dans laquelle l'auteur propose l'artériotomie, la section de l'artère radiale, comme procédé de vérification de la mort. Un frisson parcourt l'assistance, et nous entendons poser autour de nous ce terrible point d'interrogation : « Eh ! qu'arriverait-il si la mort n'était qu'apparente ? » Il est vrai que pour M. Veyne la lésion d'une artère ne paraît pas tirer à conséquence. Nous verrons ce qu'en pensera la commission du prix d'Ourches.

Une autre pièce de la correspondance qui mérite d'être signalée pour la plus grande édification du public, c'est la lettre de M. Marvillet, cet honorable pharmacien d'Autun qui envoie à l'Académie une petite collection d'autographes de sages-femmes, dont voici quelques échantillons : « Arjot (*lisez* ergot), 20 centimes. » — « Ciro cequorebutique (*traduisez* sirop antiscorbutique), une fiole. » — « Une bouteille deau de célice (*comprenez* Sedlitz), six sensue. »

Voilà qui démontre mieux que tous les plus beaux raisonnements la nécessité d'élever le niveau intellectuel des sages-femmes, comme l'a demandé M. Depaul et comme nous l'avons demandé nous-même.

La plus grande partie de la séance a été consacrée aux élections pour le renouvellement du bureau.

M. *Depaul*, vice-président, passe de droit à la présidence, et M. *Devergie* est élu vice-président.

Les nouvelles fonctions de secrétaire perpétuel intérimaire sont conférées, à la presque unanimité des voix, à M. *Béclard* ; et M. *Roger* est élu secrétaire annuel par 65 voix, sur 68 votants.

L'Académie et l'auditoire ont accueilli ces deux dernières nominations par des applaudissements et des témoignages de sympathie, qui trouveront certainement un écho dans le monde médical tout entier.

M. Béclard a adressé à ses collègues de chaleureux remerciements, et leur a promis de faire servir à la prospérité de l'Académie le titre nouveau qui vient de lui être décerné.

MM. *Hardy* et *Chatin* ont été nommés membres du Conseil d'administration.

Septicémie. — Puis, M. *Davaine* a donné lecture d'une note relative à de nouvelles expériences sur la septicémie. C'est simplement une sorte de procès-verbal dans lequel l'auteur consigne, pour prendre date, un certain nombre de faits récents et inédits.

Une goutte de sanie, prise dans un foyer de gangrène pulmonaire, a été inoculée à un lapin, qui n'en a éprouvé aucun mal.

Du sang pris dans le cœur du même sujet, le lendemain de sa mort, et inoculé à trois lapins aux doses d'une goutte, un millième de goutte, et un millionième de goutte, a causé la mort des trois animaux dans l'espace d'un à deux jours.

Du sang pris dans le cœur d'un mouton empoisonné par la saumure, et inoculé à trois autres lapins aux doses de un dixième et un millionième de goutte, a fait périr ces animaux dans l'espace de neuf à treize jours.

Un lapin, inoculé avec un millième de goutte de sang d'un malade atteint de fièvre typhoïde légère, mourut au bout d'un mois.

Deux autres lapins moururent treize jours après l'inoculation d'un millième et d'un millionième de goutte du sang d'un malade de fièvre typhoïde sur le déclin.

Un millionième de goutte de sang, pris sur un sujet atteint de fièvre typhoïde grave, suffit pour tuer plusieurs lapins. Un de ces animaux est mort en quatorze heures.

M. Davaine a répété ces expériences un grand nombre de fois, et toujours avec les mêmes résultats.

La séance se termine par la lecture de deux rapports, l'un sur le prix de l'Académie, par M. *Bourdon* ; l'autre, sur le prix Barbier, par M. *Bernutz*.

L'impression qui nous est restée de ces rapports; c'est que les travaux des concurrents ne présentaient rien d'assez remarquable pour mériter les éloges des rapporteurs et les hautes récompenses de l'Académie.

A. LINAS.

Société médicale des hôpitaux.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1872.— PRÉSIDENCE DE M. MOISSENET

PEMPHIGUS AIGU NON SYPHILITIQUE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ. — CAS DE SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE DONT LE CHANCRE MOU EST L'ACCIDENT INITIAL. — PUSTULE MALIGNE.

— M. *J. Simon* communique une observation de pemphigus aigu non syphilitique chez un nouveau-né.

L'enfant, né depuis huit jours, était bien portant, prenait le sein avec avidité, était gras et gros et pesait plus de 3 kilos et demi, lorsqu'on vit survenir par poussées successives une éruption de pemphigus sur les joues, le cou, le derrière des oreilles, le ventre et les aines.

L'éruption ne fut accompagnée ni de fièvre, ni de perte d'appétit : les nuits seulement furent un peu agitées. Des lotions avec de l'eau de feuilles de noyer, puis avec de l'eau alunée et l'emploi de la poudre de lycopode, et plus tard de la poudre de nitrate de bismuth, amenèrent la guérison en une dizaine de jours.

Il ne s'agissait évidemment pas là d'un pemphigus cachectique ou syphilitique; d'une part, l'enfant était robuste, d'autre part, les parents, parfaitement connus de M. J. Simon, n'avaient jamais eu la syphilis.

La mère de l'enfant étant trop nerveuse pour faire un bon allaitement, on prit une nourrice, et l'enfant, allant de mieux en mieux, augmenta rapidement de poids.

M. *Hillairet* dit n'avoir jamais vu de fait semblable.

M. *Moissenet* a observé des cas de pemphigus chez les très-jeunes enfants, mais la plupart étaient cachectiques. Chez l'adulte, il a vu une fois un pemphigus éclater brusquement et entraîner la mort en vingt-quatre heures : c'était chez un charcutier depuis longtemps adonné aux excès alcooliques.

M. *Lailler* répond que le pemphigus malin n'est pas très-rare chez l'adulte. On en voit sept ou huit cas par an à l'hôpital Saint-Louis. Ils s'accompagnent quelquefois de gangrènes partielles. Les muqueuses peuvent être atteintes comme la peau ; M. Lailler a vu des bulles de pemphigus dans l'estomac.

Dans les cas moins aigus qui durent cinq et six mois, le traitement est le même que pour les brûlures étendues: liniment oléo-calcaire, etc.

Quant au pemphigus non syphilitique des nouveau-nés, il est rare : M. Lailler en a vu cependant deux exemples.

— M. *Vidal* a déjà communiqué au mois de juillet dernier trois faits de syphilis constitutionnelle, dans lesquels le chancre mou a été l'accident initial de la maladie. L'un de ces faits, dont on trouvera tous les détails dans l'UNION MÉDICALE du 17 décembre dernier, avait été remarquable par l'apparition d'un chancre induré satellite au vingtième jour de l'existence des chancres mous et deux jours après la cicatrisation de ceux-ci.

Dans les trois cas, le chapelet ganglionnaire induré s'était produit et avait affirmé la nature constitutionnelle de la maladie vénérienne.

M. Vidal vient d'observer encore d'autres faits analogues à la consultation de l'hôpital Saint-Louis.

1° Un homme de quarante trois ans entre à cet hôpital en août dernier, avec des plaques muqueuses dans la bouche et aux lèvres, et une éruption de roséole généralisée. En janvier 1872, peu après un coït infectant, ce malade avait eu des chancres mous sur la verge, chancres dont il fut traité à l'hôpital du Midi. Il eut alors, et cela est consigné sur la feuille statistique du service dans lequel il fut traité, il eut une adénite double: l'un des ganglions avait suppuré. Aucun traitement mercuriel n'avait été prescrit.

2° Un autre individu de trente-sept ans, ayant eu en août 1871 un chancre mou au frein, chancre suivi de deux bubons suppurés que l'on traita à l'hôpital du Midi, vit survenir en avril 1872, huit mois après cet accident vénérien et sans avoir eu dans cet intervalle aucune manifestation syphilitique, des tubercules syphilitiques ulcérés aux jambes, et quelques groupes de pustules dans le dos et aux coudes.

De ces deux faits de syphilis et de ceux précédemment cités, M. Vidal conclut à la possibilité de l'infection constitutionnelle, lors même que l'accident initial n'est que le chancre mou, et que, devant cet accident, on doit être très-réservé sur le pronostic. La pléiade ganglionnaire en chapelet est l'indice révélateur de la syphilis, bien plus certain que l'induration du chancre.

— M. *Féréol* montre une pustule maligne extirpée le jour même chez un fort de la halle qui en était atteint depuis quarante-huit heures. La tumeur occupait la région médiane du menton; elle présente, au centre, un point noir gangréneux autour duquel est une zone rougeâtre, ambrée, parsemée de quelques petites vésicules remplies de sérosité louche, puis une seconde zone plus large et d'un rouge plus inflammatoire. La base de la tumeur était indurée. Dans le voisinage il y avait une tuméfaction ganglionnaire. M. Féréol a extirpé la tumeur avec le bistouri et a cautérisé largement la plaie avec le fer rouge.

Dans le liquide obtenu par le raclage de la pustule, on retrouve assez facilement les bactéridies décrites par M. Davaine.

M. Féréol a eu l'occasion de voir une douzaine de cas de pustule maligne et cela à cause de son voisinage avec les halles.

Il a toujours extirpé largement la pustule, puis cautérisé au fer rouge, et il n'a perdu que deux de ses malades. Chez ces derniers, l'insuccès a été causé parce que le mal remontait à plus de quarante-huit heures et que l'infection était déjà effectuée.

Si M. Féréol n'emploie pas le sublimé ni la pâte de Vienne pour la cautérisation, ainsi que cela se pratique dans quelques localités, en Beauce par exemple, c'est parce qu'il n'a pas l'expérience de ces caustiques et que le fer rouge lui a déjà réussi souvent. Il insiste sur l'absolue nécessité d'agir le plus près possible du début de la maladie ; c'est une condition de succès.

M. *Guérard* dit avoir parcouru beaucoup d'observations pour un rapport au conseil de salubrité, et dans beaucoup de cas le sublimé avait été employé avec succès.

M. *Hillairet* croit que des caustiques même légers peuvent réussir quand on agit au début même de la pustule maligne. Il rapporte qu'en 1856, étant en Beauce, il vit un mouton mort du charbon sur le bord d'un chemin : pendant qu'il donnait l'ordre d'enfouir cet animal, une mouche vint se poser sur sa main. Trois heures après, la région touchée par l'insecte devint douloureuse, gonflée, un point noir se forma ; il se produisit des traînées d'angioleucite et les ganglions axillaires commençaient à s'engorger. M. Hillairet fendit la pustule et cautérisa vigoureusement avec le crayon de nitrate d'argent. Il fut malade pendant quinze jours.

M. *Féréol* ne croit pas que son collègue ait été atteint de la pustule maligne et cela parce que le charbon est indolent et ne s'accompagne pas de traînées de lymphangite. Il craint bien que le nitrate d'argent eût été insuffisant s'il s'était agi véritablement du charbon.

A. L.

Société de chirurgie.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1872. — PRÉSIDENCE DE M. DOLBEAU.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DU RECTUM. — ÉLECTION DU BUREAU. — PRÉSENTATION D'UNE PIÈCE.

M. *Trélat* a observé cinq cas de rétrécissement du rectum. Une fois il fit la dilatation brusque et eut lieu de s'en repentir ; aussi dans les quatre autres cas il n'employa que les moyens palliatifs. Il a accueilli avec intérêt la communication de M. Verneuil et celle de M. Panas; désormais il aura recours à l'un ou à l'autre procédé de rectotomie. Il y a quelques jours, M. Trélat a proposé cette opération radicale à une malade portant un rétrécissement de nature syphilitique; cette malade, qui souffre beaucoup malgré une amélioration notable obtenue par le traitement général spécifique, n'a point accepté la rectotomie.

La malade sur laquelle M. Trélat fit la dilatation brusque était entrée à l'hôpital Saint-Louis pour faire traiter son rétrécissement du rectum. La santé générale était excellente. On fit la dilatation avec l'instrument de Nélaton. Des accidents formidables survinrent; abcès à la racine de la cuisse, abcès dans la fesse. La malade quitta l'hôpital au bout de quelques mois très-épuisée et très-amaigrie. Depuis, M. Trélat a renoncé à la dilatation brusque. Il est vrai qu'il y a un certain nombre de cas où des malades ont succombé rapidement après une simple exploration du rétrécissement, mais ces morts ne viennent à l'appui d'aucune méthode ou ne combattent aucune méthode, car il n'y a pas de procédé opératoire qui puisse se passer de certaines manœuvres.

Une autre malade de M. Trélat, âgée de quarante-cinq ans, était entrée à l'hôpital pour une affection du bras; elle avait un rétrécissement du rectum avec fistules multiples. A l'autopsie de cette femme, morte de son affection du bras, on trouva que le rétrécissement siégeait à 4 centimètres de l'anus; il avait 1 centimètre de diamètre. Au-dessous du point rétréci, anciennes ulcérations guéries; au-dessus, portion ulcérée avec trois fistules qui se subdivisent en douze branches. En octobre 1871, M. Trélat reçut dans son service un tuberculeux dans un état cachectique très-prononcé, qui avait un rétrécissement compliqué de fistules. Le malade mourut d'érysipèle. L'autopsie révéla les mêmes lésions que dans le cas précédent. Une quatrième malade vint réclamer les soins de M. Trélat il y a trois ans; le rétrécissement, de nature syphilitique probablement, était très-serré; le périné était criblé de fistules. Le traitement spécifique amena une grande amélioration, mais le rétrécissement admet difficilement le bout de l'index. Enfin, une dernière malade préféra garder son infirmité plutôt que de courir les chances d'une opération définitive.

Parmi les malades observés par M. Trélat, il y avait quatre femmes et un homme. On dit que beaucoup de rétrécissements appartiennent à la période tertiaire de la syphilis. La plus grande fréquence de la maladie chez les femmes s'expliquerait par l'irritation et plus tard par les ulcérations que les écoulements vaginaux produiraient dans la région anale. On a cherché à établir une distinction entre les rétrécissements tuberculeux, dont le siége serait placé plus haut, et les rétrécissements syphilitiques, situés plus bas et qui ont un siége de propagation. Mais les rétrécissements tuberculeux pouvant survenir à la suite de fistules multiples ou d'abcès, on ne voit pas pourquoi leur siége serait plus élevé.

Au point de vue du traitement, avoir recours au traitement général, surtout lorsque la syphilis peut être mise en cause; on arrête ainsi dans quelques cas les progrès du mal, et l'on évite les complications. Si le traitement palliatif ne suffit pas, M. Trélat est disposé à employer l'une des deux méthodes chirurgicales mises en pratique par MM. Verneuil et Panas.

M. *Desprès* est partisan de la dilatation lente et progressive, telle que l'employaient Desault et Boyer, au moyen de mèches et de canules; on évite ainsi les accidents. M. Desprès a pu traiter ainsi douze malades sans avoir de complications. C'est la dilatation brusque et forcée qui donne les accidents. Quant aux opérés de MM. Panas et Verneuil, il faut attendre quelques années encore pour apprécier le résultat obtenu.

La nature de certains rétrécissements est syphilitique, cela n'est plus contestable. M. Desprès a observé trois rétrécissements chez la femme pour un chez l'homme. Ce ne sont pas des accidents tardifs de la syphilis, car les malades portent leur infirmité depuis quelques années lorsqu'ils viennent consulter le chirurgien. Le rétrécissement apparaît vers la troisième, quatrième ou cinquième année de la syphilis; c'est la suite des ulcérations anales, ainsi que l'ont observé MM. Gosselin, Péan et Desprès. Il n'appartient donc pas à la période de production gommeuse de la maladie syphilitique; aussi M. Desprès n'a pas vu ces rétrécissements être améliorés par le traitement antisyphilitique.

M. *Lannelongue* a observé trois malades atteints de rétrécissement du rectum. Dans un premier fait, dont il a donné la relation à la Société de chirurgie, il explora doucement, avec précaution le rétrécissement, sans chercher à pénétrer dans le canal rétréci; la malade mourut de péritonite suraiguë. La pièce montra l'origine des accidents : un abcès de la paroi rectale s'était ouvert dans le ventre et avait déterminé la péritonite.

Une autre femme, qui avait eu la syphilis six ou sept ans auparavant, avait un rétrécissement valvulaire saignant. M. Lannelongue excisa plusieurs fois cette valvule, qui se reproduisait toujours; il tenta ensuite la dilatation brusque avec l'instrument de Nélaton; la valvule se reproduisit. Nouvelle dilatation brusque encore suivie de récidive. On se borna enfin à la dilatation lente, qui ne donna aucun résultat.

Enfin une troisième malade, à la suite de la variole, eut des accidents dysentériques. On constata peu après un rétrécissement du rectum situé à 7 ou 8 centimètres de l'anus; l'obstacle était mou, présentant plusieurs brides. Dilatation lente par les canules et les mèches, puis dilatation brusque; tout cela sans résultat. Chez les deux dernières malades, on a fait sans succès la dilatation lente pendant dix-huit mois d'un côté et douze mois de l'autre.

— Élection du bureau pour l'année 1873. — *Président*, M. Trélat; *vice-président*, M. Perrin; *premier secrétaire*, M. Tillaux; *second secrétaire*, M. de Saint-Germain; *trésorier*, M. Guéniot; *archiviste*, M. Giraud-Teulon.

— Comité de publication. — MM. Panas, Guéniot et Blot.

— Commission des congés. — MM. Guéniot, Boinet et Blot.

— M. *Broca* présente, au nom de M. Mauricet (de Vannes), une pièce pathologique recueillie sur une femme de vingt-trois ans, morte en 1867. L'observation présente quelques lacunes. Cette femme disait avoir fait une chute à l'âge de trois ans sur le coude gauche. L'autopsie montra que le sujet était rachitique, avait une coxalgie et une déviation de la colonne vertébrale. Sur le membre supérieur droit on voit que la tête de l'humérus est à l'état de vestige; la tête du radius est petite et luxée en avant. M. Broca ne croit pas à l'influence de la chute; il voit là une malformation de la tête humérale et de l'articulation scapulo-humérale d'une part, de la tête du radius et de l'articulation du coude d'autre part.

REVUE DES JOURNAUX.

Des hémorrhagies intestinales dans la fièvre typhoïde traitée par les affusions froides, par le docteur A. V. Wunderlich.

L'emploi des affusions froides a donné lieu en Allemagne à des travaux nombreux et très-étendus, et pour ne citer que les plus importants, Jurgensen, Ziemssen et Zimmermann, Lieber-

meister, Wunderlich, ont publié à ce sujet des statistiques fort intéressantes. Le docteur Wunderlich, dans le mémoire que nous analysons, envisage la question à un point de vue restreint, mais qui offre une réelle valeur comme moyen de jugement. Il s'agit en effet de déterminer la fréquence et la gravité de l'une des plus graves complications de la fièvre typhoïde, lorsqu'on emploie le traitement par les bains froids. Les observations ont été prises à la clinique de Leipzig, où la plupart des cas dans lesquels l'affection paraît d'une gravité, même médiocre, sont traités par l'eau froide. En règle, on donne au bain froid de 18 à 22 degrés C. durant 15 à 20 minutes, aussitôt que la température du corps prise dans le rectum s'élève le matin à 39,8 degrés C., et le soir à 40 degrés C.

On emploie plus tôt le traitement lorsque la température croît rapidement, et lorsqu'il y a des symptômes cérébraux graves même avec une température relativement peu élevé, on prescrit les bains froids s'il y a de la bronchite intense ou une pneumonie. Enfin les bains froids sont presque toujours appliqués chez les individus âgés, amaigris, anémiques, s'il y a complication d'affections du cœur anciennes, de diarrhée abondante, d'albuminurie, de grossesse, et de troubles menstruels. Il n'y a de contre-indication absolue que lorsqu'on observe les symptômes de l'hémorrhagie intestinale, de péritonite de perforation ou de collapsus.

Wunderlich emploie ordinairement de 2 à 4, et rarement plus de 5 à 6 bains par jour.

155 malades sur 253 typhiques reçus à l'hôpital, de 1868 à 1872, ont été traités par les bains froids. Il y a donc eu environ 61 pour 100 des malades traités par ce moyen.

Dans ces 255 cas, il y a eu 16 cas d'hémorrhagie intestinale, soit 10 pour 100 environ, ou 7 pour 100 du nombre total de typhiques traités à l'hôpital de Leipzig; or, Reinhard, sur 1178 cas, n'avait observé que 57 cas d'hémorrhagie, soit 48 pour 100.

Il semble donc que les cas d'hémorrhagie intestinales ont été bien plus nombreux chez les malades traités par les bains froids que dans les conditions ordinaires du traitement. La statistique semblerait défavorable à priori; M. Wunderlich ne le juge pas ainsi, et discutant toutes ses observations, il conclut que si les hémorrhagies ont été plus nombreuses, la mortalité est au contraire beaucoup plus faible.

En effet, Reinhard, à la clinique de Wunderlich, avait trouvé avant l'emploi des bains froids, dans les cas d'hémorrhagie intestinale, une mortalité de 47,4 pour 100. Griesinger, le registre de l'hôpital de Vienne et Jensen donnaient un chiffre plus élevé encore, 50 pour 100; or, sur les 18 cas d'hémorrhagie intestinale, observés par C. Wunderlich, il n'y a eu que deux morts, soit 11,1 pour 100. De même les observations de Scholz, de Boehm et Michel ont donné 3 morts sur 10 cas ou 30 pour 100. Enfin, les suites de l'hémorrhagie, en dehors de la mortalité, sont bien moins sévères que dans les autres modes de traitement.

L'auteur se croit donc en droit de conclure de ces études comparatives, que le traitement par l'eau froide, sans être un moyen prophylactique des hémorrhagies intestinales, rend celles-ci beaucoup moins graves; parce que les bains froids, abaissant la température moyenne, diminuent la puissance de la consommation chimique de la fièvre, et qu'ils augmentent la puissance de résistance de l'organisme. Les résultats définitifs, par leur bénignité extraordinaire, ne permettent donc pas de craindre l'influence en apparence dangereuse des bains froids sur le nombre des hémorrhagies intestinales. (*Archiv der Heilkunde*, 14 novembre 1872, 13e année, 6e livraison.)

Travaux à consulter.

Calcul salivaire, par le docteur Bourland. — Ce calcul, très-volumineux, mesurait 35 millimètres sur 9 et pesait près de 2 grammes. L'analyse chimique est incomplète. Il y avait un engorgement sous-maxillaire. (*Lyon médical*, 24 novembre 1872.)

De la galvanocaustie thermique et de quelques appareils propres a en faciliter l'application, par le docteur Boeckel. — Nous signalons dans cet article une étude de l'action de l'anse coupante sur les vaisseaux, le relevé des opérations galvanocaustiques pratiquées par le docteur Boeckel. Suivant l'auteur, la galvanocaustie est indiquée dans les opérations sur le tissu érectile, les opérations sur des organes très-vasculaires profondément situés (langue, col de l'utérus, polypes naso-pharyngiens, polypes de l'utérus, du larynx, tumeurs du rectum), dans l'ablation de tumeurs volumineuses, dans la division des fistules du rectum, du scrotum, dans les ablations de tumeurs insérées dans les cavités closes, principalement dans la cavité abdominale, et en particulier dans la hernie de l'épiploon. L'auteur pense que la galvanocaustique pourra être utilisée pour la section du pédicule des kystes ovariques. Dans les 12 faits cités par l'auteur, il y a 3 cas de mort par septicémie et 9 cas de guérison. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, nos 5 et 6, octobre et novembre 1872.)

Calcul salivaire du canal de Wharton. Engorgement de la glande sous-maxillaire, par le docteur Després. — Le calcul avait le volume des trois quarts d'un noyau de datte. L'examen chimique n'a pas été indiqué. (*Gaz. des hôpitaux*, n° 113, 1872).

Emploi thérapeutique du bromure de calcium, par le docteur Hammond. — L'auteur considère le bromure de calcium comme un hypnotique ou un antispasmodique supérieur au bromure de potassium. Il l'administre contre l'insomnie, l'épilepsie, le *delirium tremens*, à la dose de 1 gramme 1/2. Sous forme de sirop (bromure de calcium 40 grammes, sirop de lacto-phosphate de chaux 200 grammes, trois cuillerées à dessert par jour), il convient contre l'excitation cérébrale par épuisement nerveux. (*New York medical Journal* et *Bull. de thérapeut.*, 15 novembre 1872.)

Éruption a la suite de l'administration du chloral, par le docteur F. Mason. — L'éruption avait un aspect rubéolique et dura trois à quatre jours. Elle se renouvela une seconde fois lorsque le chloral fut donné à nouveau. Un autre malade de Guy's Hospital a présenté une éruption analogue. (*Medical Press and Circular*, 6 novembre 1872.)

Guérison du goître par les injections parenchymateuses, par le docteur Parona. — L'auteur rapporte 22 cas de guérison du goître par les injections parenchymateuses d'eau de Salsomaggiore de Parme. Cette eau renferme comme principes actifs du chlorure de chaux, du chlorure de soude et des traces de fer. (*Deutsche klinik*, nos 41 et 42, 1872.)

Sur la réinfection de la syphilis constitutionnelle, par le docteur H. Köbner. — L'auteur, ajoutant 6 cas nouveaux de vérole observée pour la seconde fois chez des individus déjà syphilisés, discute les 45 cas qu'il a pu réunir. Il en conclut que la vérole peut guérir. Dans les deux tiers de ces cas de récidive un traitement mercuriel avait été suivi. (*Berliner klinisc. Wochens.*, n° 46, 11 novembre 1872.)

Rétrécissement infranchissable de l'œsophage, gastrotomie, par le docteur Jouon. — Il s'agit d'un rétrécissement produit par la déglutition d'acide sulfurique. Neuf mois après l'accident, le malade ne pouvait être nourri qu'avec des aliments liquides. Le cathétérisme avec les sondes les plus fines ne permettait pas de franchir l'obstacle. L'émaciation était extrême. Le malade réclama une opération, quelque dangereuse qu'elle pût être. M. Jouon fit la gastrotomie par le procédé de Sédillot. Le malade mourut de péritonite cinquante-trois heures après l'opération. Il y avait un rétrécissement annulaire au niveau du cartilage cricoïde, une dilatation au-dessous mesurant 7 centimètres, puis un rétrécissement très-dur sur une longueur de 10 centimètres. Le cathétérisme fut impossible même sur le cadavre. L'œsophagotomie externe n'eût pas amené ici de résultats utiles; l'œsophagotomie interne eût été impraticable pour le second rétrécissement. (*Journ. de méd. de l'Ouest*, t. VI, 1872.)

Sur les relations de la cataracte, du rétrécissement de l'urèthre et l'hypertrophie de la prostate, par le docteur Hogg. — Sur 56 autopsies de malades affectés de rétrécissements, l'auteur a trouvé 17 cas d'opacité du cristallin. Il a vu celle-ci chez plusieurs malades relativement jeunes. Ces faits ne sont encore assez nombreux pour nous convaincre d'un rapport précis entre la cataracte et le rétrécissement de l'urèthre. (*Medical Press and Circular*, 20 novembre 1872.)

BIBLIOGRAPHIE.

Index bibliographique.

Paralysies obstétricales des nouveaux-nés, par le docteur H. Nadaud. In-8, 58 pages, Delahaye. Paris, 1872.

L'auteur désigne sous ce nom, avec MM. Tarnier et Duchenne (de Boulogne), les paralysies qui se produisent chez le nouveau-né pendant l'accouchement, soit spontanément, c'est-à-dire sous l'influence de l'action utérine seule, soit à la suite de l'application d'instruments, soit enfin après certaines manœuvres de l'accoucheur. Son travail, divisé en trois chapitres, comprend l'étude : 1° des paralysies de la face; 2° des membres supérieurs ; 3° des membres inférieurs.

Après avoir brièvement décrit dans un premier paragraphe la paralysie faciale des nouveaux-nés, M. Nadaud esquisse plus succinctement encore la paralysie du moteur oculaire commun, dont il rapporte deux observations incomplètes qui nous semblent devoir être beaucoup plutôt imputables à une contusion de l'orbiculaire avec œdème ou infiltration sanguine qu'à une paralysie de la troisième paire produite par le forceps, et quoique l'auteur s'appuie pour admettre son existence sur l'autorité de M. Galezowski, nous croyons, jusqu'à plus ample informé, que cette forme insolite ne doit être acceptée qu'avec la plus extrême réserve.

Les paralysies du membre supérieur sont étudiées avec plus de soin. Un seul fait de paralysie spontanée du deltoïde, emprunté au traité de M. Jacquemier, semble prouver l'existence de ces paralysies, produites uniquement par l'action utérine, en même temps que leur bénignité et leur rareté même.

La paralysie du membre supérieur produite par l'application du forceps a été beaucoup plus fréquente, à en juger par le nombre des cas qui ont été publiés depuis que Smellie en a fait connaître, en 1746 le premier exemple (Danyau, Gueniot, Blot et Depaul, Duchenne (de Boulogne), Doberly, Kennedy, etc.). C'est encore à Smellie que l'on doit la première observation de paralysie du membre supérieur causée par des manœuvres obstétricales. Cette variété, à peine entrevue par M. Mattei, n'avait été jusqu'à présent étudiée que par M. Duchenne (de Boulogne), et c'est sur elle que l'auteur semble avoir plus particulièrement porté son attention, en fondant son étude sur 10 observations, dont 6 lui ont été communiquées par M. Duchenne. Dans le seul cas où l'examen cadavérique ait été fait, on n'a pu noter aucun changement dans la consistance ni dans la coloration du plexus bracchial. Cette absence de lésions a ainsi été la règle dans les paralysies produites par la pression du forceps. Les différentes manœuvres qui ont produit ces paralysies peuvent être ramenées au nombre de quatre : 1° doigts en crochet dans le creux axillaire (2 cas); 2° abaissement des bras relevés sur les côtés de la tête (4); 3° tractions directes, énergiques sur le membre (1 cas); 4° abaissement des épaules combiné avec des tractions, la tête étant retenue au détroit supérieur. En un mot, le traumatisme supporté par le plexus a été, comme on le voit, ou bien une compression, une distension ou un tiraillement. Cette paralysie abandonnée à elle-même ne guérit ordinairement pas. C'est l'électricité seule qui permet une guérison. M. Nadaud, n'ayant pas personnellement employé les courants continus, conseille de recourir à la faradisation localisée, qui, entre les mains de M. Duchenne (de Boulogne), a donné de bons résultats, et il renvoie au remarquable traité de cet auteur pour les détails de ce traitement électrothérapique.

Les paralysies obstétricales des membres inférieurs terminent cet intéressant travail; mais le petit nombre d'observations qui s'y rattachent n'a sans doute pas permis à l'auteur d'en faire une étude plus complète ; on peut toutefois déduire des trois faits qu'il a rapportés que ces paraplégies des nouveaux-nés sont très-graves et ordinairement symptomatiques d'une lésion profonde des organes cérébro-spinaux (rupture de la moelle, deux observations de MM. Parrot et Guéniot).

VARIÉTÉS.

Glanes.

NOUVEAU MOYEN D'ARRÊTER L'ÉPISTAXIS.

Le docteur Marin, de Genève, donne comme un moyen très-simple d'arrêter les épistaxis, la compression de l'artère faciale immédiatement au-dessous de l'aile du nez, où cette artère peut être comprimée sur le maxillaire supérieur. Dans l'épistaxis, l'hémorrhagie est ordinairement limitée au tiers antérieur de l'une des fosses nasales ; la compression de l'artère diminue l'apport du sang dans cette région, et l'hémorrhagie est facilement arrêtée. (*Pacific medical and surgical Journal*, n° 6, 1872.)

DIAGNOSTIC DU SEXE DU FOETUS PAR L'AUSCULTATION.

Les docteurs Ancas Munro et Hutton appellent de nouveau l'attention sur le fait signalé par Frankenhauser, que la moyenne des battements du cœur du fœtus mâle étant inférieure à celle des battements du cœur du fœtus femelle, on peut avec quelque précision diagnostiquer le sexe du fœtus avant la naissance. Chez le premier, les battements sont en moyenne de 124 à 147 par minute ; chez les femelles, ils sont de 135 à 154, de sorte que le diagnostic est incertain lorsque la moyenne est de 140. Les observations de Steimbach, Frankenhauser, Hutton, représentent plus de 60 cas où la prédiction a été possible et a été démontrée juste. Ce sont malheureusement des statistiques trop restreintes ; le sujet mériterait cependant un examen sérieux, qui serait promptement obtenu, car la matière à expérimentation est ici facile à trouver.

Postes de secours médicaux.

Il paraît qu'on organise en ce moment, à Berlin, des postes médicaux permanents, de jour et de nuit, où les malades seraient assurés de trouver à tout instant un secours immédiat. Le personnel de chaque poste est de quinze médecins dirigés par un médecin en chef. Les honoraires sont réglés d'après l'état et le rang des personnes qui s'adressent aux postes médicaux.

Cette organisation a lieu par l'initiative d'une société privée qui prend à sa charge tous les frais de local, d'aménagement, etc...

Nous ignorons si quelque projet analogue a déjà été présenté en France. Nous avons vu, il est vrai, fonctionner des postes médicaux dans les épidémies de choléra, particulièrement en 1849 ; depuis cette époque, nous avons souvent entendu parler, dans les Sociétés médicales ou ailleurs, de la nécessité de quelques mesures du même genre ; mais il n'est pas à notre connaissance qu'elles aient été sérieusement étudiées et qu'on ait rien formulé de précis à cet égard. Si nous nous trompons, nous accueillerions bien volontiers les réclamations justifiées qui se produiraient.

Quoi qu'il en soit, tout le monde comprendra qu'il y a quelque chose à faire.

Il faut que toute personne ayant besoin d'être immédiatement secourue puisse être assurée de trouver dans un endroit peu éloigné un médecin qui lui prêtera l'assistance nécessaire.

Il faut, d'un autre côté, que le médecin qui se mettra ainsi à la disposition de toute personne venant réclamer son aide, ait une rémunération convenable et assurée.

Il s'agirait surtout de l'organisation d'un service de nuit. L'établissement de postes permanents serait peut-être préférable ; mais pour le présent, nous ne nous occupons que des conditions de fonctionnement d'un poste de nuit.

Pendant le jour, dans un centre populeux, les renseignements s'obtiennent facilement. Il n'en est pas de même pendant la nuit. Des malades peuvent rester longtemps sans secours, lorsque le médecin de la famille habite dans un quartier un peu éloigné ; d'autant plus que celui-ci peut être occupé ailleurs, et il s'agit de cas urgents.

D'autre part, et pour le médecin, la visite de nuit, en dehors de sa clientèle bien entendu, est un véritable fléau. Tout praticien un peu répandu sait ce qu'elle lui a valu de mécomptes et de désagréments de toute espèce. Il est inutile d'insister.

Pour faire cesser de pareils inconvénients, nous indiquons la création de postes de nuit pour les secours médicaux : un poste, par exemple, par arrondissement.

Un certain nombre de médecins s'engageraient à occuper ces postes une fois par semaine.

Un employé spécial serait attaché à chacun de ces postes. Toute personne ayant besoin de l'assistance médicale devrait déposer au bureau les honoraires de la visite fixés à l'avance par un tarif, en échange d'un cachet qu'il remettrait au médecin. Le médecin échangerait à la mairie ses cachets contre leur valeur. Toute discussion d'honoraires serait supprimée entre le médecin et le malade. S'il s'agit d'indigents, la rémunération serait à la charge de la ville. La valeur du cachet pourrait être diminuée dans ce cas particulier. Sur la signature des médecins de service dont les noms seraient affichés dans les hôpitaux, les malades y seraient admis d'urgence, s'il y avait lieu.

Telles sont, au premier abord, les conditions qui nous semblent nécessaires pour l'établissement d'un pareil service. Il faut que les familles soient assurées de trouver un secours immédiat. Il faut que les intérêts du médecin soient absolument sauvegardés.

Nous ne pouvons, quant à présent, que formuler l'idée et en quelque sorte jeter le premier trait de cette institution. Nous souhaitons que ce projet soit pris en sérieuse considération. L'institution des postes de se-

cours nous paraît répondre à un véritable besoin. Elle donnera satisfaction à des réclamations plus au moins fondées; mais que le corps médical ne doit peut-être pas négliger.

B.

SUBVENTIONS AUX ÉTABLISSEMENTS ET INSTITUTIONS DE BIENFAISANCE. — Le crédit de 863 610 francs, affecté dans le budget de 1873 aux subventions, se répartit de la manière suivante :

Hospice national des Quinze-Vingts	250 000 fr.
Maison nationale de Charenton	66 410
Institution nationale des jeunes aveugles	150 000
Institution nationale des sourds-muets de Paris	161 200
Institution nationale des sourds-muets de Bordeaux	75 000
Institution nationale des sourds-muets de Cherbourg	35 000
Hospice national de Mont-Genèvre	6 000
Hospice national de Vincennes	60 000
Asile national du Vésinet	60 000
	863 610

Ces subventions sont : 1° Pour les Quinze-Vingts la représentation d'un capital de 5 millions prélevé sur le prix de la vente effectuée en 1870, des immeubles que l'hospice possédait rue Saint-Honoré, aux termes d'une lettre-patente du roi Louis XVI, en décembre 1779; 3° la représentation des bourses accordées par l'État.

IVROGNERIE. — Voici le texte du projet de loi présenté le 2 décembre à l'Assemblée nationale par M. E. Bouchet, membre de l'Assemblée :

ART. 1er. — Aucun café, cabaret ou autre débit de boissons à consommer sur place ne pourra être ouvert à l'avenir sans la permission préalable du maire, agissant en vertu d'une délibération du conseil municipal approuvée par le préfet. A défaut par le préfet d'approuver une première délibération, si une seconde intervient et qu'il persiste dans son refus, il devra transmettre les deux délibérations et ses observations au ministre de l'intérieur.

ART. 2. — La fermeture des cafés, cabarets et débits de boissons à consommer sur place qui existent actuellement ou qui seront autorisés à l'avenir, pourra être ordonnée dans la forme et par la procédure indiquée en l'article 1er, soit après une contravention aux lois et règlements qui concernent ces professions, soit par mesure de sûreté publique.

ART. 3. — Tout individu qui ouvrira un café, cabaret ou débit de boissons à consommer sur place, sans autorisation préalable ou contrairement à un arrêté de fermeture pris en vertu de l'article précédent, sera poursuivi devant les tribunaux correctionnels, et puni d'une amende de 25 francs à 500 francs, ou d'un emprisonnement de six jours à six mois. L'établissement pourra être fermé immédiatement par décision du tribunal ou arrêté municipal.

ART. 4. — L'article 463 du Code pénal est applicable aux faits prévus par la présente loi.

LE BUSTE DE M. LE DOCTEUR BAZIN. — Les élèves de cet éminent dermatologue ont eu la bonne pensée, au moment où l'âge de la retraite l'éloigne du service des hôpitaux, de faire exécuter son buste avec le produit d'une souscription. Cette souscription, ouverte dans la GAZETTE DES HÔPITAUX, a été fructueuse. M. Constantin Paul annonce dans ce journal qu'elle sera close le 31 décembre, et qu'elle permettra, non-seulement de placer un buste à l'hôpital Saint-Louis, mais encore d'en offrir un exemplaire de même grandeur en bronze à M. Bazin, et une réduction en plâtre stéariné à chaque souscripteur.

BANQUET MÉDICAL. — Un dîner d'adieu a été offert à M. le docteur Henri Gueneau de Mussy, le 26 novembre, par 50 membres environ, les plus considérables de la profession, à Londres, à l'occasion de son départ d'Angleterre, où il s'était fixé pour suivre la famille d'Orléans. Le président, sir Thomas Watson, lui a adressé à cette occasion les compliments les plus flatteurs d'estime et d'amitié, et ses regrets confraternels, en rappelant qu'il était l'élève des Andral, Chomel, les maîtres les plus distingués de la médecine française. C'est un grand honneur pour la médecine française d'avoir été si dignement représentée à l'étranger. (*Union médicale*).

ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — *Concours pour la place de préparateur de chimie et d'histoire naturelle.* — Ce concours s'ouvrira le 15 mars 1873. Chaque concurrent devra se faire inscrire au Secrétariat de l'École avant le 1er mars 1873. Il déposera, indépendamment de sa feuille d'inscription, un certificat de bonnes vie et mœurs, obtenu dans le courant du mois qui précède l'ouverture du concours.

La durée des fonctions de préparateur est de trois ans. Il jouit d'un traitement annuel de 600 francs. Le préparateur peut être en même temps interne à l'hôpital civil.

HÔPITAUX ET HOSPICES DE LA VILLE DE CAEN. — *Concours pour une place de chirurgien-adjoint.* — Le lundi 24 février 1873, à une heure, il sera ouvert au siége de l'Administration, à l'hospice Saint-Louis, un concours public pour une place de chirurgien-adjoint des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, au secrétariat de l'administration. Nul ne pourra concourir, s'il n'est Français et s'il n'est porteur d'un diplôme de docteur en médecine, délivré depuis cinq ans au moins par une Faculté française.

— La SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE vient de renouveler son bureau pour l'année 1873. Ont été élus : *Président*, M. Bertillon; *vice-présidents*, le général Faidherbe et le docteur Dally; *secrétaire-général*, M. Broca; *adjoint*, M. le docteur Hamy; *secrétaires*, MM. Magitot et Sauvagé. — Les séances de la Société sont publiques et ont toujours lieu les premier et troisième jeudis de chaque mois, à trois heures et demie, 3, rue de l'Abbaye.

UN MARIAGE. — M. le docteur Cornil vient d'épouser la fille de notre aimé collègue M. le docteur Caffe. C'est l'échange du talent et de l'indépendance de caractère entre deux familles médicales.

Le Bulletin hebdomadaire des causes de décès pour *Paris*, du 14 au 20 décembre 1872, donne les chiffres suivants :

Variole, 1. — Rougeole, 0. — Scarlatine, 1. — Fièvre typhoïde, 33. — Typhus, 0. — Érysipèle, 7. — Bronchite aiguë, 32. — Pneumonie, 36. — Dysentérie, 1. — Diarrhée cholériforme des jeunes enfants, 2. — Choléra nostras, 1. — Choléra asiatique, 0. — Angine couenneuse, 14. — Croup, 15. — Affections puerpérales, 12. — Autres affections aiguës, 221. — Affections chroniques, 327 (1). — Affections chirurgicales, 44. — Causes accidentelles, 24. — Total, 771.

Londres : Décès du 8 au 14 décembre 1872, 1199. — Variole, 5; rougeole, 11; fièvre scarlatine, 17; croup, 18; coqueluche, 38; fièvre typhoïde, 22; diarrhée, 13; bronchite, 159; pneumonie, 84.

Bruxelles : Décès du 1er au 7 décembre 1872, 104. — Variole, 2; rougeole, 1; scarlatine, 2; croup et angine, 1; bronchite et pneumonie, 6; entérite et diarrhée, 7.

Rome : Décès du 2 au 8 décembre 1872, 162. — Fièvre typhoïde, 6; variole, 8; diphthérie et croup, 9; pneumonie, 13; bronchite, 9.

(1) Sur ce chiffre de 327 décès, 170 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

G. MASSON, *propriétaire-gérant.*

BULLETIN DES OUVRAGES DÉPOSÉS AU BUREAU DU JOURNAL.

Le typhus exanthématique ou pétéchial, typhus des Arabes (épidémie de 1868), par le docteur Amédée Maurin. Ouvrage couronné par l'Institut (Académie des sciences) et par l'Académie de médecine.

De la version par manœuvres externes et de l'expression utérine, par le docteur Thierry-Mieg. Brochure in-8. G. Masson. 75 c.

De la fièvre traumatique et de l'infection purulente, par P. E. Chauffard. 1873. 1 vol. in-8 de 230 pages. J. B. Baillière et fils. 3 fr. 50

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

TABLE DES FIGURES



PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2.